

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

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

1999, №4

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Назыров Ф.Г.,
Каракозов П.Е.,
Гулямов Д.С.,
Махмудов М.М.,

КАРДИОМИОПЛАСТИКА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА (СООБЩЕНИЕ I).

Научный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз,
(Узбекистан) и Медицинская школа Университета
Висконсина (США).

Назыров Ф.Г., Каракозов П.Е., Гулямов Д.С., Махмудов М.М., Байбеков И.М., Касымов А.Х., Чеканов В.С.

ЮРАКНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИДА КАРДИОМИОПЛАСТИКА АМАЛИЁТИНИ ТАЖРИБАДА ҚЎЛЛАШ АСОСЛАРИ (I-МАЪЛУМОТ).

Мақолада юракнинг ўнг қоринчасидан чиқиши қисми (ЎҚЧК) ва ўпка артерияси (ЎА)ни сатҳини кенгайтириш учун диафрагма (қорин пардаси)-дан ямоқ сифатида фойдаланиш масалалари тажриба йўли билан ўрганилган. Бунинг учун итларда сунъий қон айлантириш услубини қўлламасдан 3 гуруҳ тажриба ўтказилган. Ямоқ учун ашъё сифатида диафрагманинг мушак-пайли эркин (яъни қирқиб олинган) лахтаги; худди шундай, лекин қон-томир ва диафрагмал нервлари сақланиб қолинган лахтак ва кучук болаларидан олинб консервация қилинган диафрагма бўлаги қўлланилган. Тажриба натижалари операциядан сўнг 1, 6 ва 12 ой ичида баҳоланган. Пировард натижада қон-томир ва нерв сақланган лахтакни қўллаш энг яхши оқибатларга олиб келади деб топилган.

F.Nazirov, P.Karakozov, D.Guliamov, M.Makhmudov, I.Baibekov, A.Kasimov, V.Chekanov.

CARDIOMYOPLASTY IN EXPERIMENTAL SURGERY OF CONGENITAL HEART DISEASES (REPORT I).

Here are the results of diaphragmoplasty of the right ventricle outflow tract (RVOT) and pulmonary artery (PA) in experiment. Three variants of this operation on adult dogs have been carried out, using the original method without cardio-pulmonary bypass. As plastic materials there were used the free tendinous-muscle autografts of diaphragm (D), the similar patches on the feeding pedicle with D nerve and conserved viable D of the newborn whelps. The electrical stimulation of the patches was not used. The results were estimated within 1,6 and 12 months after the operations. The analysis of the achieved results showed that the D patches properly served as the RVOT and PA wall. All parts of the patches preserved their principal initial morphological characteristics only in case of saving the feeding pedicle and D nerve. In all versions, the mesothelium of the D was replaced by the pseudoendothelial layer and the microrelief of the patches surface was transformed into the structures close to the surface of the RVOT and PA.

Key words: congenital heart disease, experimental surgery, cardiomyoplasty, diaphragm.

Кардиомиопластика (КМП) за последнее десятилетие заняла достаточно прочное место в арсенале кардиохирургии (1,3,9). Хотя отношение к КМП весьма неоднозначное, очевидно, что дальнейшее совершенствование методов и вариантов КМП не только позволит более адекватно корригировать сложные врожденные пороки сердца (ВПС), но и вплотную приблизиться к успешной реализации в клинике идеи нежелудочков и "искусственного" сердца в целом, став альтернативой трансплантации (2,4,7,8).

Осуществление принципа КМП, решаемого использованием скелетной мускулатуры или диафрагмы /Д/, регламентируется морфо-функциональными особенностями используемого материала. Большое разнообразие предложенных в настоящее время вариантов КМП свидетельствует как о неослабевающем интересе к этой проблеме, так и об отсутствии приемлемого во всех отношениях способа (1, 2, 3, 9, 10). Отсутствие эндотелиального покрова у скелетных мышц и их высокая тромбогенность, а также довольно быстрая утомляемость, дистрофия и склерозирование в отдаленные сроки являются основным препятствием для широкого внедрения метода (4, 5). Безусловно, такие факторы как хирургическая техника, объем и травматичность оперативного вмешательства, его характер, иммунологические и биомеханические свойства используемого материала, область применения могут играть решающую роль в судьбе биопротеза. Однако, на наш взгляд, именно морфо-функциональные характеристики являются ведущим или, по крайней мере, одним

из ведущих факторов, определяющим достаточно долговечное эффективное существование биопротеза. Анализ данных литературы и собственных исследований морфологических особенностей ряда биоматериалов, различных отделов сердца и магистральных сосудов позволяет выделить Д из других мускульных образований и, таким образом, заставляет продолжать исследование по диафрагмопластике (1, 6, 7, 8).

В свете изложенного, целью исследования явилось изучение новых вариантов использования диафрагмальных лоскутов при реконструкции отделов сердца, применяемой при коррекции сложных ВПС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве модели выбрана реконструкция выходного тракта правого желудочка (ВТПЖ) и ствола легочной артерии (ЛА), проводимая при большой группе сложных ВПС, одним из компонентов которых является обструкция путей оттока из правого желудочка (ПЖ).

Острые и хронические эксперименты выполнены на 102 взрослых беспородных собаках обоего пола массой 15—36 кг. Оперативное вмешательство проводили после премедикации промедолом (2% раствор — 20 мг/кг) или морфином (1% раствор — 10 мг/кг), кетамин (2—15 мг/кг) и атропином сульфатом (0,1% раствор — 0,5 мг/кг). Индукцию в анестезию осуществляли внутривенным введением гексенала (2,5% раствор — 10 мг/кг) и седуксена (10 мг). Искусственную вентиляцию легких проводили респираторами

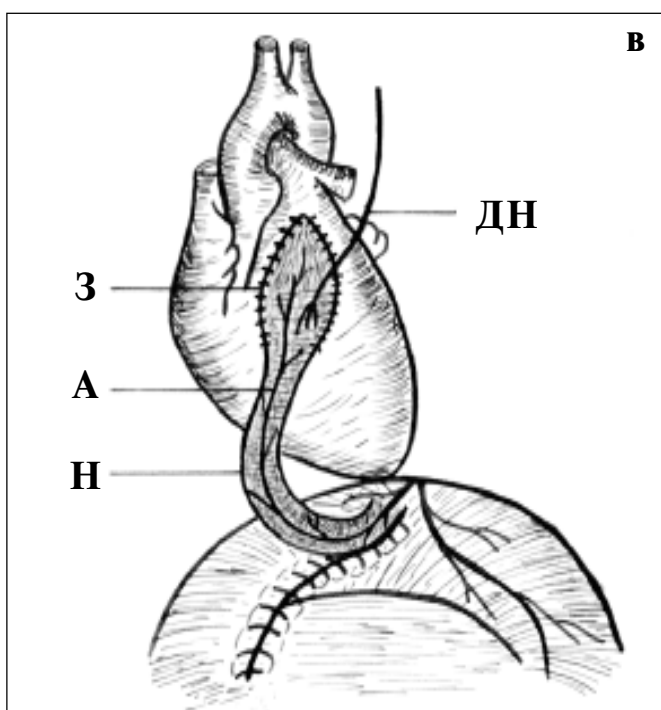
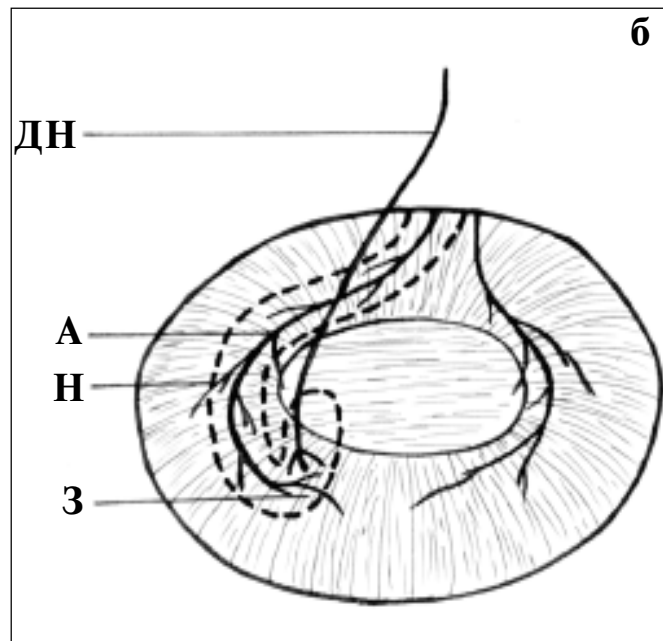
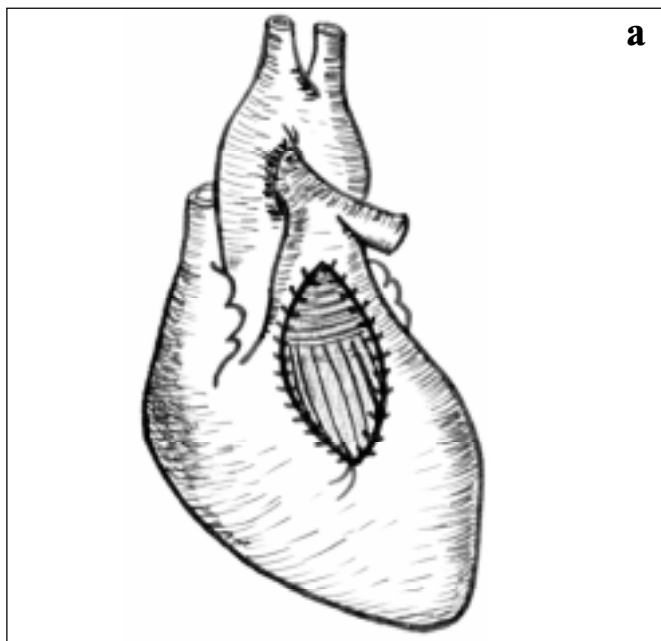


Рис. 1.

а) Схема пластики ВТПЖ ствола ЛА свободным сухожильно-мышечным аутолооскутом диафрагмы.

б) Схема выкраивания лоскута диафрагмы на ножке.

в) Схема пластики ВТПЖ ствола ЛА аутолооскутами на ножке.

ДН - диафрагмальный нерв; З - заплатка; А - артерия; Н - ножка.

лоскутами Д на питающей мышечной ножке с сохранением на заплате Д нерва (рис. 1в). Ножка имела ширину 1—2 см и длину 25-40 см, заплаты соответственно — 2,5—3 x 5—7 см. Питающая ножка выкраивалась из мышечного отдела грудной и реберной частей Д, проходя по краю сухожильного отдела с основанием к позвоночнику (рис. 1б). Основным артериальным источником являлась нижняя Д артерия и ее ветви, хотя сосуды, питающие Д нерв, также принимали участие в кровоснабжении лоскута. Сухожильная часть заплаты фиксировалась к стволу ЛА, а мышечная — к ВТПЖ (рис. 1в). В полость сердца была обращена брюшинная поверхность Д. Стимуляции лоскута не проводили. Дефект Д ушивался, не доходя до основания 1—2 см (по Б.В. Петровскому).

В 3 серии экспериментов (29 собак) проводили пластику ВТПЖ и ствола ЛА сухожильно-мышечными лоскутами Д 1-6 дневных (слепых) беспородных щенков, консервированными в питательной среде (N199, Хэнкс) с антибиотиками (пенициллин, стрептомицин, нистатин) от 1 до 7 суток при T° 2-4° С. Заплатки подшивались к ВТПЖ и стволу ЛА аналогично 1 серии (рис. 1а). Стимуляции лоскута не проводили.

В опытах 1,2 и 3 серий реконструкцию ВТПЖ и ствола ЛА выполняли по "закрытой" оригинальной методике. Метод заключался в предварительном подшивании заплатки с последующим выкусыванием под ней миокарда ПЖ и стенки ЛА специальными кусачками.

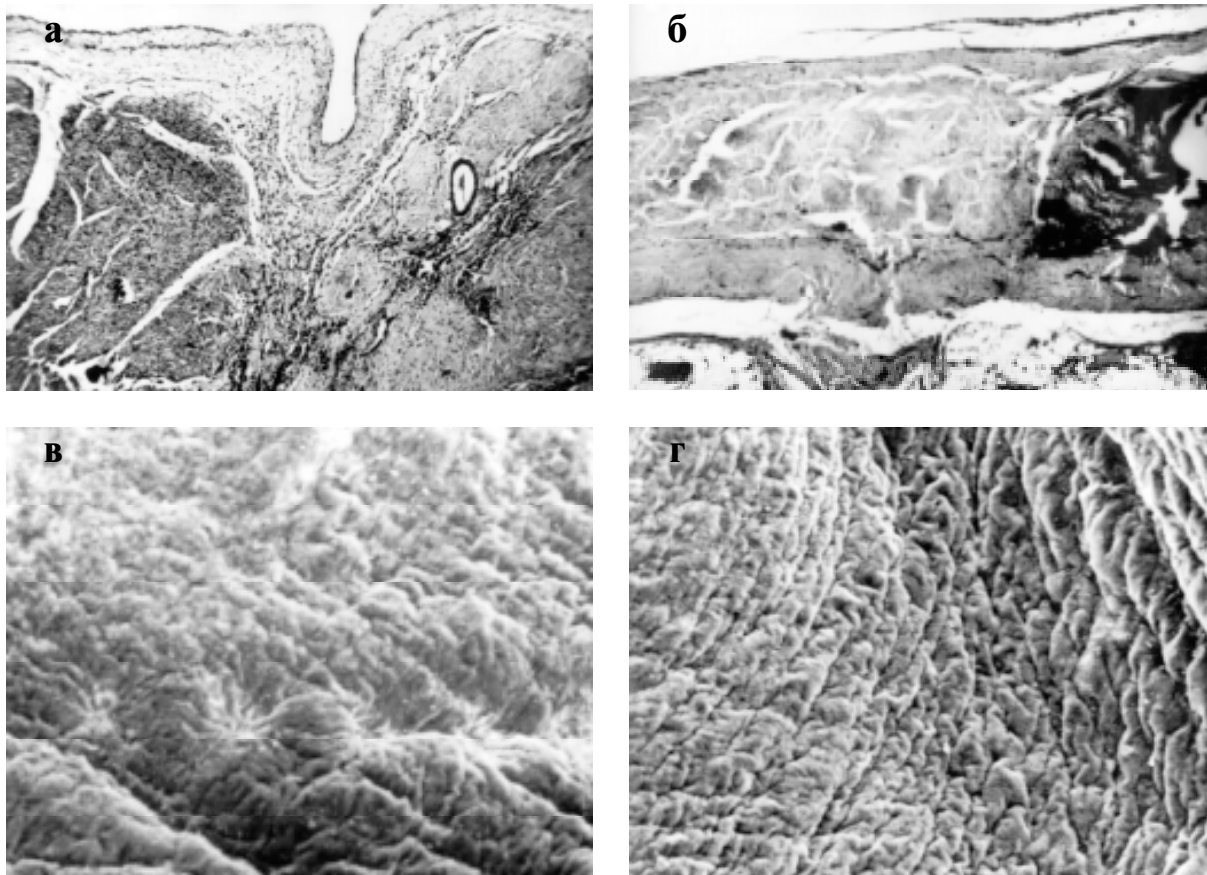
При хронических опытах забой оперированных

РО-5, РО-6 (Россия) и "Yeager" (Germany) в режиме нормо- или гипервентиляции. Для базисной анестезии применялась как стандартная, так и нестандартная анестезия. Мониторная регистрация ЭКГ, АД, ЦВД проводилась на полиграфах "Mingograph-82" и "Mingograph-7" (Simens-Elema) с флоуметром SP-2201 ("Statham-Gould", USA).

Выполнены 3 серии экспериментов.

В опытах 1 серии (31 собака) проводили пластику ВТПЖ и ЛА свободными сухожильно-мышечными аутолооскутами Д без стимуляции лоскутов. Заплатки имели размеры 2,5—3 x 5—7 см и подшивались таким образом, чтобы сухожильная часть Д соответствовала стволу ЛА, а мышечная — ВТПЖ (рис. 1а). Причем, плевральная поверхность Д была обращена в полость сердца.

В опытах 2 серии (32 собаки) пластика ВТПЖ и ствола ЛА проводилась сухожильно-мышечными ауто-



*Рис.2. Пластика ВТПЖ и ЛА свободными сухожильно-мышечными аутолоскутами диафрагмы.
а) 1 мес. после операции. Гистологический препарат. Гематоксилин-эозин. Ув.7х10.
б) 1 год после операции. Гистологический препарат. Гематоксилин-эозин. Ув.7х10.
в) 1 мес. после операции. СЭМ. Ув.х500.
г) 1 год после операции. СЭМ. Ув.х500.*

собак осуществляли в сроки 1, 6 и 12 месяцев после операции введением летальных доз гексенала или наркотиков.

Для изучения морфологического состояния Д заплат и миокарда использовались световая микроскопия окрашенных парафиновых срезов (гематоксилин-эозин, Ван-Гизон, Маллори, орсеин), сканирующая электронная микроскопия (СЭМ) поверхности и замороженных в жидком азоте сколов (сканирующий электронный микроскоп S-405 A, "Hitachi", Япония).

Для изучения функционального состояния и внутрисердечной гемодинамики применялась катетеризация полостей сердца и АКГ ("TUR/DE14", "АКТЮ-БИНСК"-РОССИЯ, "Mingograph-82", Siemens-Elerna).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучение морфологии заплаты и окружающих тканей в области пластики ВТПЖ и ствола ЛА свободными лоскутами Д (1 серия) показало следующее.

а). Макроскопически при небольших послеоперационных сроках (до 1 мес.) заплата мало изменена, неотличима по цвету от окружающих тканей, интимно сращена с ними по всему периметру. При увеличении сроков наблюдения до 6—12 мес. заплата становится более плотной. С внутренней поверхности созданный дефект ВТПЖ и ЛА, визуализирующийся вначале довольно четко, в дальнейшем теряет очертания и сливается с окружающими ПЖ и ЛА. Поверх-

ность заплаты во всех случаях гладкая и блестящая.

б). Гистологически заплата в течение 1-го месяца приобретает эндотелиоподобный покров, который сохраняется в неизменном виде до конца исследования (рис. 2 а, б). Причем он практически неотличим от эндокардиального эндотелия. Сухожильная часть заплаты значительных изменений не претерпевает, в мышечной — преобладают процессы атрофии. Васкуляризация лоскута в эти сроки осуществляется преимущественно мелкими сосудами из миокарда и стенки ЛА. Мощные коллагеновые волокна прочно соединяют лоскут с окружающими тканями. Через 6 месяцев в сухожильной части усиливаются процессы дезорганизации, хотя все основные слои, составляющие ее, различимы. Мышечный отдел подвергается более выраженным изменениям, характеризующимися в основном склерозом. Васкуляризация лоскута значительно усиливается. Через 1 год после операции морфология сухожильной части заплаты особо не меняется. Мышечный же отдел замещен зрелой соединительной тканью (рис. 2б). Васкуляризация уменьшается, калибр сосудов возрастает.

в) Изучая сканограммы внутренней поверхности заплаты в разные сроки после операции (рис. 2 в, г), можно отметить, что микрорельеф лоскута постепенно меняется и приобретает черты, присущие микрорельефу стенок ВТПЖ и ствола ЛА.

2. Изучение заплаты и окружающих тканей в области пластики ВТПЖ и ствола ЛА сухожильно-мы-

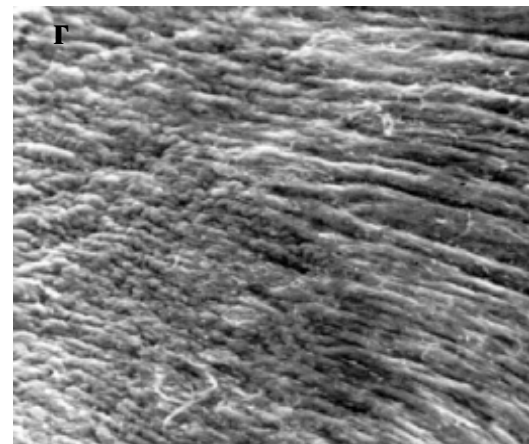
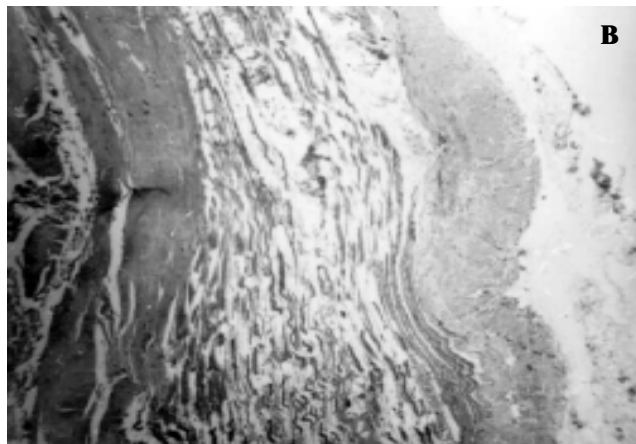
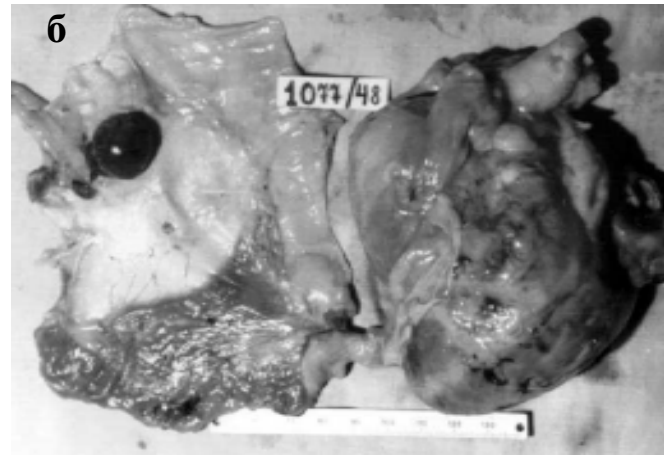
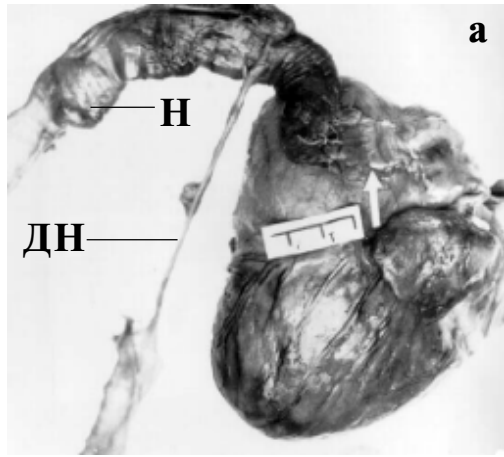


Рис.3. Пластика ВТПЖ и ЛА сухожильно-мышечными аутолоскутами диафрагмы на ножке.
а) 1 мес. после операции. Макропрепарат. б) 1 год после операции. Макропрепарат.
в. 1 год после операции. Гистологический препарат. Ван-Гизон. Ув.10х10
г. 1 год после операции. СЭМ. Ув.х500.
ДН - диафрагмальный нерв. Н - ножка. Стрелкой показана заплата.

шечными аутолоскутами Д на питающей ножке с сохранением на заплате Д нерва (2 серия) показало следующее.

а). Макроскопически через 1 мес. после операции (рис.3а) заплата визуально не изменена, плотно сращена по всей окружности с сердцем и ЛА. Диафрагмальный нерв дифференцируется четко. По мере увеличения послеоперационных сроков (6—12 мес.) заплата внешних изменений не претерпевает, оставаясь мягкой и эластичной, практически не отличаясь от окружающих тканей (рис.3б). Диафрагмальный нерв дифференцируется с большим трудом или вовсе не дифференцируется. Картина внутренней поверхности из полости ПЖ и ЛА не отличается от таковой в 1 серии экспериментов.

б). При гистологическом изучении через 1 мес. после операции заплата полностью покрыта эндотелиоподобным слоем. Структуры сухожильной части сохранены в полном объеме. Мышечный отдел лоскута особых изменений не претерпевает. Через 6 и 12 месяцев после операции гистологическая картина заплаты существенно не меняется, как в сухожильном, так и в мышечном отделах. При этом в первом отмечается незначительная дезорганизация соединительнотканых структур с сохранением всех основных слоев, а во втором — явления умеренной атрофии поперечно-полосатых мышц (рис. 3в). Васкуляризация лоскута во всех

сроках исследования хорошая.

в). Изучая внутреннюю поверхность заплаты во 2 серии экспериментов можно отметить, что по мере увеличения послеоперационных сроков наблюдения микрорельеф ее постепенно подвергается перестройке и к 1 году приобретает черты, характерные для внутренней поверхности ВТПЖ и ствола ЛА (рис. 3г).

3. Изменения, происходящие в заплате и окружающих тканях при пластике ВТПЖ и ЛА сухожильно-мышечными лоскутами 1—6 дневных щенков (3 серия), характеризуются следующими.

а). Макроскопически при сроках наблюдения до 1 месяца заплата без особых изменений, довольно мягкая и эластичная. В дальнейшем она уплотняется, причем к 1 году в 40% наблюдений весьма ощутимо. С внутренней поверхности заплата визуализируется в виде фиброзного поля, оставаясь гладкой и блестящей, аналогично 1 и 2 сериям экспериментов.

б). Гистологическое изучение заплат в 3 серии выявило 2 типа изменений, встретившихся примерно в равном соотношении. При 1 типе (45,8% случаев) эволюция лоскута на всех этапах практически повторяет судьбу свободных аутолоскутов Д (1 серия). При втором типе (54,2%) отмечена типичная реакция отторжения с исходом в склероз всех отделов щенячьего трансплантата к одному году после операции. Хотя при этом поверхность лоскута также покрывалась эн-

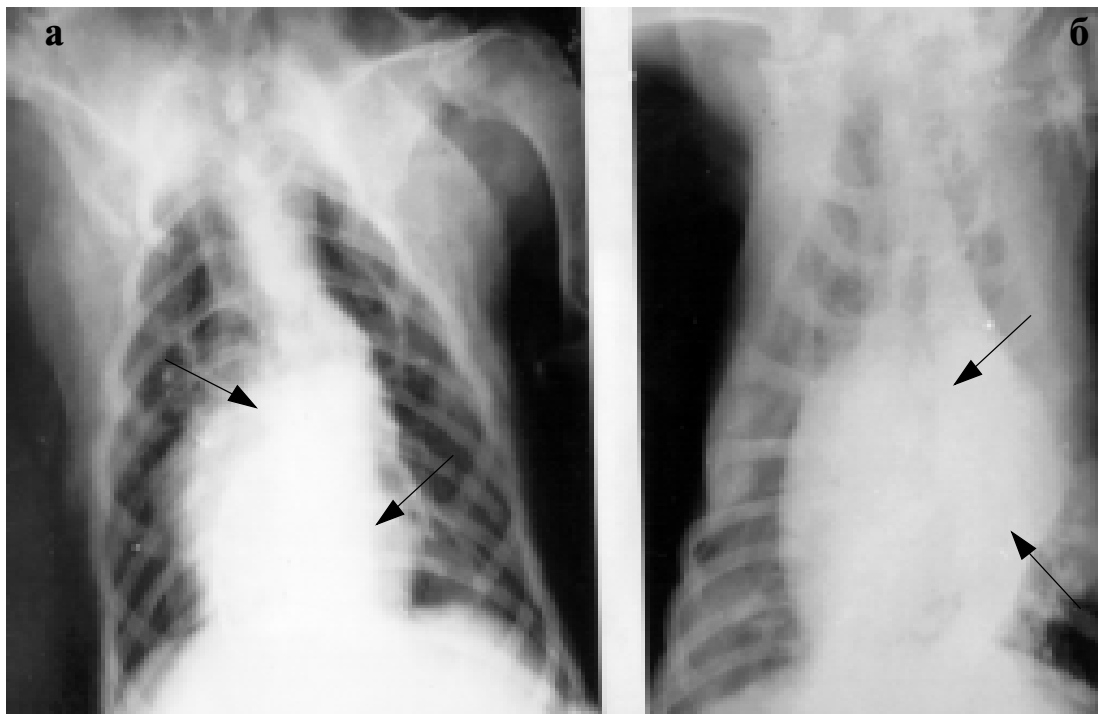


Рис.4. Пластика ВТПЖ и ЛА сухожильно-мышечным аутолоскутом диафрагмы на ножке. 1 год после операции. Ангиокардиограммы.

а) Прямая проекция. б) Боковая проекция. Стрелками показано область пластики.

дотелиоподобным слоем. Характер васкуляризации при всех сроках наблюдений не отличался от таковой в 1 серии экспериментов.

в) В СЭМ микрорельеф Д щенков также постепенно трансформируется в структуры, аналогичные микрорельефу ВТПЖ и ствола ЛА и мало отличим от них.

При ангиографическом исследовании собак, оперированных во всех трех сериях, полученные результаты не отличались друг от друга. ВТПЖ и ствол ЛА не стенозированы, контрастируются четко, деформаций, аневризм и кальциноза нет (рис.4 а, б). Нарушений функции ПЖ не обнаружено. Все отделы сердца хорошо сокращаются.

При тензиометрии давление в правых отделах сердца в пределах нормы. В 65% случаях отмечена небольшая или умеренная регургитация на клапане ЛА, не вызывающая существенных гемодинамических нарушений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов 1, 2 и 3 серий экспериментов показал, что сухожильно-мышечные лоскуты Д вполне адекватно выполняют "пассивную" роль стенок ВТПЖ и ствола ЛА. Однако при условии сохранения их жизнеспособности. Важной особенностью является то, что при этом собственный мезотелиальный покров замещается эндотелиоподобным слоем, а микрорельеф поверхности заплат трансформируется в структуры, близкие к ВТПЖ и ствола ЛА. Причем, это происходило независимо от того плевральная или брюшинная поверхность Д была обращена в полость сердца. Ни в одном случае не отмечено тромбообразования в области заплат, хотя антикоагулянты и не применялись. Использование свободных аутолоскутов Д показало, что к 1 году наблюдения их мышечный отдел склерозировается,

в то время как при сохранении нейрососудистой питающей ножки и Д нерва все отделы имплантата в эти же сроки сохраняют свои основные исходные морфологические характеристики. Во всех случаях отмечена хорошая васкуляризация лоскутов. Причем, с возрастанием сроков наблюдения калибр сосудов увеличивался. При использовании жизнеспособных лоскутов Д щенков во всех случаях отмечался фиброз и склероз, причем в половине случаев присутствовала выраженная реакция отторжения. Ни в одном наблюдении не отмечалось трансформации во "взрослую" ни сухожильной, ни мышечной частей лоскутов Д. По-видимому, Д 1—6 дневных щенков является вполне дифференцированным морфологическим образованием с завершенным морфогенезом, а примененная модель являлась неадекватной с точки зрения эмбрио- и иммуногенеза.

Таким образом, первые три серии экспериментов подтвердили морфо-функциональные предпосылки выбора Д как пластического материала в кардиохирургии при условии сохранения кровоснабжения, иннервации и сухожильно-мышечного контакта. Характеристика мышечных волокон, состояние сателлитного аппарата, индексы моторной и афферентной иннервации, уровни и типы метаболизма, а также эмбриогенез Д в принципе сопоставимы с миокардом.

Это дает основание использовать сухожильно-мышечные аутолоскуты Д на питающей ножке с сохранением на заплате диафрагмального нерва для динамической КМП. При этом стимуляцию лоскута можно осуществлять через диафрагмальный нерв. Использование лоскутов Д в модели статической КМП, являясь первым шагом, позволило определить ряд анатомо-топографических особенностей формирования и использования жизнеспособных лоскутов и их судьбу как морфологического субстрата в позиции стенки сердца.

Абдуллаев Д.С.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДИОГАСТРАЛЬНЫХ ЯЗВ
В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.**

*Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики.
Кафедра госпитальной хирургии Кыргызгосмедакадемии.*

При хирургическом лечении медиогастральных язв наибольшее распространение получила дистальная резекция желудка по способу Бильрот - I. Операция позволяет полностью удалить язву, снизить секрецию соляной кислоты и пепсина, восстановить естественный пассаж пищи по ДПК (Нечай А.И., Меркулов О. и др., 1987). Послеоперационная летальность после дистальной резекции желудка, по данным Н.М. Кузина (1987), проводшего анализ 27 работ отечественных и зарубежных авторов, выполнивших 4978 операций, составляет 2,8%, причем 4 из них летальных исходов не наблюдали. Рецидивы язв наблюдались от 1,5 до 16,6%, но в среднем возникали у 4,5% пациентов.

После резекции желудка увеличивается дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР), что способствует рецидиву язвы, развитию метаплазии и дисплазии в слизистой культы желудка (Чернышев В.Н. и др., 1993). Развитие рака культы желудка после резекции по Бильрот - I встречается у 4-6%, а после резекции по Бильрот - II у 13-16% больных (Viste A., Bjorgenstadt E end al., 1986).

Для предупреждения ДГР и развития демпинг-синдрома А.А. Шалимов в 1963, Т. Маки в 1964 предложили пилоруссохраняющую резекцию желудка (ПСРЖ) при язвах желудка (ЯЖ) и отмечают значительное улучшение функциональных результатов лечения. Начиная с 1969 года, различные варианты ПСРЖ предлагает и А.И. Горбашко (1995).

Мы проанализировали результаты 290 ПСРЖ, произведенных в клинике неотложной хирургии Хирургического Центра (НХЦ) МЗ Кыргызской Республики, за последние 15 лет.

Показанием для ПСРЖ являлись хронические медиогастральные язвы и их осложнения как прободение, кровотечение, пенетрация; острые язвы тела желудка, осложненные профузным кровотечением.

Возраст больных был от 17 до 72 лет. Мужчин было 226 (78%), а женщин 64 (22%). У 57 (19 %) была диагностирована хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) в компенсированной или субкомпенсированной стадиях. Из них 39 (13%) больным с компенсированной стадией ХДН одновременно

но с ПСРЖ было произведено рассечение связки Трейтца (РСТ) с низведением дуоденоюанального перехода (операции Стронга) или дуоденолиз (освобождение от окружающих ее спаек). А 18 (6%) больным с субкомпенсированной стадией ХДН наряду с ПСРЖ было произведено наложение поперечного антипериастальтического дуоденоюананастомоза (ПАДЕС) по Я.Д. Витебскому (1986). Также у 12 (4%) больных были диагностированы грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и недостаточность кардии. Им наряду с ПСРЖ была произведена фундопликация по Ниссену с передней крурорафией и фундозофагорафия.

При выполнении ПСРЖ мы стараемся придерживаться правил, выработанных нами на основе предложенных А.И. Горбашко (1995):

- первое - это полноценная диагностика сочетанных с ЯЖ заболеваний гастродуоденальной и панкреатобилиарной систем как: ГПОД и недостаточность кардии, ХДН, дивертикулы ДПК, ЖКБ, хронический панкреатит и др. для их одновременной адекватной патогенетической коррекции;

- второе - удаление от 1/2 до 2/3 тела желудка;

- третье - полноценное сохранение иннервации и васкуляризации пилорического жома, ДПК и культы желудка;

- четвертое - гастропилорический анастомоз необходимо накладывать на расстоянии не менее 2 см проксимальнее пилорического жома;

- пятое - удаление избытка слизистой оболочки пилорического отдела желудка;

- шестое наложение узловых двухрядных швов на гастропилорический анастомоз с применением рассасывающихся швов Пирогова-Матешука на внутренний ряд;

- седьмое - в конце операции проведение через нос 2-х тонких зондов одну в культю желудка для декомпрессии и промывания желудка, вторую в начальный отдел тонкой кишки для энтерально-зондового питания (ЭЗП).

Но в отличие от правил, выработанных А.И. Горбашко, мы - во первых, не считаем противопоказани-

ем для ПСРЖ наличие ХДН компенсированной и субкомпенсированной стадий, хронического панкреатита без нарушения оттока желчи и дивертикулов ДПК без явлений дивертикулита; так как одной из доминирующих факторов в патогенезе язвенной болезни, хронического панкреатита, дивертикулов ДПК является ХДН (Чернышев В.Н. и др., 1993). Своевременная и адекватная коррекция ХДН, как показывает наш опыт, устраняет дуоденальную гипертензию, тем самым предупреждает дальнейшее прогрессирование этих заболеваний и развитие ряда так называемых болезней оперированного желудка;

- во вторых, при ЯЖ в сочетании с ХДН из-за ДГР развивается снижение кислотопродуцирующей функции желудка, поэтому не обязательно удаление 2/3 и более частей желудка, а в зависимости от локализации язвы можно производить и экономные резекции (Саенко В.Ф. и др., 1985);

- в третьих, при пенетрирующих язвах и перивисцеритах не всегда имеется возможность полноценного сохранения иннервации и васкуляризации пилорического жома, но применение элементов пернициозной техники операции, в большинстве случаев позволяет максимально их сохранить.

- в четвертых, стремление к наложению анастомоза строго на расстоянии 1 см от пилорического жома может привести к развитию к пилороспазму в послеоперационном периоде, вследствие развития асептического анастомозита, что мы встретили у 5 (1,7%) больных, которым потребовалось более длительное стационарное лечение;

- в пятых, зонд для энтерального питания проводим не в просвет ДПК, а в начальный отдел тонкой кишки на расстоянии не менее 20 см от дуоденоюнального перехода (ДЕП) и на вторые сутки начинаем ЭЗП (при условии отсутствия явлений перитонита и пареза кишечника), так как после хирургической коррекции ХДН в ближайшем послеоперационном периоде могут развиваться явления функционального дуоденостаза; при массивных кровотечениях ЭЗП, начинаем после стимуляции работы кишечника, очистительных клизм и освобождения кишечника от остатков крови.

Для диагностики ЯЖ и сочетанных с ней заболеваний ДПК, желчного пузыря (ЖП), поджелудочной железы (ПЖ), наряду с традиционными методами используем комплекс исследований, применяемый нами при диагностике ХДН, заключающийся в последовательном комбинированном применении фиброэндоскопии, релаксационной дуоденографии и гидроультразвукового исследования.

При традиционной ФЭГДС, после оценки изменений слизистой и просвета пищевода, желудка и ДПК, обусловленной язвенным поражением, акцентируем внимание на прямые и косвенные признаки ХДН. Это могут быть: наличие в желудке натовак большого количества жидкого содержимого с примесью желчи, ДГР, зияние привратника и недостаточность кардиального жомов, картина рефлюкс-эзофагита и

гастрита, дуоденита, расширения или сужения просвета ДПК и др.

УЗ - исследование печени позволяет выявить признаки желчной гипертензии и хронического гепатита, развивающихся вследствие ХДН.

При УЗИ желчного пузыря выявляются явления гипер- или гипомоторные изменения ее функции, степень эвакуации содержимого после приема желчегонного завтрака, увеличение его размеров, утолщение или уплотнение стенок, наличие холелитиаза или холестероза.

При УЗИ поджелудочной железы обращали внимание на расширение панкреатического протока при отсутствии закупорки камнем, наличие признаков хронического панкреатита.

УЗИ желудка проводится натощак и после контрастирования дегазированной жидкостью: чай, кефир, соки, кисель в количестве 400-500 мл, оптимальным является теплый раствор крахмала из-за его обволакивающих свойств. После измерения начального объема содержимого желудка определяется степень ее эвакуации через 30-60-90 и 120 мин., исследуется состояние его стенок и перистальтики, привратник и его форма, диаметр и амплитуда сокращений.

При исследовании ДПК обращаем внимание на сужение или расширение его диаметра, состояние его стенок, перистальтику и антиперистальтику, наличие ДГР. Расширение ДПК до уровня ДЕП и появление маятникообразной перистальтики характерно при наличии механических препятствий как трейтцит, дистальный перидуоденит или проксимальный периеюнит, лимфаденит. Для артериомезентериальной компрессии (АМК) также характерно уменьшение артериомезентериального расстояния (АМР) до 7 мм и менее (N= 7-20 мм) и териомезентериального угла (АМУ) до 10-20 град. (N= 30-60 град.). Четко определяются сдавление ДПК извне: опухолями, лимфоузлами, увеличенной головкой ПЖ. При функциональной ХДН выявляются расширение просвета ДПК, уменьшение амплитуды его сокращения и дилатация привратника.

В НХЦ разработана и внедрена методика УЗИ в условиях медикаментозной гипотонии и двойного контрастирования взвесью сульфата бария и дегазированной жидкостью (Абдуллаев Д.С. и др., 1997). После проведения зондовой релаксационной дуоденографии больному производится УЗИ. Через зонд вводится дегазированная жидкость в количестве 200 мл и бариевая взвесь прогоняется из ДПК в тонкий кишечник, но на стенке слизистой ДПК остается тонкий слой бария, что дает возможность для более четкой визуализации контуров стенок ДПК на фоне дегазированной жидкости. Данный метод был применен нами у 25 больных и при этом значительно повышаются возможности УЗИ ДПК в диагностике ХДН.

Во время экстренных оперативных вмешательств при профузных желудочных кровотечениях, прободных язвах акцентируем внимание на интраоперационные признаки для их одновременной коррекции.

Это могут быть увеличение размеров желудка, атония пилорического жома, дилатация ДПК или отдельных его участков более 3-х см в диаметре, истончение или гипертрофия стенки ДПК, наличие в ней содержимого, признаки АМК, трейтцита, рубцовый перидуоденит, проксимальный периеюнит, увеличение лимфоузлов в области ДБП и др.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде после ПСРЖ были выявлены у 31 (10,7%) больных из 290 оперированных. В то же время из 1665 больных, перенесших резекции желудка по другим методикам, осложнения возникли у 361 (22,3%). Эвакуаторные осложнения наблюдались у 11 (3,8%) больных, из них у 6 (2,1%) развились явления гастро- и дуоденостаза функционального характера, а у 5 (1,7%) развился анастомозит с гастростазом, которые разрешились после консервативных мероприятий. Острые бронхопневмонии встретились у 9 (3,1%) больных, в основном у лиц старших возрастных групп. Нагноительные осложнения со стороны ран развились у 8 (2,7%) больных, у 2-х из них возникли эвентерации кишечника, потребовавшие повторных операций. Также потребовались повторные вмешательства у 2-х больных: с кровотечением из швов анастомоза и ранней спаечной кишечной непроходимостью.

Послеоперационная летальность после 290 ПСРЖ составила 0,3% - умер один больной, оперированный по поводу каллезной язвы малой кривизны желудка, осложненной профузным кровотечением. После резекции желудка на пятые сутки возникла несостоятельность швов желудочно-желудочного анастомоза, релапаротомия и повторная резекция желудка не принесла успеха и наступила смерть от прогрессирующего перитонита.

Отдаленные результаты ПСРЖ изучены у 156 (54%) пациентов и сроки от 1 до 14 лет и оценены: как отличные и хорошие у 122 (78,2%), как удовлетворительные у 30 (19,2%) и как неудовлетворительные у 4 (2,6%) обследованных. Из 30 пациентов, состояние которых признано удовлетворительным и не требовалась хирургическая коррекция были выявлены следующие заболевания: рефлюкс-эзофагит у 5 (3,2%), атония культи желудка у 4 (2,6%), демпинг-синдром легкой степени у 3 (1,9%), хронический панкреатит у 3 (1,9%), хронический энтерит у 3 (1,9%), спаечная болезнь у 2 (1,3%), хронический гепатит у 2 (1,3%), каудииоспазм у 2 (1,3%) и пилороспазм у 2 (1,3%), астенический синдром у 2 (1,3%), недостаточ-

ность кардии 1 и дивертикул ДПК у 1.

У 4 (2,6%) пациентов»состояние которых было оценено как неудовлетворительное были выявлены следующие заболевания: рак культи желу потребовавший гастрэктомии у 1; хроническая дуоденальная непроходимость обусловленная тотальным рубцовым перидуоденитом и потребовавшая реконструктивной резекции желудка по Ру у 1; хронический энтерит у 1 и хронический панкреатит у 1 больного, приведший к нарушению пищеварения и кахексии больных.

Дуоденогастрального рефлюкса и рецидива язвы желудка не наблюдалось, по нашему мнению, из-за сохранения пилорического жома и адекватной коррекции с восстановлением пассажа пищи по ДПК.

Таким образом, ПСРЖ является наиболее «физиологичным» оперативным вмешательством, имеет все преимущества перед другими способами резекций желудка и расширяет наши возможности в хирургическом лечении больных с медиогастральными язвами.

При сочетании ЯБЖ с ХДН в стадии компенсации или субкомпенсации операцией выбора является ПСРЖ с полноценной и адекватной коррекцией ХДН и сохранением естественного пассажа пищи по ДПК.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдуллаев Д.С., Кутманбеков А.К., Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С. Оптимизация хирургического лечения язвенной болезни желудка. "Хирургическая гастроэнтерология". Сборник научных трудов НЦХ. Бишкек. 1997.с.49-53.
2. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. Челябинск. 1986.
3. Горбашко А.И., Мамакеев М.М., Рахмонов Р.К. и др. Пилоруссохраняющие резекции желудка. Бишкек. 1995.128с.
4. Кузин Н.М. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни желудка. Дисс.. д-ра мед. наук. М. 1987
5. Нечай А.И., Меркулов О.А., Калашников С.А., Клиническая хирургия. 1987, №8, с.48-50.
6. Саенко В.Ф., Спивак В.П., Березницкий Б.Ф. Выбор метода и особенности хирургического лечения язвенной болезни желудка (Методические рекомендации). Киев, Днепропетровск. 1985.
7. Чернышев В.Н., Белоконев В.И., Александров И.К. Введение в хирургию гастродуоденальных язв. Самара. 1993.214с.
- Viste A., Bjorgenstadt E., Opheim P et al. Lancet. 1986. Vol.30. P.502-504.

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

**ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕРОДМИНЕРАЛЬНОГО СОРБЕНТА
СУМС 1 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У
ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ**

НИИ Акушерства и гинекологии МЗ РУз

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

**СУМС-1НИ УГЛЕРОДМИНЕРАЛ СОРБЕНТИНИ БАЧАДОНИДА ЧАНДИГИ БУЛГАН АЕЛЛАРДА КЕСАР КЕСИШИДАН КЕЙ-
ИНГИ ЙИРИНГЛИ-СЕПТИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ УЧУН КУЛЛАНИЛИШИ.**

Бачадонида чандиги булган, инфекция ривожланишига катта хавфли 27 аелга йирингли-септик асоратларни олдини олиш максидида кайта кесир кесиш жаррохлиги вақтида углеродминералли сорбент метронидазол билан кулланилди. Назорат гуруҳини 26 ташкил қилди. Жаррох-
лидан кейинги даврни клиник кесишини таҳлил қилиш шуни қурсатдики углеродминерал сорбентни куллаган асосий гуруҳ аелларида
йирингли-септик асоратлар сони, стационарда етиш муддати анча қисқарган. Жаррохликдан кейинги даврда юбориладиган антибактериал ва
утеротоник дориларни микдори қамайган. Олинган натижалар ушбу йуналишдаги тадқиқотларни давом эттириш лозимлигини қурсатди.

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

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

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

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

Несмотря на стремление акушеров к ведению родов при рубце на матке после операции кесарево сечение через естественные родовые пути, частота повторных операций из-за боязни разрыва матки в родах остается достаточно высокой, составляя от 47 до 90 % (11). Это обусловило дальнейшее изучение такой насущной проблемы, как ведение беременности, родов и предупреждение гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке. Эта проблема является актуальной также в Республике Узбекистан, этнической особенностью которого являются многодетные семьи. По данным материнской смертности, ежегодно проводимого МЗ РУз, в Республике Узбекистан за 1998 год от гнойно-септических осложнений погибло 15,3% женщин, из них после операции кесарево сечения - 28,4%. Среди причин смертности женщин, родоразрешенных оперативным путем, послеоперационные гнойно-септические осложнения со-

ставляли - 24,4%. После операции кесарево сечение с рубцом на матке смертность достигает 11,1%, из них от гнойно-септических осложнений - 18,8%.

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

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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

Под наблюдением находились 53 женщины с рубцом на матке. Все наблюдаемые пациентки составляли две идентичные по составу группы. Основную группу представляли 27 родильниц с высоким инфекционным риском на реализацию гнойно-септических осложнений, которым наряду с традиционным комплексным ведением послеоперационного периода с применением инфузионной, антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии проводилось интраоперационное внутриматочное введение сорбента СУМС-1 с адсорбированным на нем метронидазолом. В группу сравнения входили 26 родильниц также из группы высокого инфекционного риска, но получавших только традиционное лечение послеоперационного периода. Факторами высокого инфекционного риска на реализацию гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке являлись инфекционные осложнения в течении послеоперационного периода предыдущей операции, обострения хронических инфекционных заболеваний или острых инфекционных процессов любой локализации

во время беременности.

Углеродминеральный сорбент СУМС-1 создан в Институте Катализа Сибирского отделения РАН и представляет собой черные блестящие гранулы размером 0,4-1,0 мм с адсорбированным на них метронидазолом. Сорбент помещен в отрезок капроновой мембраны с величиной диализных пор 1,5-3,0 нм и представляет собой стерильный дренаж-тампон размером 17,0х1,5 см. СУМС-1 воздействует как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору с сохранением действия препарата в течение двух суток. Метронидазол, адсорбированный на сорбенте, обладает антимикробным действием в отношении большинства грам-положительных и грам-отрицательных бактерий, в том числе и анаэробной микрофлоры. Также метронидазол восстанавливает фагоцитарную активность лейкоцитов и обладает противовоспалительным действием, а в связи с химическим сходством с иммуномодулятором левамизолом активизирует иммунитет.

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

менности в различные сроки - у 26, ОРН-гестоз встречался у 11, многоводие диагностировано у 5 женщин.

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

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

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

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

ОБСУЖДЕНИЕ

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

Эффективность профилактики послеоперационных воспалительных осложнений у родильниц подтверждалась на основании клинических показателей, характеризующих течение послеродового периода, данных ультразвукового исследования матки, лабораторных показателей.

Важным преимуществом этого метода является уменьшение использования противовоспалительной антибактериальной, дезинтоксикационной терапии, которое достигается хорошими адсорбционными характеристиками сорбента в отношении средне- и высокомолекулярных токсинов и микробных клеток. В связи с этим отмечаются отсутствие явлений интоксикации, условий для присоединения и развития вторичной инфекции, а также распространении и генера-

лизации гнойно-воспалительного процесса. Кроме того, удовлетворительная инволюция травмированной матки и благоприятные условия для репаративных процессов в ней обеспечиваются адекватной местной санацией полости матки после кесарева сечения, при этом сокращается применение утеротонической терапии.

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

Таким образом, предлагаемый нами способ является одним из эффективных методов значительного снижения риска таких грозных акушерских осложнений, какими являются гнойно-септические заболевания. Местное использование подобных антимикробных препаратов может служить альтернативой длительному, системному применению антибиотиков. Включение в комплексную терапию местной санации при помощи дренажа-тампона СУМС-1 с адсорбированным на нем метронидазолом патогенетически обосновано и определяет необходимость дальнейшей разработки и изучения методики применения данного сорбционного препарата непосредственно во время операции кесарева сечения в группе беременных с рубцом на матке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.А., Буянов В.М., Радзиховский А.П. и

др. Лимфотропная детоксикация. - Киев: «Наукова Думка» - 1988. - 228 с.

2. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Роль неспорообразующих анаэробов в развитии послеродовых эндометритов и рациональный выбор антибактериальной терапии // Вопросы охраны материнства и детства. - 1989. - № 7. - С. 54-57.

3. Зак И.Р. Диагностика, лечение и профилактика гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии // Акушерство и гинекология. - 1988. - № 9. - С. 3-6.

4. Ломаченко И.И., Тарасов А.А. Лечение перитонита у детей с применением тималина и метронидазола // Клиническая хирургия. - 1988 - № 6. - С.41-43.

5. Любарский М.С., Летягин А.Ю., Габитов В.Х. Сочетанная лимфотропная и сорбционная терапия гнойных ран. - Новосибирск - Бишкек: «Илим» - 1995. - 134 с.

6. Маринкин И.О., Ершов В.Н., Пекарев О. Г. Новые методы профилактики и лечения острых неспецифических послеабортных и послеродовых метроэндометритов. // Практические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов. - Новосибирск. - 1995. - 19 с.

7. Савельева Г.М. // Оптимизация тактики ведения родов и операции кесарева сечения в современном акушерстве: (Тезисы к пленуму). - М.- Барнаул, 1988. - С. 5-11

8. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М., 1991.

Наша информация

30 сентября 1999 г. в г. Ташкенте состоялась очередная ежегодная Республиканская научно-практическая конференция “Вахидовские чтения — 99” на тему: “Эндовизуальная диагностика и лечение заболеваний органов дыхания и пищеварения”.

Материалы конференции опубликованы в третьем номере журнала “Хирургия Узбекистана”. В ее работе приняли более 500 специалистов, ученых, практических врачей нашей республики.

Работа конференции завершилась принятием резолюции, которая опубликована ниже.

*У.А. Арипов,
Н. У. Арипова*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХОЛЕДОХОСТОМИЙ,
СФОРМИРОВАННЫХ АППАРАТОМ СПП-20 И
ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ.**

*Кафедра факультетской хирургии 1-ТашГосМИ
(зав. кафедрой - Назиров Ф. Н.)*

С тех пор как Riedel (1882) впервые выполнил супрадуоденальную холедоходуоденостомию (СДХДА), а в 1913 Н. Kehr впервые отметил возможные осложнения данного хирургического вмешательства политика вокруг достоинств и недочетов СДХДА не прекращается. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что неудовлетворительные результаты СДХДА в отдаленные сроки по сводным данным 17 авторов составляют от 5% (Альперович Б.И., 1976) до 25% (Краковский А.И. с соав., 1972). По наблюдениям Н.П. Напалкова с соавт., (1980) “самым существенным прогнозом качества супрадуоденального кишечного анастомоза — является то обстоятельство, что несмотря на создаваемый им свободный отток желчи в кишечник, в поданастомозном сегменте желчных путей, в зоне соустья ППЖ (протока поджелудочной железы) и в большом дуоденальном соске (БДС) остаются неустраненными (да и нераспознанными, так как специальных методов для их распознавания не применялось) органические доброкачественные поражения. Они рефлекторно влияют на выходящие отделы желчных путей (включая внутрипеченочные), так и на поджелудочную железу с системой ее протоков. Созданный анастомоз никак не разгружает системы ППЖ, а изменения, распложенные ниже его устья, усиливают нежелательную и опасную для железы гипертензию в ее протоках”.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Мы анализировали отдаленные результаты СДХДА у 287 (из 399 больных оперированных в нашей клинике за 1981-1998 гг) и выявили, что у 198 (69%) результаты были хорошими, у 56(19,5%)- удовлетворительными и у 33(11,5%) неудовлетворительными, (они нуждались в повторной коррекции пассажа желчи и секрции поджелудочной железы (ПЖ) в двенадцатиперстную кишку(ДПК). Причем, среди больных с хорошими отдаленными результатами 39 больным было выполнено двойное внутреннее дренирование (ДВД):

21 - му больному после СДХДА выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика (ТДПСП) аппаратом СПП-20, а 18 больным СДХДА + эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Четко зафиксирована закономерность: чем продолжительнее срок наблюдения после перенесенного СДХДА, тем чаще и тяжелее были осложнения, требую-

щие повторного хирургического вмешательства для обеспечения адекватного оттока желчи и сока ПЖ в ДПК.

Анализ причин развития осложнений СДХДА показал, что нарушения дренирующей функции соустья прежде всего были связаны не полнотой диагностики — часто оставались невыявленными доброкачественные стенозирующие и обтурирующие поражения большого дуоденального сосочка(БДС) (по данным П.С.Ветшева с соав., 1998; половина больных холедохолитиазом страдает стриктурой БДС) и отсюда, тактические ошибки в выборе способа хирургической коррекции пассажа желчи и сока ПЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

По нашим наблюдениями подобные ошибки чаще допускались при холедохолитиазе, осложненном, протяженным стенозом терминального отдела холедоха (ТОХ) без нарушений функции БДС у больных, отягощенных сопутствующей патологией, следовательно у пожилых больных с тубулярным протяженным стенозом терминального (ТОХ), но без нарушения функции БДС, даже при высоком операционно-анестезиологическом риске, СДХДА является “идеальным” способом внутреннего дренирования холедоха, как менее травматичный, с хорошими непосредственными результатами способ.

При наличии же тубулярного протяженного стеноза ТОХ и доброкачественного стеноза БДС, если приходится вынужденно выполнять СДХДА, то обязательно следует дополнить его транспапиллярными вмешательствами, обеспечивающими адекватную функцию БДС.

Наш опыт позволяет признать операцией выбора, в этих ситуациях, выполнение ТДПСП аппаратом СПП-20, так как при этом имеется возможность визуализировать характер поражения БДС и устье вирсунгова протока, выполнить транспапиллярную холедохоскопию, провести санацию гепатикохоледоха.

Вместе с тем, ЭРПСТ, хотя и полностью не может заменить возможности ТДПСП, но при отсутствии аппарата СПП-20, остается основным пособием для обеспечения адекватного пассажа желчи (а возможно и сока ПЖ) через БДС.

Итак, тот факт, что СДХДА в отдаленные сроки наблюдения после операции осложняется нарушением его дренирующей функции, подтверждается большинством хирургов: средняя частота неудовлетворительных результатов СДХДА составляет 10-12% (1, 2,

3, 4, 5). При стенозирующем панкреатите и стенозе БДС этот показатель достигает 51,8% (3). Несмотря на перечисленные недочеты и осложнения данного способа билиодигестивного анастомоза, нельзя не признать, что СДХДА в техническом исполнении прост, доступен большинству хирургов, и вместе с тем, его хорошие непосредственные результаты очевидны.

Отсюда, задача состоит в том, чтобы сохранив положительные качества СДХДА, обеспечивающие непосредственный хороший дренирующий эффект, устранить возможность развития осложнений после СДХДА в отдаленные сроки.

В нашей клинике этот вопрос был решен разработкой нового, не имеющего аналогов способа формирования ретродуоденального холедоходуоденоанастомоза (РДХДА) при помощи сшивающего аппарата (получено авторское свидетельство на изобретение №1777939 от 1.08.1989).

Как известно, причинами развития основных осложнений после СДХДА являются:

- во-первых, для обеспечения хорошей дренирующей функции соустья, приходится заведомо накладывать широкий анастомоз, что нередко ведет к ротационной деформации постбульбарного отдела ДПК, а это усиливает натяжение в зоне анастомоза, повышая опасность развития несостоятельности швов;

- во-вторых, как бы тщательно не выполнялись все детали формирования СДХДА, обеспечить должным образом четкую адаптацию рассеченных краев тканей холедоха и ДПК не удастся. Это ведет к деформации линии соустья, развитию анастомозита, инкрустации лигатур солями желчи, вплоть до стенозирования соустья.

В более поздние сроки достаточно часто формируется поданастомозный «слепой мешок» - источник инфекции, поддерживающий анастомозит, холангит,

панкреатит.

При формировании РДХДА сшивающим аппаратом СПП-20 с танталовыми скобками фактически исключаются все вышеперечисленные недочеты СДХДА:

- механический шов обеспечивает идеальную адаптацию краев рассеченных и прошитых тканей анастомоза и хороший герметизм, а также гемостаз их, благодаря которым происходит заживление линии анастомоза нежным рубцом, без деформации (как в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения).

Приведенные факторы являются лучшим гарантом профилактики возможного анастомозита и стенозирования соустья.

- преимущества РДХДА перед СДХДА является и то, что смещение анастомоза в ретродуоденальный отдел холедоха и ДПК исключает возможность деформирования ДПК со всеми последствиями, укорачивается до минимума поданастомозный сегмент холедоха, который хорошо дренируется через зияющий анастомоз (при необходимости этот анастомоз можно удлинить до 30 мм, повторным прошиванием аппаратом).

- и, наконец, РДХДА можно наложить и при умеренном расширении гепатикохоледоха, не зависимо от толщины его стенок (при истонченной стенке холедоха формирование СДХДА опасно).

Способ формирования РДХДА аппаратом СПП-20 осуществляется следующим образом:

1. Производим продольную холедохотомию длиной 10мм сразу над верхним краем верхнегоризонтальной части ДПК, далее разрез аналогичной длины переходит на верхнепереднюю стенку ДПК (поперечная дуоденотомия - Рис.1).

2. Накладываем швы-держалки на верхний угол холедохотомного разреза (1а), по углам холедохотомного и дуоденотомного разрезов (1в* и 1в**) и на

Распределение больных по показаниям к формированию РДХДА

Таблица 1.

Характер поражения билиарного тракта	Всего больных	
1. Холедохолитиаз (крупный одиночный или множественные конкременты), дилатация гепатикохоледоха, механическая желтуха, холангит	86	
2. Стеноз ТОХ и БДС (в сочетании с холедохолитиазом или без него) механическая желтуха	38	
3. Протяженный тубулярный стеноз ТОХ при индуративном панкреатите, без обтурации БДС	19	
4. Реконструкция рубцового стеноза СДХДА. Механическая желтуха	6	
ИТОГО:	149	

Примечание: у 30 из 38 больных данной группы до или после РДХДА выполнена ЭРСПТ.

Хронометраж времени затрачиваемого на формирование СДХДА и РДХДА.

Таблица 2

№	Основные этапы операции	
1	Лапаротомия. Холецистэктомия интраоперационная холангиография	
2	Продольная холедохотомия и поперечная дуоденотомия (как при способе Jurasz-Виноградова)	
3	Формирование анастомоза: -по Jurasz-Виноградову -РДХДА аппаратом СПП-20	
4	Ушивание холедохотомной и дуоденотомной ран	
	Итого	

нижней угол дуоденотомной раны (1с).

3. Упорную губу аппарата СПП-20 вводим через холедохотомную рану в нисходящем направлении, позади задней стенки верхней горизонтальной части ДПК(рис 2).

4. Подтягивая держалки как за вожжи через дуоденотомную рану вводим скобочный корпус аппарата и после полного его погружения в просвет дуодени, ввинчивая шайбу аппарата сближаем скобочный корпус к упорной губе, плотно (до отметки в корпусе аппарата). Затем прошиванием ткани (переднюю стенку ретродуоденальной части холедоха с задней стенкой верхнегоризонтальной части ДПК) - накладываем двухстрочные скобочные швы и между ними рассекаем ткани(путем введения половинки лезвия через специальный паз в скобочном корпусе) - формируются анастомоз длиной до 20мм.

Аппарат извлекаем, проводим тщательную санацию (поочередно вводя дренажную трубку проксимально и дистально) антисептическими растворами.

5. При необходимости (холангит) устанавливаем временное наружное дренирование над анастомозной частью холедоха, через культю пузырного протока по Холстеду Пиковскому.

6.Сопоставив края холедохотомной и дуоденотомной ран накладываем однорядные швы узлами к наружи (редко накладываем еще серо-серозные швы на дуоденотомную рану (Рис.3). По предложенному способу РДХДА оперированы 149 больных (причем при ущемлении камня в БДС выполнено двойное внутреннее дренирование: РДХДА+ТДПСР аппаратом СПП- 20 у 17 больных, см.таб. 1).

Реконструкция стенозированного СДХДА в РДХДА выполнена у 6 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

В ближайший послеоперационный период у одной больной было зафиксировано прогрессирование печеночно-почечной недостаточности, развившейся на фоне механической желтухи, гнойного холангита. Проведенная целенаправленная интенсивная терапия по-

зволила добиться положительного эффекта.

В отдаленные сроки наблюдения (от 5 до 10 и более лет) у 14 (9,4%) из 149 больных с РДХДА были выявлены осложнения, связанные с сопутствующей патологией, осложнений, связанных с перенесенной операцией РДХДА не было. Летальных исходов не было.

Мы проводили хронометраж времени затрачиваемого на формирование СДХДА по Jurasz-Виноградову (n - 18 больных) и РДХДА по методике клиники (n-22). Результаты представлены в таблице 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преимущества формирования билиодигестивного анастомоза РДХДА при помощи сшивающего аппарата СПП-20 по сравнению с СДХДА несомненны, так как при РДХДА по всем параметрам качественные показатели функционирования анастомоза, как в ближайшие, так и особенно в отдаленные сроки наблюдения (до 10 лет и более) несравненно выше чем при СДХДА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арипов У.А., Алиджанов Ф.Б., Мурадов Н.Н и др. Холедоходеоденостомия с использованием сшивающего аппарата СПП-20 Хирургия . — 1994 . - №12. — С.44-46.
2. Альперович Б.И., Хачатарян Р.Г., Цхай В.Ф. Механическая желтуха. Томск. 1994. 184 с.
3. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич А.Г. Желчнокаменная болезнь. М.; 1998.-160 с.
4. Виноградов В.В., Лапкин К.В., Лютфалиев Т.А. Отдаленные результаты супрадуоденальной холедохо-дуоденостомии. Хирургия, 1985. № 4.-С.77-81.
5. Милонов О.Б., Грязнов С.Н. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока М.1986.-160 с.
6. Kehr H. Chirirgir der Gallenwege. — Stuttgart, 1913. 66 p.
7. HPB Surgery// Contens second world congress of the International Hepatopancreatobiliary association// Italia // 1996. —V.9. №2

*Н.Д.Арипова,
Д.Д.Курбанов,
В.М.Ворожейкин*

**ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИИ МАТКИ БЕЗ
ПЕРИТОНИЗАЦИИ КУЛЬТИ**

(экспериментальное исследование).

*Научно-исследовательский Институт Акушерства и
Гинекологии и кафедры акушерства и гинекологии
ТашПМИ МЗ РУз.*

Н.Д.АРИПОВА, В.М.ВОРОЖЕЙКИН, Д.Д.КУРБАНОВ

БАЧАДОН АМПУТАЦИЯСИДАН КЕЙИН ПЕРИТОНИЗАЦИЯЛАНМАГАН ЧЎЛТОҚДА ҚОРИН ПАРДАСИНИНГ БИТИШ
ХУСУСИЯТЛАРИ (экспериментал текшириш)

Илмий тажрибада бачадонни ампутациясидан кейин чўлтоқ перитонизацияси ўтказилади ва субсероз қатламда яллиғланиш процесси фонида чўлтоқ, қоринёғ, ичакларнинг бир-бирига ёпишиши, мезотелиоцитларда дистрофик ўзгаришлар содир бўлганлиги исботланди.

Перитонизацияланмаган чўлтоқ тажрибанинг 10-чи кунда мезотелий билан қопланади, микроциркуляция бузилмайди, яллиғланиш процесси кузатилмайди. Бу эса ўз навбатида орган ва тўқималарнинг ёпишган жойлари жаррохликдан кейинги даврда йўқ эканлиги, шу даврда асоратлар камайишини кўрсатади. Шундай қилиб, бачадон ампутацияси ва экстирпацияда чўлтоқни перитонизация қилинмаслиги тавсия қилинди.

N.D.Aripova, V.M.Vorojeykin, D.D.Kurbanov

REPAIR OF ABDOMEN AFTER EXTIRPATION OF THE UTERUS WITH NO PERITONIZATION OF STUMP (experimental investigation)

The experiment were proved that the formation of adhesions, distrophic changes in mesoteliocytes may be at the peritonization of stump after extirpation of the uterus. The stump without peritonization within 10 days is cover with mesotelium. There isn't fibrose layers on stump. Therefore, adhesions and other complications aren't develop at the postoperative period.

Thus, we recommend the extirpation of the uterus with no peritonization of stump.

Ведущей причиной инициации спаечного процесса в брюшной полости является нарушение целостности мезотелиальной выстилки (Байбеков И.М. с соавт., 1996). Данному патологическому процессу способствует наличие шовного материала, инфицирование им тканей и локальное нарушение микроциркуляции, а также нарушение перистальтики кишечника в послеоперационном периоде. Возникновение зон ишемии с последующим некротизированием, наличие крови с выпадением фибрина затрудняло мезотелизацию области шва и активировало фибриллогенез. Для профилактики спайкообразования хирурги производили тщательную перитонизацию травмированных зон брюшины, при необходимости использовался большой сальник. В последние годы широкое распространение получили методы с использованием лазерного излучения различной интенсивности (Мадартов К., 1996). Однако, часть хирургов придерживается мнения, что в некоторых ситуациях нет необходимости производить перитонизацию десерозированных участков, при этом получали удовлетворительные результаты (Женчевский Р.А., 1992; Буров И.С. и Строганов В.А., 1978). Следует отметить, что основная масса исследований проведена хирургами, в акушерско-гинекологической практике данные разработки единичны (Joel-Cohen, 1984; Jeselma RD с соавт., 1993 и др.).

Исходя из этого, мы поставили перед собой цель изучить в эксперименте особенности заживления культы после ампутации матки с перитонизацией и без перитонизации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:

Работа выполнена на 12 беспородных кроликах-самках массой 2-2,5 кг. Экспериментальные исследования проводились на базе отдела экспериментальной хирургии (рук.-проф. А.Х. Касымов и лаборатории патологической анатомии (рук.-проф. И.М. Байбеков) НЦХ им. академика В.В. Вахидова МЗ РУз.

Под внутривенным наркозом животным произ-

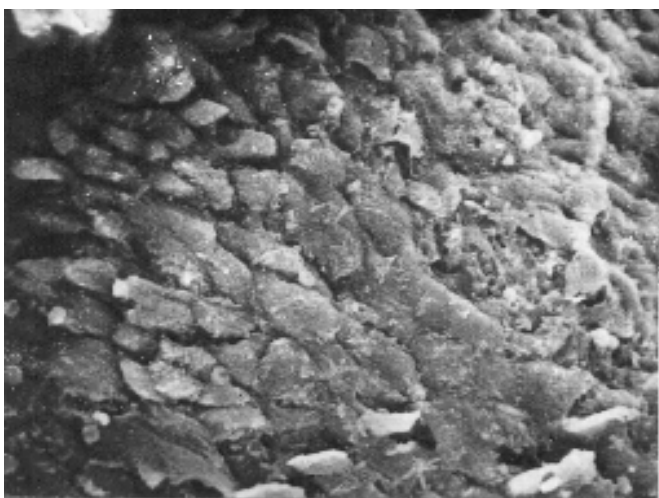
ведена нижняя срединная лапоротомия. После выделения рогов матки производилась надвлагалищная ампутация. В первой группе (6 кр.) проводилась классическая обработка культы влагалища с перитонизацией раневого дефекта. Во второй группе (6 кр.) производилось только ушивание культы матки с оставлением раневой поверхности без перитонизации. Операционную рану брюшной стенки ушивали 2-рядным шелковым швом.

Животных умервляли на 5 и 10 сутки. Материал для морфологического исследования вырезали из культы матки для электронной сканирующей микроскопии и для световой микроскопии. Для последней, кусочки проводились по общепринятой методики, заливались в парафин, срезы окрашивались гематоксилином и зозином. Для сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) образцы после фиксации в 2,5% растворе глутаральдегида дегидротировали в растворах ацетона восходящей концентрации и высушивали способом перехода через критическую точку CO₂ в аппарате "HSP-2" (Hitachi). Кусочки монтировали на алюминиевые подложки и после ионного напыления золотом в аппарата "IB-3" (Eiko, Japan), образцы просматривались в сканирующем электронном микроскопе "Hitachi S-405 A", при ускоряющем напряжении 15 Кв.

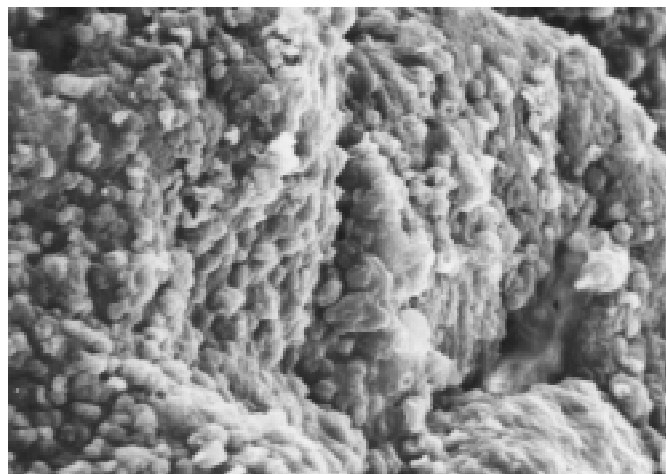
При вскрытии брюшной полости через 5 суток у животных с перитонизацией культы отмечаются умеренная гиперемия субсерозных сосудов малого таза. Культа влагалища с обильным налетом фибрина и нежно припаянными петлями тонкой кишки. Петли кишки свободно отделяются тупым способом, местами они спаяны между собой. Методом СЭМ на культе определяются обширные зоны демезотелизации. Сохранившиеся клетки мезотелия уменьшенных размеров, имеют продолговатую форму и значительно выступающую в просвет брюшной полости апикальную часть. Промежутки между клетками значительно

расширены. На поверхности большое количество нитей фибрина, с наличием клеток перитонеального экссудата-преимущественно макрофаги и лимфоидного ряда. Во второй группе поверхность культи также покрыта тонким слоем фибрина, однако расположенные рядом петли тонкого кишечника лежат свободно. При исследовании поверхности культи методом СЭМ определяется микрорельеф гладких мышц, с разбросанными мезотелиальными клетками, макрофагами, лимфоцитами и небольшим количеством нежных нитей фибрина. Гистологическое исследование культей в обоих случаях показало наличие артериального и венозного полнокровия, с умеренным субсерозным лимфостазом. Выраженный интерстициальный отек с зонами фиброзно-геморрагического пропитывания мышечной оболочки, с образованием микрогематом. При этом отдельные гладкомышечные пучки подверглись атрофии, реже-некробиозу. Описанные патологические изменения более выражены в случае с перитонизацией культи. Здесь же отмечено наличие на поверхности умеренного количества сегментоядерных нейтрофилов, с проникновением последних в более глубокие слои и формированием микроабсцессов вокруг шовного материала.

На 10-е сутки умеренная гиперемия субсерозного слоя малого таза в первой группе сохраняется. Культи влагляща в краевой зоне связана с петлей тонкой кишки. В случае без перитонизации признаков фиксации кишки к культе не отмечается. При исследовании рельефа перитонизированной культи методом СЭМ отмечается полиморфизм мезотелиоцитов (рис.1), они имеют уплощенный вид, расширенные межклеточные границы. Часть мезотелиоцитов в состоянии десквамации, с наличием небольших участ-



ков оголения базальной мембраны, покрытых фибрином. Культи без перитонизации сплошь покрыта мезотелием небольшого размера, округлой формы без явных дефектов серозного покрова (рис.2). Гистологическое исследование выявило в первом случае признаки вялой воспалительной реакции с субсерозным слоем с дистрофическими изменениями в мезотелио-



цитах (вакуолизация цитоплазмы) и организацией некробиотических процессов в мышечной оболочке. Спайки представлены нежными коллагеновыми волокнами, редкими капиллярами и фибробластами и очень редкими гладкомышечными клетками. Во второй группе отмечается организация раневого процесса с появлением нежной волокнистой соединительной ткани, явления воспаления практически отсутствуют.

Таким образом, культи без перитонизации к 10-м суткам полностью покрывается мезотелием, в ней не определяются признаки воспаления и тенденции спайкообразованию. В этот же срок культи с перитонизацией покрыта мезотелием частично, а в имеющихся клетках наблюдаются дистрофические изменения, полиморфизм и десквамация клеток, с оголением базальной мембраны с обилием фибриновых наложений. Данное состояние можно связать с наличием шовного материала, нарушающего микроциркуляцию в области шва с ухудшением метаболизма мезотелия. Велик риск инфицирования тканей и реакции на шовный материал. Воспалительная реакция в условиях нарушения дренажной функции сосудистой системы из-за механической редукции микроциркуляторного русла лигатурами ведут к дистрофическим и некробиотическим процессам в зоне шва, сдвигу pH в кислую сторону с последующей стимуляцией фибриллогенеза фибробластами и формированию спаек.

КЛИНИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ:

Таким образом полученные нами результаты обосновывают нецелесообразность ушивания висцеральной и париетальной брюшины. Это положение подтверждается и клиническими наблюдениями. По указанной методике нами прооперированы 32 женщины с доброкачественными опухолями матки. Контрольную группу составляли 30 женщин оперированных традиционным способом с ушиванием висцеральной и париетальной брюшины. Обследуемые женщины в обеих группах были сопоставимы по возрасту, по характеру и обоему патологического процесса и оперативных вмешательств, наличию соматической патологии. Оценивали особенности течения послеоперационного периода: наличие лихорадки, восстановление

перистальтики кишечника, заживление после операционной раны, сроки выписки из стационара, а также ближайший период наблюдения в течении месяца после операции. В основной группе лихорадка наблюдалась у 2-х женщин, контрольном-у 4-х. За лихорадку принимали повышения температуры тела свыше 38°C в течение более чем 2-ое суток, на 3-4 сутки после операции.

Восстановление перистальтики и моторики желудочно-кишечного тракта отмечено в более ранние сроки у женщин основной группы соответственно у 79,6% и 60% контрольной.

Анализ показал что, заживление послеоперационной раны и среднее прибывание на койке также существенно отличались в основной группе. Так, серома послеоперационной раны была констатирована у 2х женщин основной группы. Нагноение раны и полное расхождение отмечено у 3-х женщин контрольной группы. Необходимо отметить, что в основном эти осложнения наблюдались у тучных женщин. Таким образом результаты клинических исследований согласуются с данными экспериментальных исследований и данными литературы (Stark. M.1984).

По-видимому это связано с тем, что отсутствует травматизация тканей и воспалительных изменений брюшины вызываемых швом, образование послеоперационных спаек, а также сокращением времени операции, медиоментозного воздействия, уменьшения койко- дня в основной группе до 6,0 - 1,0 дня, против 8,0 - 0,3 дня ($p < 0,05$) в контрольной группе.

Резюме:

В эксперименте было доказано что, перитонизация культи матки после его ампутации сопровождается образованием спаек на фоне вялой воспалительной реакции в субсерозном слое, дистрофическими изменениями в мезотелиоцитах. Что, способствовало образованию спаек между культой, сальником и петлями кишечника.

Культи без перитонизации к 10 м суткам эксперимента полностью покрывается мезотелием, отсутствием фиброзных наложений, микроциркуляция не нарушается, воспалительная реакция отсутствует, что и объясняет отсутствие спаек в послеоперационном периоде.

Результаты клинических наблюдений у оперированных женщин без перитонизаций свидетельству-

ет о том, что практически в два раза реже встречается послеоперационные осложнения в виде лихорадки, нарушения перистальтики кишечника, нагноение ран.

Таким образом, рекомендуется отказаться от перитонизации культи в практике при ампутации и экстирпации матки.

Литература:

1. Андреева В.И. Влияние шовного материала на развитие спаечного процесса в брюшной полости в эксперименте //Сб.науч.работ аспирантов Ленингр.ГИДУВа.-Л.,1964.- С.40.
2. Бова Л.С., Семенюта Н.М., Фульмес М.М. Спаечная болезнь:[Обзор] //Клинич.хирургия.-1989.- №6.- С.57-59.
3. Буйкевич Л.М. К вопросу о состоянии культи шейки матки после надвлагалищной ампутации матки по поводу фибромиомы //Здравоохр.Белоруссии.-1970.- №9.- С.54-56.
4. Буров И.С., Строганов В.А. Заживление перитонизированных и неперитонизированных дефектов брюшины у растущих организмов//Вестн.хирургии.им.Грекова.-1978.-Т.121,№7.-С. 92-97.
5. Женчевский Р.А.Травма брюшины и заживление её дефектов//Эксперим.хирургия.-1969.- №6.- С.19-20.
6. Контрольная лапароскопия в оценке эффективности профилактики спаек при миомэктомии/М.А.Ботвин, Н.М.Побединский, А.И.Ищенко и др. //Акуш.и гин.- 1997.- №1.- С.15-19.
7. Косов И.С. Изучение влияния фактора роста фибробластов на заживление кожных ран (Эксперим.исслед.): Автореф. дис.. канд.мед.наук.- М., 1994.-16 с.
8. Морозов П.Н. Патоморфология экспериментального перитонита//Актуал.вопр.эксперим. и клинич.исследований.-М.,1983.- С.67-69.
9. Морфология париетальной брюшины и перитонеального экссудата при перитоните /В.С.Пауков, В.И.-Петров, О.Я.Кауфман и др.//Арх.Патологии.-1982.-Т.-44, вып.10.- С.11-20.
10. Frishman G.N., Schwartz T., Hogan J.W. Закрывание (сшивание) кожных надрезов по PFANNENSTIEL: Скобы и подкожные швы //J.Reprod/Med.-1997.- Vol.42, №10.- P.627-630.
11. Radical hysterectomy /P.B.Underwood, W.C.Wilson, A.Kreutner et al. //Amer.J.Obstet.Gynec. - 1979. - Vol.134, №8.- P.889-896.

Н. Д. Арипова

**ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОТОМИИ ПО ДЖОЕЛ-КОХЕНУ С
ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ГИСТЕРОЭКТОМИЕЙ БЕЗ
ПЕРИТОНИЗАЦИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ
МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.**

*Научно-исследовательский Институт Акушерства и
Гинекологии и кафедра акушерства и гинекологии
ТашПИ МЗ РУз.*

Н.Д.АРИПОВА

ДЖОЕЛ-КОХЕН МЕТОДИ БИЛАН ЎТКАЗИЛГАН ГИСТЕРЭКТОМИЯНИНГ МЕЪДА - ИЧАК ТРАКТИНИ ҲАРАКАТЛАНТИРУВЧИ ВАЗИ-
ФАСИГА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ТАЪСИРИ.

Тадқиқот Джоел-Кохен методини меъда-ичак трактининг ҳаракатлантирувчи ва эвакуация қилувчи вазифасига операциядан кейинги
даврд таъсирини шрганишга бағишланган.62 аёл текшириб чиқилди. Улардан 32 тасида (I-гурух), Джоел-Кохен методи, 30 тасида(II-гурух)-
Пфаненштиль методи қўлланилди.

Биринчи гуруҳда меъда-ичак трактининг ҳаракатлантирувчи ва эвакуация қилувчи вазифаси эрта тикланганлиги аниқланди. Бу ўз навба-
тида операциядан кейинги асоратларнинг камайишига имконият беради.

N.D.Aripova

THE INFLUENCE THE JOEL-COHEN METHOD WITH HYSTERECTOMY ON RECONSTRUCTION OF MOTOR FUNCTION OF THE
GASTROINTESTINAL TRACT AT THE POSTOPERATIVE PERIOD.

The aim of the work is to study the influence the JOEL-COHEN method on reconstruction of motor and evacuatory function of the
gastrointestinal tract at the postoperative period.The clinical study included 62 women before and after hysterectomy.The first group of 32 women
had undergone the JOEL-COHEN method,non-closure of the visceral and parietal peritoneal layers.The second group of 30 women,who
undergone a Pfannenstiel incision.We studied the influence both methods on motor and evacuatory function of the gastrointestinal tract,and we
investigated the bioelectric activity of intestine.

We determined that the motor and evacuatory function of the gastrointestinal tract in the first group was repaired early and its may reduce
the frequency of postoperative complications.

Среди наиболее оптимальных вариантов лапаро-
томий,используемых в оперативной гинекологии при
гистероэктомиях наше внимание привлек способ Joel
Cohen (1) без перитонизации. По мнению (2,4,5,6,7).
отказ от ушивания париетальной и висцеральной брю-
шины не оказывает какого-либо отрицательного вли-
яния на процесс заживления раны и исход операци-
и,более того метод позволяет сократить время опера-
ции, уменьшить травматизацию тканей, значительно
сокращает экономические затраты. В тоже время в до-
ступной нам литературе мы не нашли данных объек-
тивно характеризующих течение ближайшего после-
операционного периода у женщин оперированных по
выше приведенной методике, а также о влиянии дан-
ного способа на моторную функцию кишечника.

Материал и методы: методика разработанная Joel-
Cohen заключается в следующем: разрез кожи очень
поверх-ностный,проходящей только cutis, где имеют-
ся только небольшие сосуды.Он располагается при-
мерно на 2,5-3 см ниже условной линии,соединяю-
щей spinae iliacae anterior superior. Длина необходи-
мого разреза зависит от толщины брюшной стенки и
размера опухоли. Вскрытие подкожножировой клет-
чатки производится только в центре раны до фасции,
где нет больших кровеносных сосудов.Далее про-
изводится маленький поперечный разрез фасции
скальпелем,при этом обнажаются нижележащие мыш-
цы. Маленький разрез фасции продолжается латераль-
но, путем проталкивания ножниц и последующим
разведением их концов, сначала в левую сторону, за-
тем - в правую. Манипуляция производится под сло-
ем подкожножировой клетчатки под кровеносными
сосудами. При таком положении, ножницы следуют

точно по фасции. После открытия,фасция растягива-
ется краниально и каудально, подготавливая простран-
ство для следующего этапа, где оператор и ассистент
заводят два пальца под мышечный слой, медленно
растягивают мышцы, жировую ткань и кровеносные
сосуды в стороны. Это движение осущест-вляется с
небольшой ротацией кнаружи,чтобы верхний разрез
был больше, чем нижний. Если разведение мышц при-
зведено правильно, кровопотеря на данном этапе прак-
тически отсутствует. Перитонеум открывается путем
разрыва двумя пальцами до формирования необхо-
димого доступа,затем производится разрыв краниально
и каудально, что формирует продольный доступ. Ме-
тод позволяет избегать случайной травматизации ни-
жележащих слоев, что особенно часто случается при
работе острыми инструментами. Разрыв брюшины
должен быть сделан как можно дальше от кровенос-
ных сосудов. После чего традиционным способом про-
изводится последующие этапы ампутации матки и
гистероэктомии. Висцеральные и париетальные лист-
ки брюшины не ушиваются. Ушивание мышечного
слоя передней брюшной стенки также не произво-
дится. Фасцию ушивают непрерывным швом, исполь-
зуя нерассасывающейся шовный материал. На кожу
накладывается 3 матрацных шва. Всего по поводу ново-
образований матки прооперированы 62 женщины в
возрасте от 24 до 62 лет. Из них у 19 имело место
сопутствующая патология-преимущественно анемия
I-II ст., артериальная гипертензия,заболевания почек.
По характеру оперативного вмешательства больные
распределились следующим образом: ампутация мат-
ки (21),экстирпация матки(24),экстирпация матки с
придатками (17). Все женщины оперированы в пла-

новом порядке под общей комбинированной анестезией с ИВЛ. Продолжительность операций колебалась в пределах от 35 мин до 75 мин. В ближайшем послеоперационном периоде больные получали общепринятую терапию, направленную на коррекцию нарушений основных систем жизнеобеспечения.

Послеоперационную аналгезию осуществляли традиционным методом путем внутримышечного введения возрастных доз наркотических и ненаркотических анальгетиков. Все наблюдаемые нами больные разделены на две группы равноценные по возрасту, характеру основного и сопутствующего заболевания, объему оперативного вмешательства. 1-ю (основную) группу составили 32 женщины, лапаротомия у которых осуществляли по методу Джоел-Кохена, ушивание париетальной и висцеральной брюшины после гистероэктомии не проводили. Во 2-ю (контрольную) вошли 30 женщин, лапаротомия у которых проводили по методу Пфаненштиля с последующей гистероэктомией и традиционной перитонизацией.

Оценку моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта проводили по общепринятым клиническим признакам: времени восстановления перистальтики, отхождению газов, появлению стула.

Фиксировались осложнения, связанные с паралитической непроходимостью кишечника, а также дополнительные терапевтические мероприятия, направленные на восстановление функции кишечника введение антихолин-эстеразных препаратов, использование клизм, сеансов гипербарической оксигенации.

У 17 женщин основной и такого же числа больных контрольной группы дополнительно методом электро-энтерографии (ЭЭГ) с помощью электрогастрографа ЭКС-4-М по методике М.А. Собакина [3] исследовали биоэлектрическую активность кишечника. Всем 34 женщинам проведены однотипные операции; надвлагалищная ампутация матки - 10, экстирпация матки с придатками у 24.

При расшифровке электроэнтерограмм (ЭЭГ) оценивали их общий вид, ритмичность, частоту появления биопотенциалов, их максимальную (А-макс.) и минимальную (А-мин.) амплитуду, рассчитывали среднюю величину био-потенциалов (Аср). Исследования проводили до оперативного вмешательства, через 12, 24, 48 и 72 часов после него. Полученные результаты обработаны статистически которые и представлены в таблице.

Показатель- и ЭЭГ	До операции					
			через 12 часов		через 24	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2
Частота, мин	2.8±0.09	2.73±0.11	1.97±0.1 *	1.92±0.12 *	2.23±0.04 * **	1
Амакс., мВ	1.3±0.2	1.17±0.21	0.21±0.02 *	0.19±0.02 *	0.83±0.05 * **	0
Амин., мВ	0.09±0.01	0.12±0.01	0.03±0.01 *	0.02±0.005 *	0.5±0.01 *	0
Аср., мВ	0.49±0.03	0.43±0.05	0.09±0.02 *	0.08±0.01 *	0.29±0.01 * **	0

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Исходные дооперационные показатели моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта соответствовали характеру основного заболевания, степени вовлечения кишечника в патологический процесс и практически не отличались друг от друга в контрольной и исследуемой группах (табл).

Через 12 часов после операции практически у всех наблюдаемых нами женщин отмечали все клинические признаки угнетения моторно-эвакуаторной деятельности кишечника. На ЭЭГ у больных 1-й и 2-й групп отмечали депрессию биоэлектрической активности кишечника, которая проявлялось резким угнетением частоты и резким снижением амплитуды био-

потенциалов (табл, рис 1, 2). Необходимо отметить, что на данном этапе исследования каких-либо достоверных различий в изучаемых показателях ЭЭГ у больных основной и контрольной групп не регистрировали.

Через 24 часа после операции у большинства пациенток 2-й группы по-прежнему отмечали резкое угнетение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, которое проявлялось в вздутии живота, отсутствии перистальтики, метеоризме, неотхождении газов, что потребовало интенсивных терапевтических мероприятий. У 8 больных имели место эвакуаторные расстройства в виде мучительной икоты, тошноты и рвоты. Частота биопотенциалов и Аср составляли соответственно 69,5% и 30,2% от исход-

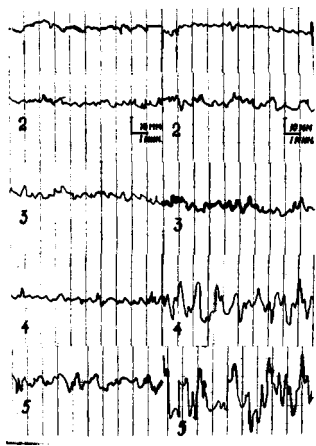


Рис 1. Электроэнтерограммы больной К операция "Экстирпация матки с придатками" Лапаротомия по Пфанэнштилю.

- 1 - непосредственно после операции;
- 2 - через 12 ч.
- 3 - 3-через 24 ч.
- 4 - через 48 ч.
- 5 - через 72 ч.

Рис 2. Электроэнтерограмма больной Д. операция "Экстирпация матки с придатками" Лапаротомия по Джоел-Кохену без перитонизации.

ных дооперационных величин.

В тоже время в 1-й исследуемой группе больных отмечали более раннее восстановление моторной функции кишечника и меньшее количество эвакуаторных расстройств. Так у 16 из 32 женщин уже через 24 часа после операции восстанавливалось перистальтика кишечника, у 12-самостоятельно отходили газы. Достоверно быстрее, в сравнении с 2-й группой пациенток, восстанавливалась частота и амплитуда био-потенциалов кишечника, составляя соответственно 79,6% и 60% относительно дооперационных величин (см - табл.).

Через 48 часов после операции у 28 больных 1-й группы восстановилась полноценная перистальтика кишечника, самостоятельно отходили газы. Явления пареза и функциональной кишечной непроходимости оставались только у 2-х оперированных. Частота перистальтических волн достоверно не отличалась от исходных показателей (табл.), Аср составляло 87,7%.

Восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника у женщин 2-й (контрольной) группы, оперированных по общепринятой рутинной методике было более медленным. Явления пареза кишечника сохранялись у 6 больных. Биоэлектрическая активность кишечника восстанавливалась лишь частично, частота био-потенциалов и Аср составляли к концу 2-х суток соответственно 74,7% и 48,8% относительно исходных дооперационных величин (табл., рис 1,2.)

Через 72 часа после операции у всех 32 женщин I группы наступило полноценное восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, что позволило начать полноценное энтеральное питание. При этом изучаемые параметры биоэлектрической активности кишечника достоверно не отличались от исходных дооперационных (табл.).

В контрольной группе восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника к концу 3-х суток наступило у 27 женщин. В остальных 3 наблюдениях оставались явления частичной динамической кишечной непроходимости, что потребовало продолжения интенсивных терапевтических мероприятий, включавших в себя антихолинэстеразные препараты, клизмы, сеансы гипербарической оксигенации.

Через 72 часа после операции частота перисталь-

тических волн составляло 90,8% их вольтаж-79,1% относительно исходных дооперационных величин (см. табл.)

Вышеизложенное наглядно показывает, что при лапаротомиях выполненных по Joel-Cohen с последующей гистерэктомией без перитонизации, в сравнении с традиционным способом лапаротомии и гистерэктомии, восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта наступает в более ранние сроки, что способствует ранней активизации больных, снижению числа послеоперационных осложнений и в первую очередь динамической кишечной непроходимости. Факт раннего восстановления моторной функции кишечника связан с минимальной травматизацией тканей, более активному течению репаративных процессов.

Литература:

1. Баев О.Р., Рыбин М.В. Современные тенденции развития техники операции кесарева сечения // Акуш. и гин.-1997. - №2. - С.3. -(Метод: Joel-Cohen)
2. Буров И.С., Строганов В.А. Заживление перитонизированных и неперитонизированных дефектов брюшины у растущих организмов // Вестн. хирургии им. Грекова.- 1978.-Т.,121,№7.-С. 92-97.
3. Собакин М.А. Электрографические исследования моторной деятельности желудка и кишечника при пищеварении в эксперименте и клинике // Тр. инс-та нормальной и патологической физиологии/ АМН СССР, -М. -,1958.- Т.2.С. 141-160.
4. Amirikla H., Evans T.N., Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications and risks // Amer. J. Obstet. Gynec. -1979.- Vol.134, №4.-P. -431-434.
5. Двухслойное сшивание матки со сшиванием висцеральной и париетальной брюшины: является ли это обязательным этапом кесарева сечения /G. Ohel, J.S. Younis, N. Lang, A. Levit// J. Matern Fetae. Med.-1996.- Vol.5, № 6.-P.366-369.
6. Оценка комбинаций процедур при кесарево сечении /M. Stark, Y. Chavki, C. Kupersztain et al.// Int. J. Gynaecol. Obstet.-1995.- Vol.48, №3.-P. 273-279.
7. Sutton C. Гистерэктомия: Историческая перспектива // Baillieres. Clin. Obstet. Gynaecol.- 1997.- Vol.11, №1.-P.1-22.

*А.Атаханов,
Н.С. Мамасалиев*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Андижанский государственный медицинский институт

A.Atakhanov, N.Mamasoliyev.

POPULATIONAL CLINIC PECULIARITIES OF THE COURSE AND PREVENTION OF ULCER DISEASE IN TEEN-AGERS AND YOUTH.

Wide extension of ulcerous gastric disease and duodenum among teen-agers and youth in Andijan city and Andijan province were revealed in the course of special populational clinic investigations. The frequency of ulcerous gastric disease and duodenum among teen-ager and youthful age of boys is higher than among girls, specific gravity of duodenum prevails over ulcerous gastric disease. Preulcerous diseases and clinically manifested forms of ulcerous disease in teen-agers and youth of Andijan are found more often and have specific peculiarities in clinical manifestations. The authors identified the main risk-factors of ulcerous gastric disease and duodenum (alimentary, medicinal, psycho-genous, exogenous and endogenous) and worked out a prognosis map of ulcerous disease course in teen-agers and youth. They also showed the ways of primary, secondary and tertiary prophylaxis of ulcerous gastric disease and duodenum which are conducive to the improvement of patient life quality and sharp lowering of complicated teen-agers and youth ulcer social economic losses.

Следует подчеркнуть, что в проблеме язвенной болезни остается не мало «белых пятен» - как в выявлении причин её возникновения, так и в определении способов лечения. Прежде всего отметим факторы риска, которыми обусловлено возникновение язвы до сих пор неточно идентифицированы. Результаты имеющихся исследований, основанных в подавляющем случае на клиническом материале и на небольшом количестве проанализированных случаев, противоречивы.

Кроме того, приведённые данные в этих исследованиях о частоте язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является результатом изучением обращаемости больных за медицинской помощью. Естественно они недостаточны объективны в силу того, что в определённых случаях указанные заболевания протекают скрытно и больные могут не обратиться к врачу. По этой причине частота язвенной болезни у лиц юношеского возраста колеблется от 0,1% до 58,9% (1,2). В связи с отсут-

ствием специальных эпидемиологических исследований ЯБ, более 15% случаев этих заболеваний остаются невыявленными. Это обстоятельство побудило нас представить собственные данные, касающиеся клиники, эпидемиолого-морфологических особенностей и динамических наблюдений на ранних стадиях ЯБЖ и ЯБДПК у подростков и юношей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Наше исследование проведено на случайной выборке из неорганизованной популяции подростков (14-17 лет) и юношей (18-22 лет) г. Андижана и Андижанской области с достаточно высоким охватом (87,5%) обследования. Все методы эпидисследования были строго стандартизированы. Общая характеристика и численность выборки неорганизованного городского и сельского населения подросткового и юношеского возраста и фактически обследованных, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Численность выборки неорганизованного населения в возрасте 14-21 лет и, фактически обследованных, в г. Андижане и Андижанской области

Возраст обследованных	Пол	Всего по избирательным спискам	2 сл вы т случ
14 - 17	мальчики	16659	
	девочки	16187	
18 - 21	мальчики	16307	
	девочки	15533	
Итого		64686	

Из представленных в таблице 1 данных видно, что для одномоментного эпидемиологического исследования распространенности юношеской язвы и ее факторов риска среди городского и сельского населения 14-22 лет были сформированы 4 выборки, две - в подростковом и две - в юношеском возрасте, соответственно у мальчиков и у девочек (табл.1). Во всех этих группах из последних избирательных списков, включающих всех лиц 14-22 лет, проживающих в

районе обследования, сформированы случайные пропорциональные 20% выборки, составившие 732, 694, 734 и 692 человека, соответственно в возрастных группах 14-17 и 18-22 лет у мальчиков и девочек.

Контингент популяции подростков и юношей, кроме эпидемиологического обследования, поэтапно подвергались более углублённому изучению с применением современных клинических и инструментальных исследований (табл.2 и схема 1).

Схема 1. Методика эпидисследования и выявления язвенной болезни у юношей и подростков



Таблица 2

Объем выполненных исследований

№	Наименование исследования	Число исследований
1	Анкетирование и клиническое обследование	2852
2	Определение кислотности желудочного сока: всего	1156
	в том числе:	
	- методом ацидотеста	824
	- методом внутрижелудочной рН-метрии	200
	-методом фракционного зондирования с пентагастрином	132
	ЭГДС	
3	Гистологическое исследование биоптатов	749
4	Определение СР	102
5	Рентгенологическое исследование Ж Т	181
6	Биохимические и инструментальные исследования, отражающие функциональное состояние других органов и систем	60

Как видно из схемы, по результатам анкетирования все обследованные были разделены на три группы:

- 1-здоровые лица;
- 2-больные с подозрением на ЯБ и предъязвенным болезням (ПЯБ-хронические гастриты, дуодениты, гастродуодениты);
- 3- группа риска с наличием факторов риска развития ЯБ.

Учитывая то, что опрос больных ЯБ с атипичным и латентным течением или сочетанными формами ЯБЖ и ЯБДПК с патологией органов пищеварения и других систем- не всегда позволяют распознавать раннюю стадию данного заболевания,нами на втором этапе диагностического поиска расширилось описание клиники с использованием специальных методических указаний,дополнительно проводились клинические и инструментальные обследования.

Результаты исследований были обработаны методом вариационной статистики Стьюдента, вычисляли относительные величины,среднюю арифметическую их стандартную ошибку (m) показателя достоверности разности средней величины (P).

Результаты и обсуждение.

По нашим данным предъязвенные заболевания (ПЯЗ) среди обследованной популяции подросткового и юношеского возраста отмечены впервые у 189 (13.3+0.6%) числу обследованных девочек и мальчиков,что составило 47.4+1.7% по отношению ко всем выявленным больным.ЯБ установлена всего у 199 человек,впервые выявлена у 79 юношей и подростков- 7.0+0.4% по отношению к числу обследованной

популяции и 24.8+1.5% по отношению к клинически диагностированным больным. Из них ЯБЖ всего обнаружено у 0.8+0.1% по отношению ко всей популяции и 2.8+0.5% по отношению к выявленным больным.Сравнительно часто встречается ЯБДПК (6.1+0.4%: по отношению к общей популяции и 22.0+1.4% по отношению к выявленным больным).

Отмечено,что ПЯЗ и ЯБ встречаются достоверно чаще (33.6+1.2%) среди мальчиков, чем в популяции девочек (22.2+1.1%). Данные в этом отношении представлены на рисунке 1 и 2.

В целом установлено,что у мальчиков ЯБДПК почти 10 раз, а у девочек - в 5.3 раза больше встречается, чем язвенная болезнь желудка ($p < 0.001$). ЯБЖ отмечена у 9.6+2.5% мальчиков и у 15.9+4.6% девочек, т.е. ЯБЖ часто встречается среди обследованной популяции девочек. Кроме этого, отмечено более высокое распространение ЯБ с более выраженной симптоматикой у мальчиков (65.4+4.0%),чем у девочек (49.2+6.2%). В целом,при наличии язвы в ДПК клиника была более яркой у мальчиков и наоборот, симптоматика была менее выраженной у них при ЯБЖ, чем у девочек.

У 34.6+4.0% обследованных мальчиков ЯБ характеризовалась латентным или субклиническим течением и была выявлена впервые во время скрининга. Этот контингент популяции не знал о наличии ЯБ, следовательно, ранее не состояли на диспансерном учете.

Полученные данные привели нас к убеждению на популяционном уровне о том, что сравнению ЯБДПК,ЯБЖ у мальчиков подросткового и юношеского возраста протекает с менее выраженной симптоматикой. В тоже время наблюдалась четкая тенденция к увеличению числа девочек ЯБДПК с латентным и атипичным вариантами течения (52.8+6.8%), а ЯБЖ характеризовалась более выраженной клинической картиной. Наши данные существенно расходятся с результатами клинических исследований Р.М.Филимонова (1985).

Из общего количества первично выявленных больных ЯБ хеликобактерная инфекция в биоптатах слизистой оболочки обнаружена у 91.0+0.7% больных. Подростки достоверно чаще страдали хеликобактерной инфекцией (93.0+2.2%), чем юноши (86.0+4.3%), $p < 0.05$.

Высокая обсемененность слизистой оболочки хе-

ликобактерной инфекцией отмечается при ЯБДПК (92.6+1.9%), по сравнению с больными ЯБЖ (48.3+8.5%). В целом, наши данные практически полностью подтверждают «бактериальную» концепцию язвообразования у подростков и юношей. Аналогичные результаты приводятся у взрослых (О.Н.Минушкин с соавт., 1998).

В ходе данного исследования на популяционном уровне удалось определить статически значимый риск развития подростковой и юношеской язвы при различных экзогенных и эндогенных факторах, выделить наиболее опасные из них, оценить значимость этих факторов в отдельности и совокупности для прогрессирования ЯБ, имеющее важное значение для лучшего понимания вклада их в развитие этой патологии у данного, довольно большого контингента населения. Так, более значительная взаимосвязь заболевания выявлена с такими факторами риска, как алиментарный фактор, наследственность, употребление лекарственных препаратов, психогенный фактор. Близкие к нашим данным результаты получены и в других исследованиях (Р.М.Филимонов, 1995; В.П.Лебедев, 1987; О.Н.Минушкин с соавт., 1998). Однако объектами этих исследований были селективные группы стационарных больных и, естественно, ими представлены результаты не могут считаться достаточно информативными для раннего выявления язвы у подростков и юношей, в них эпидемиологические аспекты язвенной болезни остались практически неизученными и открытыми.

Результаты наших популяционно-клинико-морфо-

логических сопоставлений свидетельствуют об определенных трудностях клинической верификации подростковой и юношеской язвы. Разумеется, эндоскопическо-морфологический диагноз является диагнозом окончательным. В то же время, полученные результаты твердо убеждают и мы пришли к заключению о том, что для профилактирования с небольшими затратами «истоков» язвенной болезни и подростков и юношей должны быть учтены прежде всего результаты специальных, периодических эпидемиологических исследований.

ВЫВОДЫ.

1. С использованием стандартизованных эпидемиологических методик, рекомендованных ВОЗ, выявлена истинная распространенность ЯБЖ и ЯБДПК и их факторы риска среди населения подросткового и юношеского возраста Андижана. Фактическая распространенность ЯБ составила 9.3%, в том числе 6.7% у подростков и 11.8% у лиц юношеского возраста.

2. Хеликобактериоз сам по себе, независимо от других факторов риска связан с распространенностью язвенной болезни. Наличие хеликобактериоза ассоциируется со значительным увеличением риска развития ЯБ у подростков и юношей. Следовательно, хеликобактериоз следует включить в структуру факторов риска- как один из основных факторов риска этой патологии.

3. В формировании ЯБ у подростков и юношей ведущая роль принадлежит преульцерозным состояниям, эндогенным и экзогенным факторам риска. Опросный способ диагностики ПЯЗ и ЯБ у подростков и юношей является приемлемым, данный метод расширяет возможности ранней диагностики подростковой и юношеской язвы создадут реальную возможность для разработки «прицельных» и патогенетически обоснованных хирургических мероприятий.

4. Наиболее рациональным и единственно правильным подходом к решению прогностических вопросов при ЯБ у подростков и юношей является широкое использование программы прогнозирования в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Усманов Х.А.: Дисс.. канд. мед.наук.-1997.-С.9-26.
2. Лебедев В.П.// Тер.архив.-1987.- № 2.-С.22-23.

*И.М.Байбеков,
Ю.И.Калиш,
Р.А.Садыков,
Г.В.Хан,
Б.И.Гайнулин*

**ДЕЙСТВИЕ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО
ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНДАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА
БОЛЬНЫХ ЯБДПК С ГИПЕРСЕКРЕЦИЕЙ**

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

И.М.Байбеков, Ю.И.Калиш, Р.А.Содымов, Г.В.Хан, Б.И. Гайнулин

**ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК КАСАЛЛИГИ ГИПЕРСЕКРЕТОР СИНДРОМИ БИЛАН БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ОШҚОЗОН
ФУНДАЛ ХУЖАЙРАЛАРИГА ИНФРАҚИЗИЛ ЛАЗЕР НУРИНИ ТАЪСИРИ**

Ўн икки бармоқ ичак яраси гиперсекретор синдроми билан бўлган, 24 беморга инфрақизил лазер нурини импульслили қуввати 40 Вт бўлган тури тажрибада тасдиқланиб, клиникада қўлланилди.

Лазеротерапия курси тугагандан сўнг, париетал хужайраларни ультраструктураси ўзгариб, уларнинг секретор даражаси пасайиши ва юзачуқурчали хужайраларни шиллиқ ажратиб чиқариши кучайиши аниқланди.

I.M.Baibekov, Yu.I.Kalish, R.A.Sadikov, G.V.Khan, V.I.Gainulin

**INFLUENCE OF INFRA-RED LASER TO FUNDAL CELLS OF STOMACH IN PATIENTS SUFFERING FROM DUODENAL ULCER WITH
HYPERSECRETION**

In experiments the infra-red laserotherapy with impulsive power of 40 Wt had been elaborated and carried out in 24 patients with duodenal ulcer accompanied by hypersecretion.

After complete course of laserotherapy the changes of ultrastructure of parietal cells are observed. This shows the reliable reducing secretion and stimulation of specific function of mucus - producing cell.

ВВЕДЕНИЕ.

С начала 70-х годов после фундаментальных экспериментально-клинических исследований лазерное излучение стало широко применяться в различных областях медицины [4,6,20].

Особый интерес представляет возможность применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в лечении язвенной болезни. Исследованиями последних лет доказана высокая эффективность НИЛИ в ускорении заживления гастродуоденальных язв за счет усиления микроциркуляции, пролиферации и дифференцировки клеток слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки [1,3,4,8,9, 11,12,16,19,20]. При этом установлено, что наиболее эффективное влияние на СОЖ оказывает инфракрасное лазерное излучение (ИКЛИ).

Как показывает анализ литературы, малоизученным остается вопрос влияния НИЛИ на секреторную функцию желудка, а имеющиеся данные малочисленны и противоречивы [5,7,10,17,18].

Морфологические исследования последних лет, в том числе с использованием трансмиссионной электронной микроскопии, позволили с новых позиций оценить многокомпонентную морфологию СОЖ и хронических язв [2,15].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Как правило, для ИКЛИ используются медицинские лазерные аппараты с импульсной мощностью от 4 до 10 Вт. В литературе имеются сообщения о применении аппаратуры с суммарной импульсной мощностью до 60 Вт, за счет увеличения количества лазерных излучателей в одном блоке-насадке. Однако, при этом распределение плотности мощности лазерного излучения на единицу площади невелико. Нами, совместно с отделом лазерных медицинских технологий НПФ «Супромед» /Ташкент/, разработан полупроводниковый лазер «Импульс-100», способный генерировать импульсную мощность до 100 Вт на единицу площади.

Для обоснования возможности использования

повышенной импульсной мощности в клинике нами проведены экспериментальные исследования на белых крысах породы Vistar массой 120-140 г, область желудка которых подвергали воздействию ИК-лазером «Импульс-100» при импульсной мощности 40 Вт и частоте излучения 50 Гц и 20 Вт и частоте излучения 500 Гц.

Облучение проводили 1 раз в сутки по 1 минуте. Животных умерщвляли методом мгновенной декапитации через 1,3,5 и 7 суток после последнего облучения.

Ультратонкие срезы образцов железистой ткани желудка крыс получали на ультратоме Ultracut-Reicher Jung. Двойное контрастирование проводили в Ultrastainer - LKB. Исследование осуществляли методом световой и электронной микроскопии на трансмиссионном электронном микроскопе (ТЭМ) «Hitachi H-600».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Светооптические исследования показали, что лазерное воздействие с импульсной мощностью 20 Вт, вызывает изменения СОЖ сопоставимые с описанными ранее, при использовании ИКЛИ аппаратами: «Узор», «Милта», «Эрга», «Лазурь» и др. с импульсной мощностью до 10 Вт [5,18].

В ультраструктуре париетальных клеток (ПК), непосредственно принимающих участие в выработке и секреции ионов H^+ и CL^- , отмечается увеличение содержания митохондрий и доминирование микроворсинок в секреторных каналах и тубулярного компонента в цитоплазме, что указывает на возрастание их секреторного потенциала. При этом наблюдаются и изменения микрососудов. Выявленное на светооптическом уровне их увеличение при ТЭМ исследовании, показывает существенные изменения эндотелиоцитов. Они отличаются электронно-плотной цитоплазмой и утолщенной базальной мембраной. В их просветах встречаются наряду с эритроцитами и другие клетки крови. Эти изменения сохраняются во все сроки наблюдения.

Отмечается, некоторое накопление секрета слизеобразующими клетками при усилении их секреции.

Эти изменения наблюдаются в первые 5 суток после лазерного воздействия на СОЖ.

Таким образом, наряду со стимулирующим влиянием на структуры, связанные с факторами защиты, ИКЛИ с импульсной мощностью 20 Вт в определённой мере стимулирует и структуры, связанные с выработкой факторов агрессии. Правда, при этом следует отметить, что стимуляция факторов защиты под влиянием ИКЛИ, более выражена, чем факторов агрессии.

При воздействии ИКЛИ на СОЖ с импульсной мощностью 40 Вт наблюдается интенсификация микроциркуляции. Цитоплазма эндотелиоцитов довольно широкая с пиноцитозными везикулами. В просвет выступают многочисленные выросты и отростки.

В цитоплазме ПК преобладают везикулы, матрикс митохондрий просветляется (Рис.1).

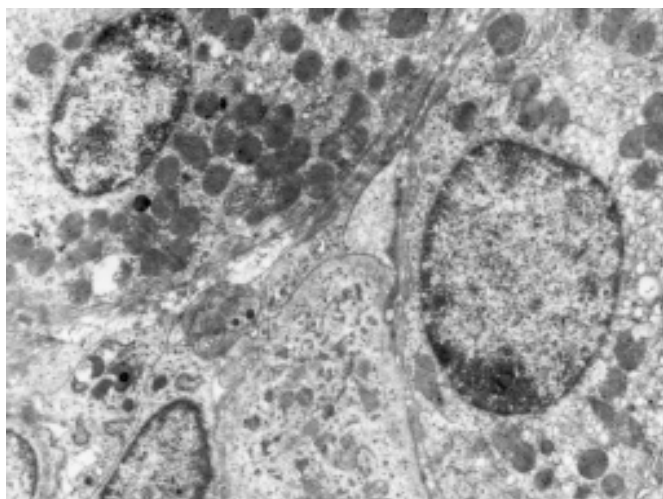


Рис.1. Снижение числа и размеров митохондрий, просветление матрикса цитоплазмы париетальных клеток. 3 суток после воздействия ИК-лазером импульсной мощностью 40 Вт. ТЭМ x 7500.

Ядра становятся меньше по размерам, не определяются ядрышки. Через 5 суток подавляющее большинство ПК с опустошённой электронносветлой цитоплазмой, с небольшим числом мелких митохондрий, небольшим ядром и отсутствием тубуловезикул.

В клетке определяется всего 1-2 секреторных канальца с небольшим числом микроворсинок. Многие митохондрии сохраняя электронную плотность матрикса образуют вакуолеподобные выпячивания (Рис.2). В строме определяются разнокалиберные вакуоли.

Характерной особенностью СОЖ при воздействии ИКЛИ с мощностью в импульсе 40 Вт является увеличение числа митозов. Они отмечаются уже через 3-5 дней после облучения. Митотически делящиеся клетки располагаются как в шейках желёз, так и среди ПК. В цитоплазме этих клеток определяются характерные гранулы мукоида, сосредоточенные главным образом в апикальной части клеток, а также многочисленные полисомы, профили зернистой эндоплазматической сети и структуры комплекса Гольджи, обеспечивающих синтез и формирование мукопротеиновых секреторных гранул.

Просвет ямок и желёз заполнен электронносвет-

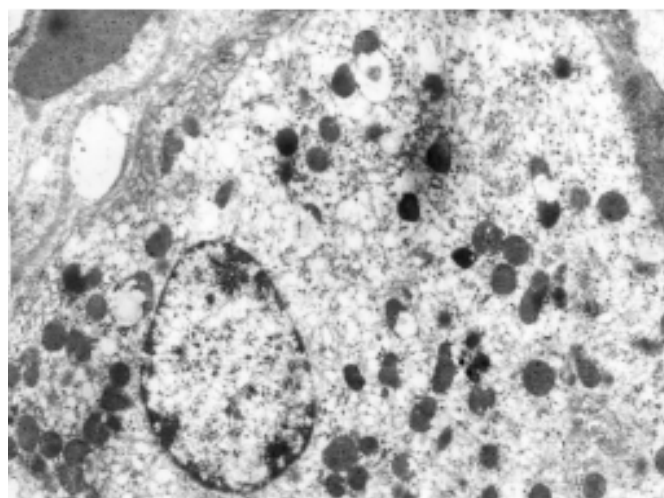


Рис.2. Опустошенная цитоплазма париетальной клетки, вакуолизация митохондрий. 5 суток после воздействия ИК-лазером импульсной мощностью 40 Вт. ТЭМ x 7500.

лым содержимым и свободными электронноплотными гранулами. Указанное свидетельствует о стимуляции образования мукоидных клеток и усилении их специфической функции (Рис.3).

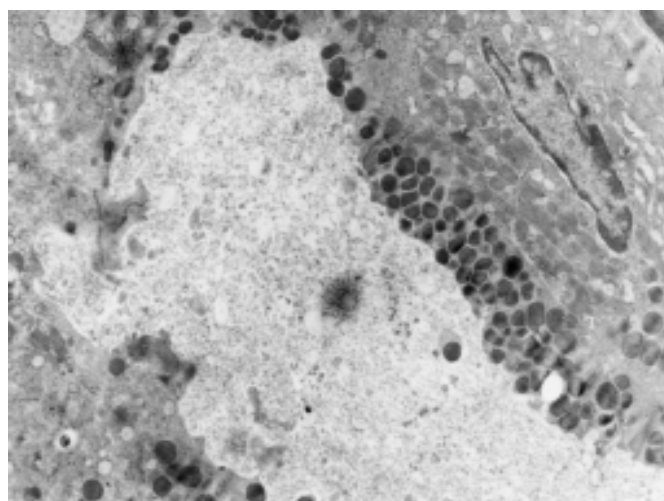


Рис.3. Секреторные гранулы в апикальной части мукоцитов. 7 суток после воздействия ИК-лазером импульсной мощностью 40 Вт. ТЭМ x 7500.

Другой особенностью ультраструктурных изменений СОЖ является снижение объёмной доли нервных элементов в строме. Они становятся электронносветлыми с небольшим содержанием везикул и пузырьков.

Вышеуказанные ультраструктурные изменения сохраняются и через 7 суток после воздействия ИКЛИ.

Таким образом, в отличие от ИКЛИ с импульсной мощностью 20 Вт, излучение мощностью 40 Вт вызывает изменения ультраструктур ПК, указывающих на существенное снижение их секреторного потенциала.

После проведенных экспериментальных исследований новый медицинский полупроводниковый лазер «Импульс-100» использован в отделении лазерной хирургии НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз в дооперационном периоде у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с гиперсекреторным

синдромом (n=21). Результаты его клинического применения показали, что при воздействии ИКЛИ с импульсной мощностью 40 Вт, частотой 50 Гц на проекцию луковицы двенадцатиперстной кишки и тела желудка по 1 минуте на каждую область в течении 5-7 сеансов, помимо позитивных свойств НИЛИ: купирование диспептических расстройств и болевого синдрома, улучшение микроциркуляции и общего состояния больных уже после 2-3 сеансов, уменьшение воспалительного периульцерозного инфильтрата так же наблюдается понижение секреторной функции желудка, подтвержденного тестом Кея. При этом наблюдается достоверное снижение объема желудочного сока: базального с $195 \pm 10,1$ мл до $145 \pm 9,63$ мл ($p < 0,01$), стимулированного гистамином с $340 \pm 6,41$ мл до $290 \pm 9,76$ мл ($p < 0,0001$); дебит-часа НСІ базального с $14,6 \pm 1,02$ до $9,13 \pm 0,9$ мэкв/час ($p < 0,001$), стимулированного гистамином с $34,0 \pm 1,01$ до $26,3 \pm 1,16$ мэкв/час ($p < 0,001$); общей кислотности базальной с $370 \pm 21,1$ до $304 \pm 18,9$ ммоль/л ($p < 0,05$), стимулированной гистамином с $459 \pm 14,8$ до $409 \pm 12,5$ ммоль/л ($p < 0,01$) и свободной НСІ базальной с $311 \pm 21,3$ до $254 \pm 16,8$ ммоль/л ($p < 0,05$), стимулированной с $399 \pm 14,7$ до $349 \pm 13,1$ ($p < 0,02$). Отрицательных явлений и каких-либо побочных эффектов при использовании повышенной импульсной мощности (40Вт) в эксперименте и клинике не наблюдалось.

Полученный эффект «лазерной ваготомии» послужил основанием для разработки нового способа предоперационной подготовки больных язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с гиперсекреторным синдромом (Заявка I HDP 9800114.1, авторское свидетельство №5504 от 31.03.1999 г. [13]) и позволил отказаться от назначения Н2-блокаторов, антацидов и спазмолитиков в дооперационном периоде.

ВЫВОДЫ:

Обоснована возможность применения ИКЛИ с импульсной мощностью 40 Вт в клинической практике, которое оказывает:

- усиление микроциркуляции в слизистой оболочке желудка;
- стимуляцию специфических функций слизеобразующих поверхностно-ямочных клеток;
- угнетение секреторного потенциала париетальных клеток;
- достоверное снижение показателей желудочной секреции у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с гиперсекреторным синдромом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Азимова Т.В., Козлов В.И., Байбеков И.М. Сб.тез. Новые направления лазерной медицины. Влияние НИЛИ инфракрасного диапазона на патоморфоз экспериментальных желудочных язв. М., 1996, с.275.
2. Аруин Л.И. и Шехтер А.Б., Милонова З.П., Городинская В.С., Архив патологии. Фибриноид и фибриноидный некроз в морфогенезе язв желудка. 1989, №12, с.16-23.
3. Баженов Л.Г., 1998, Дисс.д.м.н. *Helicobacter pylori* при гастродуоденальной патологии: выделение, микроэкология и чувствительность к антимикробным фак-

торам. Дисс.д.м.н. Ташкент, 1997, 222 с.

4. Байбеков И.М., Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.Н. и др. Морфологические аспекты лазерных воздействий. Ташкент, Абу Али ибн Сино, 1996, с.56, 74-75, 80-81, 98-101.
5. Баракаев С.Б., Сахибов Ш.К. Сб.тез. Лазеры в медицинской практике. Чрезкожная лазеротерапия хронического гастрита с секреторной недостаточностью. М., 1992, с.9.
6. Гамалая Н.Ф. Лазеры в эксперименте и клинике. М., 1972, с.232-233.
7. Гракова В.В., Батухтин Е.Н., Петросян В.В. и др. Сб.тез. Применение лазеров в хирургии и медицине. Опыт внутриорганной лазерной терапии хронического атрофического гастрита. М., 1989, ч.2, с.114-116.
8. Доценко А.П., Грубник В.В., Мельниченко Ю.А. Клиническая хирургия. Применение гелий-неонового лазера в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 1985, №8, с.21-23.
9. Елисеенко В.И., Буйлин В.А., Пилевина Л.В. Сб.тез. Низкоэнергетические лазеры в медицине. Низкоинтенсивные лазеры в лечении гастродуоденальных язв. ч.2, М., 1991, с.48-51.
10. Зубовский Э.А., Назаренко О.Н. Сб.тез. Низкоинтенсивные лазеры в медицине. Применение лазеротерапии в комплексном лечении детей с ЯБДПК в условиях поликлиники. М., 1991, с.54-56.
11. Калиш Ю.И., Долгушкин А.Н., Садыков Р.А. Вестник хирургии. Клинические результаты применения полупроводниковых лазеров в хирургии дуоденальных язв. 1993, № 7-12, с.104-106
12. Калиш Ю.И. Садыков Р.А. Макаров К.И. Хирургия. Применение лазеров в хирургии дуоденальных язв. 1995, №4, с.71-73.
13. Калиш Ю.И., Садыков Р.А., Хан Г.В. Официальный бюллетень ГПВ. Способ лазеротерапии в дооперационной подготовке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 1999, №1, с.38-39.
14. Кошелев В.Н. Лазер-терапия гастродуоденальных язв. Саратов, 1986, с.19-22.
15. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А., Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori* новые аспекты патогенетической терапии. М., 1993, 230 с.
16. Ловцова Е.В., Автореф.к.м.н., Комплексное использование лазеротерапии и кватерала при язвенной болезни, 1998, Обнинск-Ташкент, 18 с.
17. Омиров Р.Ю., Халилов А.Х., Коробоев У.М. и др. Сб.тез. Новое в лазерной медицине. К механизму действия лазеротерапии больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Брест, 1991, с.113.
18. Садыков Р.А., Ходжаева Н.У., Долгушкин А.Н. Медицинский журнал Узбекистана. Влияние лазерной стимуляции на секрецию культи желудка. 1993, №3, с.29-30.
19. Садыков Р.А., Дисс.д.м.н. Возможности комбинированного использования лазеров в абдоминальной хирургии, Ташкент, 1998, 257 с.
20. T.Ohshiro, R.G.Calderhead. Low Level Laser Therapy: a practical Introduction. Chichester - New-York, John Wileysons 1988, P. 3, 5-8, 13-15.

*Т.М. Кариев,
Ш.Ю. Сабиров.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОСЛЕ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ

Т.М. Кариев Ш.Ю. Сабиров

Упканинг кисман резекциясидан кейинги сил реактивациясида кайта хирургик даволашнинг самарадорлиги.

Упканинг кисман резекциясидан кейинги сил реактивацияси сабабли 84 беморда утказилган кайта жаррохлик муолажалари натижалари тахлил қилинди. Сил процессининг фаоллиги ва тарқалганлиги, операциядан кейинги антибактериал терапиянинг коникарсизлиги, кисман резекциядан кейинги плевра ва упкадаги асоратлар сил реактивациясининг ривожланишида хал қилувчи аҳамиятга эга. Специфик жараённинг тарқалганлиги ва фаоллиги, карама-карши улка ва ташки нафас фаолиятининг ҳолатига қараб беморларга турли кайта хирургик даволаш утказилди. Упканинг кайта кисман резекцияси – 6, упкани қолган қисмларини – пульмонэктомия типидида олиб ташлаш – 45, коллапсохирургик муолажалар 33 беморда утказилди. Оғир контингентдаги беморларда кайта операцияларнинг бевосита (82,2%) ва узок даврдаги (84,3%) юқори натижаларига эришилди.

T.M. Kariev, Sh.Y. Sabirov

Effectiveness of resurgical treatment of reactivation of tuberculosis after partial resections of lungs.

The results of resurgical operations on 84 patients with reactivations of tuberculosis after partial resection of lungs have been analyzed. It was established that the main reasons for development of postresection reactivation of tuberculosis was dissemination and activation of tuberculosis process, ineffectiveness of postoperation antibacterial treatment, lung pleural complications (bronchial fistula, developing of residual, pleural cavity, pleural empyem). Depending on dissemination's and activation of specific process, the state of contralateral lung, of functional state of outer breath different surgical operations were made. 6 patients were made resurgical partial resection of lung, 45 patients – pulmonectomy, 33 patients – different collapsosurgery operations. Great curing effectiveness both soon (82,2%) and fav (84,3%) often resurgical treatment of seriously sick patients has been achieved.

Реактивация туберкулезного процесса в оставшихся отделах легкого после его частичных резекций наблюдается в 2,6-18,4%, является серьезным осложнением и служит частой причиной неэффективности операции и летальных исходов [6,7,8].

Для пострезекционной реактивации туберкулеза характерны прогрессирующее течение, быстрое формирование распространенного деструктивного процесса, высокая частота бактериовыделения. Современная химиотерапия в этих случаях эффективна только в 12,6–20,0% [1,3]. Поэтому у этого контингента больных повторное хирургическое лечение является основным и ведущим [2,4,5].

Под нашим наблюдением находилось 84 больных с реактивацией туберкулеза после частичных резекций легких в возрасте от 15 до 55 лет. Мужчин было – 58, женщин – 26. Правосторонний процесс установлен у 36 больных, левосторонний – у 48. Ранее по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза оперировано 65 больных, кавернозного – 11, туберкулемы с распадом – 3. Сегментарных резекций выполнено 25, лобэктомий – 39, комбинированных резекций – 16, билобэктомий – 4. Реактивация туберкулеза в оперированном легком в сроки до 6 месяцев после операции диагностирована у 42 больных, через 6 мес. – 2 года – у 26, через 2 года и более лет – у 16 больных. Среди клинических форм реактивации на основании рентгенологических данных фиброзно-кавернозный туберкулез установлен у 67 больных, кавернозный – у 14, туберкулема с распадом – у 3. В контралатеральном легком ограниченная каверна выявлена у 5 больных, инфильтративный процесс – у 2, очаговый туберкулез с распадом – у 12. У 69 больных (82,1%) в мокроте обнаружены микробактерии туберкулеза, а различные сопутствующие заболевания – у 32 (токсичный гепатит – 6, хронический персистирующий гепатит – 4, язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки – 7, сахарный диабет – 5, неспецифические заболевания легких – 7, алкоголизм – 3, ишемическая болезнь сердца – 2).

По нашим наблюдениям среди основных причин развития пострезекционной реактивации туберкулезного процесса важное значение имеют крайне недостаточная заключительная и противорецидивная антибактериальная терапия, плохая переносимость и побочные реакции от химиопрепаратов, самовольное прекращение больными лечения. Следует отметить, что в патогенезе реактивации туберкулеза после частичных резекций легких существенное значение имеют послеоперационные осложнения, в частности, стойкое формирование остаточной плевральной полости и возникновение бронхиальных свищей.

Клиническое течение реактивации туберкулезного процесса сопровождалась периодами нестойкой ремиссии и частым прогрессированием заболевания с быстрым формированием одной или нескольких каверн в оперированном легком и высокой частотой (до 80 – 85%) бактериовыделения. Среди клинических признаков наиболее выраженными были общая слабость, интоксикация организма, кашель с выделением мокроты, повышение температуры, тахикардия, гипотония, значительный дефицит массы и др. На электрокардиограмме диффузно – дистрофические, метаболические изменения и гипоксия миокарда выявлены у 47 больных, нарушения коронарного кровообращения – у 4, перегрузка и гипертрофия правых отделов сердца – у 21, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 12.

Показатели внешнего дыхания свидетельствовали о гипервентиляции за счет увеличения минутного объема дыхания на 32,5%, обусловленного в основном повышением частоты дыхания. Установлено также значительное снижение максимальной вентиляции и жизненной емкости, легких соответственно до 57,1% и 52,4% по сравнению с должными величинами. Отмечено повышение поглощения кислорода до 124,3%, что компенсировалось достоверным снижением коэффициента использования кислорода (29,1%). Анализ полученных данных указывает на рестриктивный характер нарушения легочной вентиляции, свя-

занного с распространенными и глубокими морфологическими изменениями в легочной ткани.

Результаты клинико-рентгенологических и функциональных данных свидетельствуют о клинической тяжести больных, распространенности и активности туберкулезного процесса, неэффективности антибактериальной терапии и прямых показаниях к повторному хирургическому лечению.

Предоперационная подготовка у подавляющего большинства (у 63 — 75%) больных из-за клинической тяжести заболевания проводилась в течение 3-6 мес. Она включала антибактериальную терапию 3-5 препаратами, включая внутривенную химиотерапию, общеукрепляющее и трансфузионное лечение, витаминотерапию и др. В результате проведенного лечения у большинства больных удалось улучшить общее состояние, снять интоксикацию организма и ограничить туберкулезный процесс, улучшить функциональные показатели и создать благоприятные условия для выполнения повторного хирургического лечения. Клинико-рентгенологическая стабилизация туберкулезного процесса достигнута у 50 больных (59,5%), частичная стабилизация и периодическое рецидивирующее течение констатировано у 21 больного (25,0%). У 13 больных (15,5%) несмотря на проводимую терапию, отмечалось прогрессирование туберкулезного процесса. Поэтому у этой группы больных повторные операции выполнены при активном туберкулезном процессе.

При распространенном туберкулезном процессе, наличии больших и множественных каверн в оперированном легком и удовлетворительных функциональных показателях у 45 больных удалены оставшиеся отделы легкого по типу пульмонэктомии. Средняя операционная кровопотеря составила 1570 ± 280 мл. Главный бронх и сосуды корня легкого у 31 больного обработаны отдельно, у 14 больных — ушиты механическим швом в едином блоке из-за травматичности операции, большой кровопотери и необходимости быстрого окончания операции. Во время операции у одного больного из-за повреждения легочной артерии и массивной кровопотери наступил летальный исход.

В ближайшем послеоперационном периоде бронхиальный свищ и эмпиема плевры развилась у 12 больных, из них у 5 они устранены после чрезплевральной реампутации культи главного бронха, у 4 — торакомиопластики остаточной полости и бронхиального свища. У 1 больного микрофистула главного бронха закрылась после бронхологической санации и терапевтического лечения. От прогрессирования туберкулеза в единственном легком, эмпиемы плевры и гнойно-септического процесса умерло 2 больных. Среди других осложнений острая легочно-сердечная недостаточность наступила у 3 больных, пневмония единственного легкого — у 2, тромбоэмболия легочной артерии — у 2. Указанные осложнения после комплексных лечебных мероприятий ликвидированы — у 4 больных. Умерли 3 больных: от тромбоэмболии легочной

артерии (2) и пневмонии единственного легкого (1).

Таким образом, хороший клинический эффект после пульмонэктомии достигнут у 37 больных (82,2%), удовлетворительные результаты — у 3 (6,7%) из-за умеренной легочно-сердечной недостаточности, наличия деструкции в единственном легком. Умерло после операции 5 больных (11,1%).

Показанием для повторных частичных резекций легких у 6 больных служила ограниченная реактивация фиброзно-кавернозного (2), кавернозного туберкулеза (у 2) и туберкулемы (у 2) после сегментарных резекций (у 4 больных) и лобэктомии (у 2). Резекция оставшихся сегментов верхней доли легкого по типу лобэктомии выполнена у 3 больных, резекция шестого сегмента — у 3. У 3 больных операция дополнена 3-4 реберной корригирующей интраплевральной торакопластикой. У всех больных после повторных операций достигнут хороший клинический эффект.

Показаниями для коллапсохирургических вмешательств у 33 больных явились распространенный односторонний фиброзно-кавернозный туберкулез с ограниченным деструктивным процессом в контрлатеральном легком и низкие функциональные показатели внешнего дыхания. У 4 больных произведена двухэтапная кавернопластика, у 29 — 5-6 реберная задне-верхняя торакопластика с апиколлизом верхушки легкого и экстраплевральной пластикой каверны. Средняя операционная кровопотеря составила 1150 ± 250 мл. Хороший клинический эффект после коллапсохирургических вмешательств достигнут у 26 больных (78,8%), удовлетворительные результаты — у 4 (12,1%). Умерло 3 больных (9,1%) от прогрессирования туберкулеза и нарастающей легочно-сердечной недостаточности.

В целом, после резекционных и коллапсохирургических операций по поводу реактивации туберкулеза после частичных резекций легких хороший ближайший эффект достигнут у 69 больных из 84 оперированных (82,2%), удовлетворительные результаты — у 7 (3,3%). Госпитальная летальность наступила у 8 больных (9,5%), из них операционная 1,2%, послеоперационная — 3,3%.

Через 3-5 лет и более эффективность повторного хирургического лечения изучена у 70 больных. Установлено, что клиническое излечение наступило у 59 человек (84,3%), удовлетворительные результаты — у 7 (10,0%) связаны с периодической легочно-сердечной недостаточностью, наличия ограниченного процесса в единственном легком и небольшого торакального свища. В отдаленные сроки умерло 4 больных (5,7%) от прогрессирования туберкулезного процесса в единственном легком.

Таким образом, наши наблюдения убедительно свидетельствуют что, несмотря на клиническую тяжесть больных, травматичность, техническую сложность и высокий хирургический риск, повторные оперативные вмешательства при реактивации туберкулеза после частичных резекций легких вполне обоснованы и являются высокоэффективным методом лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурухина Л.В., Златовская Е.А., Прудникова З.А. //Пробл. туберкулеза- 1995. - № 4. - с. 29-31.
2. Кариев Т.М. Сабилов Ш.Ю. //Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане – Ташкент - 1997. - с. 107-110.
3. Коваленко И.П. Реактивация туберкулеза легких. Кишинев.- Штиница. 1989. - с. 188.
4. Краснов В.А. // Пробл. туберкулеза - 1990. - №10-с. 42-44.
5. Репин Ю.М. //Пробл. туберкулеза – 1994. - № 3. - с. 21-24.
6. Рыжанков А.К., Ким Н.А., Четырина Л.В. //Пробл. туберкулеза - 1994. - № 3 - с. 53-56.
7. Слепуха И.М., Радионов Б.В., Лозовой Е.Х. // Пробл. туберкулеза - 1987. - № 8 - с. 57-59.
8. Reed C.J. Parker E.F. Crawford F.A. //Ann Thorac. Surg. 1989 – vol. –48 - № 2 - p. 165-167.

*Т.М. Кариев,
А.А. Иргашов.*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНОЙ РЕЗЕКЦИИ КУЛЬТЫ
ГЛАВНОГО БРОНХА ПРИ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩАХ
ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ**

*НИИ фтизиатрии и пульмонологии им.Ш.А.Алимова МЗ РУз
(директор - член-корр. АН РУз, проф. А.М.Убайдуллаев)*

Т.М.Кариев, А.А.Иргашов

**ПУЛЬМОНЭКТОМИЯ ДАН КЕЙИНГИ БРОНХИАЛ ОКМА ЯРАЛАРДА БОШ БРОНХ ЧУЛТОГИНИ КАЙТА КИРКИБ ТАШ-
ЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.**

Пулмонэктомиядан кейинги бронхиал окма яраларда бош бронх чултоғини қайта қирқиб ташлашнинг самарадорлиғи ёши 14 дан 50 гача бўлган 51 беморларда таҳлил қилиб қўрсатилган. Клиник, рентгенологик, бронхологик, функционал ҳамда плевра бўшлиғини микрофлорага текшириш натижалари беморлар ахволининг оғирлиғини тасдиқлаб, раціонал операция олди тайёргарчилиғини, операцияга қўрсатмаларни ва операциядан кейинги муолажаларни аниқлаб беради. Жаррохлик хатарининг юқори бўлишига қарамай, пулмонэктомиядан кейинги бронхиал окма яраларда бош бронх чултоғини плерва орқали қайта қирқиб ташлаб, яқин (82,4%) ва узок (88,6%) давр қўзатувларида яхши натижаларга эришилган.

Т.М.Кариев, А.А.Иргашов.

EFFECTIVENESS OF RERESECTION OF THE MAIN BRONCHUS STUMP WITH BRONCHIAL FISTULAS AFTER PULMONECTOMY

The analysis of effectiveness of throughpleural reresection of the main bronchus stump with bronchial fistulas after pulmonectomy at 51 patients age from 14 to 50 was presented. Clinical, X-ray, bronchological and functional as well as the type of microbial state of pleural cavity prove the seriousness of the disease. Optimum methods of preoperation tactics, the necessity of the operation and postoperation treatment are worked out. Good near (82,4%) and further (88,6%) effectiveness have been achieved despite the highest degree of surgical risk after throughpleural reresection of the main bronchus stump with bronchial fistulas after pulmonectomy.

Бронхиальные свищи после пульмонэктомии наблюдаются в 5 - 20%, являются одним из тяжелых осложнений, значительно снижают эффективность операции и служат основной причиной летальности. Данная проблема в легочной хирургии продолжает оставаться актуальной [1 - 6].

В настоящей работе представлены результаты повторной чрезплевральной резекции культи главного бронха при бронхиальных свищах после пульмонэктомии у 51 больного в возрасте от 14 до 50 лет. Мужчин было 33 (64,7%), женщин - 18 (35,3%). У 26 больных пульмонэктомия выполнена при тотальном одностороннем фиброзно-кавернозном туберкулезе (каверна с очаговой диссеминацией и циррозом легкого, множественные большие и гигантские каверны), у 12 - при сочетании фиброзно-кавернозного туберкулеза и эмпиемы плевры, у 13 - при рецидиве фиброзно-кавернозного туберкулеза, бронхиальных свищей и эмпиеме плевры после частичных резекций легких. Правосторонние бронхиальные свищи имелись у 30 больных, левосторонние - у 21. Следует отметить, что среди причин развития бронхиальных свищей после пульмонэктомии наиболее важными являются прошивание механическим швом всех эле-

ментов корня легкого в едином блоке, когда остается длинная культя главного бронха, воспалительно-дегенеративные изменения в стенке главного бронха на уровне его пересечения, послеоперационная эмпиема плевры, активная фаза туберкулезного процесса, интоксикация организма и выраженные нарушения иммунного статуса больных. Все указанные факторы, особенно в сочетании и взаимосвязи между собой, оказывают отрицательное влияние на заживление бронхиальной культи и создают благоприятные условия для возникновения бронхиального свища.

Ранние бронхиальные свищи у 37 больных возникли через 2-4 недели после пульмонэктомии, поздние свищи - у 14 больных, из них у 6 - через 1 мес., у 6 - через 2 мес., у 1 больного - через 7 мес. В отдаленном сроке после пульмонэктомии (через 3 года) бронхиальный свищ развился у 1 больного. В патогенезе поздних бронхиальных свищей ведущее значение имела эмпиема плевры.

Клиническое течение бронхиальных свищей после пульмонэктомии связано с общим состоянием больных, характером бронхиального свища и инфекции плевральной полости, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, единственного лег-

кого и других органов.

Легкое течение наблюдалось у 16 больных, для которых характерны удовлетворительное состояние, короткий период острого воспаления в плевральной полости и быстрая стабилизация воспалительного процесса, невыраженная клиническая симптоматика — редкий кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, периодическая субфебрильная температура, небольшой диаметр бронхиального свища. Следует отметить, что эффективная санация плевральной полости достигнута пункционным путем и только у одного больного — торакотомией и марлевой тампонадой.

Среднетяжелое течение констатировано у 25 больных. У этих больных из-за гнойного процесса в плевральной полости наблюдались выраженная интоксикация, боли в груди, кашель с выделением гнойной мокроты, продолжительная температура с частым подъемом до $38-38,5^{\circ}\text{C}$, плохой аппетит, похудание. В крови выявлен высокий лейкоцитоз, левый сдвиг лейкоцитарной формулы, ускоренное СОЭ. С целью санации гнойной полости у 8 больных проводилась плевральная пункция, у 8 — дренирование, у 9 — торакотомия и тампонада. Однако у 14 больных не удалось достигнуть стойкой стабилизации гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости.

Тяжелое клиническое течение у 10 больных характеризовалось неудовлетворительным состоянием, выраженной слабостью, постоянным кашлем с выделением гнойной мокроты, легочно-сердечной недостаточностью, тахикардией и одышкой, гектической температурной реакцией, дефицитом массы. В крови — выраженная анемия, высокий лейкоцитоз, ускорение СОЭ, в моче — белок, клетки почечного эпителия, лейкоциты.

При рентгенологическом исследовании у 16 больных в единственном легком выявлен специфический процесс, из них кавернозный туберкулез — у 2, инфильтративный — у 1, туберкулема — у 1, очаговый — у 4, диссеминированный — у 8. Следует отметить, что у 2 больных очаговый и у 8 — диссеминированный туберкулез развился после возникновения бронхиального свища. На стороне пульмонэктомии сухая остаточная полость обнаружена у 6 больных, серозно-геморрагический плеврит — у 8, эмпиема плевры — у 37 больных.

При бронхоскопии у 17 больных длина культи главного бронха составляла от 1,5 до 2,5 см, у 34 больных — от 3 до 5 см. Диаметр бронхиальной фистулы колебался от 2 до 5 мм. Установлена также значительная гиперемия и отечность слизистой, наличие небольших углублений в культе главного бронха, гнойно-фибринозные налеты вокруг свища, деформация и перелом отдельных хрящевых полуколец, деформированные танталовые скрепки.

При исследовании показателей внешнего дыхания обнаружено снижение ЖЕЛ до $1577 \pm 72,9$ мл (37,1% к должным величинам), МВЛ до $30 \pm 1,2$ л (40,1%). Минутный объем дыхания составил в сред-

нем $8,4 \pm 0,3$ л при частоте дыхания $20 \pm 0,7$ в одну минуту и глубине дыхания $428 \pm 18,3$ мл. Тест Тифно оказался нормальным у 35 больных, сниженным — у 16, но в общей сложности в среднем составила $71 \pm 1,4\%$. Следовательно, выявленные нарушения вентиляционных показателей по сравнению с нормальными величинами обусловлены наличием бронхиального свища, распространенностью плевроролечного процесса.

На электрокардиограмме у всех больных выявлены гипоксия и диффузно-дистрофические изменения в миокарде, гипертрофия и перегрузка правых отделов сердца, нарушения в проводящей системе.

В плевральном содержимом из 185 проб в 76 (41,1%) получен рост неспецифической микрофлоры, среди которых патогенный стафилококк обнаружен в 34,2%, синегнойной палочки — в 22,4%, грамотрицательной микрофлоры — в 22,4%. Другие виды неспецифической микрофлоры встречались значительно реже. Из 101 пробы плеврального содержимого в 24 случаях (23,7%) высеяны микобактерии туберкулеза. Неспецифическая микрофлора и микобактерии туберкулеза обладали высокой степенью резистентности к основным антибиотикам и противотуберкулезным химиопрепаратам.

Приведенные данные свидетельствуют о клинической тяжести больных, связанной с сочетанной гнойной и туберкулезной патологией в плевральной полости, культе главного бронха и единственном легком и снижением функциональных резервов организма. При указанной патологии, несмотря на высокий хирургический риск, повторное оперативное вмешательство является наиболее рациональным методом выбора.

Предоперационная подготовка включала общую и неспецифическую антибактериальную, общеукрепляющую, трансфузионную и сердечно-сосудистую терапию. Проводилась тщательная и систематическая санация гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости с помощью плевральных пункций. При неэффективности пункционной санации у 12 больных произведена дренирование плевральной полости, а у 17 больных — торакотомия и марлевая тампонада гнойной полости. По показаниям проводилась бронхологическая санация культи главного бронха. Указанная комплексная предоперационная подготовка, проведенная в течение 1,5 – 3 мес., улучшила общее состояние больных, способствовала оздоровлению плевральной полости, стабилизации воспалительного и туберкулезного процесса, улучшению лабораторных и функциональных показателей.

Показанием к повторной чрезплевральной резекции служило наличие длинной

культи главного бронха, отсутствие активной фазы эмпиемы плевры и удовлетворительные функциональные показатели дыхания и сердечно-сосудистой системы. Ограниченный туберкулезный процесс в единственном легком не является противопоказанием к повторной операции.

Операция выполнялась под эндотрахеальным односторонним наркозом с искусственной вентиляцией легкого. Использовался заднебоковой доступ с резекцией 6 или 7 ребра, что создает широкую торакотомия. После этого острой ложечкой тщательно выскабливается внутренний пиогенный слой утолщенной плевры, плевральная полость промывается антисептиками и обрабатывается 5% йодной настойкой. Затем отступя на 0,5 см проксимальнее от устья свища с максимальной осторожностью выделяется культя главного бронха, чтобы не повредить легочные артерию и вены, пищевод и перикард. При правосторонней торакотомии для расширения зоны оперативного действия необходимо перевязать, прошить и пересечь непарную вену. Для максимальной мобилизации культи главного бронха до бифуркации трахеи следует перевязать ветви бронхиальной артерии и блуждающего нерва, подходящие к главному бронху. После этого у бифуркации трахеи главный бронх прошивается и его периферическая часть иссекается. У 11 больных культя главного бронха прошита механическим швом, у 8 — узловыми атравматическими швами по Суиту. У 32 больных использован разработанный в нашей клинике инвагинационный метод пластики главного бронха. Он заключается в наложении у бифуркации трахеи 1-2 атравматических швов на свободные концы хрящевых полуколец, при затягивании которых мембранозная часть главного бронха инвагинируется внутрь и значительно суживает его просвет. Затем в боковых отделах бронха надсекается 1-2 хряща для лучшей адаптации передней и задней стенок бронха и прошивается механическим швом. Вновь сформированная культя главного бронха является короткой, глубоко погружается в клетчатку средостения и после плевризации средостения изолируется от инфицированной плевральной полости. Плевральная полость с целью санации дренируется одним или двумя дренажами в течение 3-5 дней. Задне-боковая торакотомная рана ушивается наглухо. При наличии ранее выполненного торакального “окна” производится мышечная пластика этого дефекта.

Во время операции у 4 больных возникли осложнения: у 3 — повреждение легочной артерии, у 1 — перикарда, которые устранены по ходу операции. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 14 больных: аррозивное кровотечение из культи легочной артерии — у 1, острая пневмония и легочно-сердечная недостаточность — у 1, бронхиальный свищ

и эмпиема плевры — у 7 (13,7%), эмпиема плевры без бронхиального свища — у 5 больных (9,8%).

Рецидив бронхиального свища у 3 больных ликвидирован торакопластикой и мышечной пластикой остаточной полости, у остальных 4 больных прогрессирование эмпиемы плевры и туберкулезного процесса в единственном легком служили причиной летального исхода. При рецидиве эмпиемы плевры без бронхиального свища у 4 больных торакопластика оказалась эффективной. 1 больной умер от прогрессирования эмпиемы и легочно-сердечной недостаточности. Острая пневмония и внутриплевральное кровотечение также служили причиной летального исхода.

Таким образом, с учетом ликвидации послеоперационных осложнений ближайший хороший эффект достигнут у 42 больных (82,4%), удовлетворительные результаты — у 2 (3,9%) при летальности у 7 больных (13,7%).

Отдаленные результаты через 2 года — 15 лет изучены у 44 пациентов. Установлено, что стойкое клиническое излечение наступило у 39 чел. (88,6%). Умерло в отдаленные сроки наблюдения 5 больных от цирроза печени, пневмонии единственного легкого, опухоли головного мозга, ишемической болезни сердца и сахарного диабета, т.е. от причин не связанных с оперативным вмешательством.

Наши наблюдения свидетельствуют, что несмотря на клиническую тяжесть заболевания и высокий хирургический риск, повторная чрезплевральная резекция культи главного бронха при бронхиальных свищах после пульмонэктомии является одним из основных и высокоэффективных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудым С.И., Колос А.И., Грицуляк З.Р. и др. // **Материалы II Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии, Алматы 19-20 сентября 1996 г.** -с.67.
2. Мухин Е.П., Джунусбеков А.Д., Саренко В.Н. и др. // **Грудная и сердечно-сосудистая хирургия**, 1992.- №5-6.-с.35-37.
3. Перельман М.И., Амбатьелло Г.Н. // **Хирургия**, 1983.-№5.-с.83-88.
4. Путилин А.А., Мочалов П.Г. // **Проблемы туберкулеза**, 1990.-№5.-с.5-9.
5. Riviere A.B., Defauw J.J., Knaepen P.J. et al.// **Ann. Thorac. Surg.**-1997.-64(4). -p.954-958.
6. Pigula F.A., Keenan R.J., Naunheim K.S. et al.// **Ann.Thorac.Surg.**-1995.-60(6).-p.1812.

*Н.А.Мавлянова,
И.З.Далимов,
И.В.Овчинников,
В.А.Хорошаев*

**ЭНДОТОКСИКОЗ И РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
(в эксперименте).**

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

Н.А.Мавлянова, И.З.Далимов, И.В.Овчинников, В.А.Хорошаев.

ОЕКЛАРДА УТКИР АРТЕРИАЛ ТУТИЛИШИ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИКАДИГАН ЭНДОТОКСИКОЗ ВА РЕСПИРАТОР ДИСТРЕСС-СИНДРОМИ.

Итларда уткир артериал тугилиш моделини яратиш билан утказилган тажрибаларнинг курсатишича, кон айланиши тиклангандан сунг оекларда тупланиб колган биологик фаол моддалар, токсинлар, бир катор гормонларнинг умумий кон айланишга кушилиши натижасида организмнинг захарланиши вужудга келади. Бу моддаларни филтрлаш ва парчалашда упка мухим ахамиятга эга. Аммо катта микдордаги токсинларнинг бирдан кон айланишга тушуши упка тукималарнинг морфологик бузулишига ва функционал этишмовчилигига олиб келади.

N.Mavlianova, I.Dalimov, I.Ovchinnikov, V. Khoroshaev

Endotoxikoz and respirator distress during the sharp arterial impossibility of the extremities.

The experiments with the dogs having the sharp arterial impossibility have been vlt the purpose to establish the role of the development of the respirator distress. The facts of the experiments showed that during the sharp ischemia extremities and after the removal of the blood current in them the endotoxikoz appears in the genesis of which the great role plays the increase in common blood current of the concentration of the metabolites products, the biolojy active substances, toxins and the line of hormones. The lungs take part in their metabolism and play the role of the original filter regulating the content of these substances in the artery blood. The entering of the substances in to the vein current and conditions the development of the ischemia sindrom. The sharp respiratory insufficiency is obviously inalienable part of sindrom reflecting the organ changes of the lungs.

Результаты реконструктивных операций при острых нарушениях кровотока по аорте и магистральным артериям остаются неудовлетворительными / 3, 4, 5, 7 /. Восстановление кровотока, сопряженное эндотоксикозом, нередко приводит к развитию полиорганной патологии, в частности респираторному дистресс-синдрому, многие стороны которого остаются малоизученными /3, 4, 5/. Есть все основания утверждать, что легкие, принимающие венозную кровь вместе с циркулирующими в ней токсическими веществами, образующимися в ишемизированной конечности, быстрее других органов вовлекаются в ответную реакцию / 1,3,4,7/. Проявления дыхательной недостаточности имеются значительно чаще, чем это клинически диагностируется. Нами, в предыдущих работах, указывалось о частоте дыхательной недостаточности(66%), наблюдаемой у больных после восстановления кровообращения /1,2,4,6/. Недоучет легочной патологии, дыхательной недостаточности, приводит к усугублению состояния больных, формированию других осложнений и росту летальности. Ввиду того, что у больных невозможно провести безопасную прижизненную биопсию легких для выявления ранних морфологических изменений в них после операции восстановления кровотока в конечности, были проведены эксперименты на животных с использованием модели острой артериальной непроходимости конечностей.

Целью настоящего исследования явилось установление роли эндотоксикоза в развитии респираторного дистресс-синдрома.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Экспериментальная модель острой артериальной непроходимости (ОАН) нижних конечностей была выполнена на 20 собаках обоего пола, массой 12-18 кг путем наложения микроклипс на магистральные сосуды (подвздошную и хвостовую артерии) правой задней конечности. За 30-40 мин до операции подопытным животным внутримышечно вводили проме-

дол (1мг/кг) с димедролом (0,3 - 0,5 мл/кг), затем фиксировали их на операционном столике. После премедикации с последующей сбалансированной анестезией катетеризировалась бедренная артерия и вена слева для забора крови на содержание биологически активных веществ и токсинов средней молекулярной массы (ТСМ). Затем после нижней срединной лапоротомии накладывали микроклипсы фирмы «Aescular» на правую и хвостовую артерии для прекращения кровотока на задней конечности, о чем судили по исчезновению пульса на бедренной артерии. Микроклипса специально предназначена для пережатия артерий без травмирования их стенки и не вызывает тромбоза сосуда и лишена перечисленных недостатков. После наложения микроклипс раны ушивались наглухо. ОАН создавалась сроком на 22-24 часа. По истечении заданного срока после премедикации, описанной выше под общей анестезией на спонтанном дыхании, капельным внутривенным введением гексенала (10 мг/кг/час) и калипсола (5-10 мг/кг/час) снимались швы с лапоротомного разреза и легко удалялись микроклипсы с сосудов. При этом по артерии восстанавливался магистральный пульсирующий кровоток. Рана ушивалась наглухо. Через 2 часа после рециркуляции проводился забор крови на содержание биологически активных веществ и ТСМ. В конце эксперимента в условиях наркоза животных умерщвляли и сразу же брались кусочки легких на морфологические исследования.

Содержание серотонина и гистамина проводилось флюориметрическим методом по С.А. Мещариковой и Ц.И.Герасимовой (1974), адренокортикотропный гормон (АКТГ) - с помощью наборов фирмы «CIS», миоглобина - с помощью наборов ИЯФ АН РУз, кортизола - с помощью наборов ИБОХ АНБ, ТСМ - по методу А.С.Садыкова и др (1986г).

Для морфологических исследований легких кусочки тканей брали из различных участков. Для световой микроскопии материал фиксировали в забуференном

10% формалине (РН-7,2), дегитратировали в спиртах восходящей концентрации. Пропитывали и заключали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Все данные подвергнуты статистической обработке с применением критерия Стьюдента (t) и оценкой достоверности различия (P).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

При исследовании выявлено, что после восстановления кровотока возникают значительные гормональные сдвиги (таблица): содержание АКТГ повысилось в 3 раза, кортизола - в 2, серотонина - в 4, гистамина - в 2,5, миоглобина - в 22,6, ТСМ - в 3,5 раза.

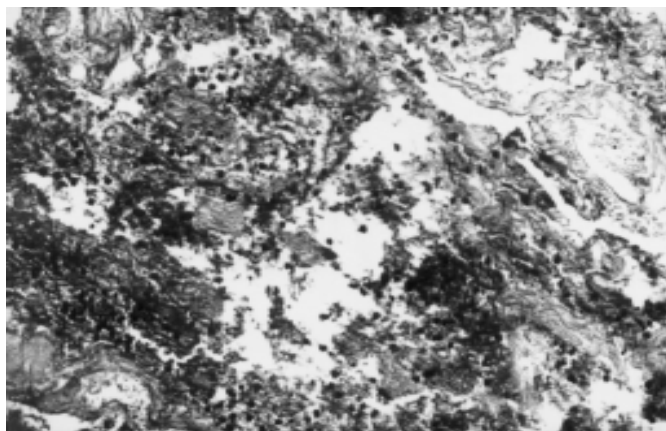
Таблица.

Содержание гормонов, БАВ и ТСМ в крови у животных ($M \pm m$).

Эндотоксины	До ишемии	После рециркуляции
Серотонин н/моль/л	0,44±0,01	1,21±0,41
Гистамин н/моль/л	0,77±0,01	1,63±0,22
АКТГ н/моль/л	28,05±0,70	45,2±5,10
Кортизол нмоль/л	216,10±19,50	440,10±18,8*
Миоглобин мкг/л	16,33±2,70	369,00±2,70*
ТСМ, усл.ед.	0,217±0,002	0,723±0,009*

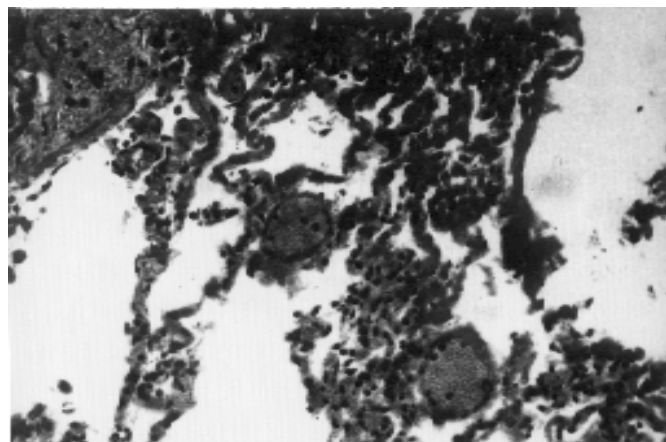
где: * - достоверность различия с контрольной группой животных ($P \leq 0,001$).

Макроскопически легкие заполняют почти всю торакальную полость и не обнаруживают тенденции к коллапсу, имеют большой вес, они отечны, с большим количеством участков кровоизлияний. Местами обнаруживаются участки полнокровия и стазов в капиллярах, эритроцитарных агрегатов в венулах, очаги ателектазов и дистелектазов (рис.1). В альвеолоцитах



нарастают явления вакуолизации. Цитоплазма альве-

олоцитов 11 порядка опустошена, некоторые из них подвергнуты десквамации и встречаются в просветах альвеол. Цитоплазма эндотелиальных клеток резко вакуолизирована, на люминальной поверхности эндотелиальной выстилки формируются мелкие пальцевидные выпячивания. Имеет место утолщение базальных мембран. В интерстициальной ткани легкого развивается отек и незначительная инфильтрация моноцитами и нейтрофильными лейкоцитами (рис.2).



В полости альвеолярных мешочков содержится отечная жидкость, большое количество альвеолярных макрофагов и незначительное количество нейтрофильных лейкоцитов, а также эритроциты и фибрин.

Полученные нами данные показали, что при острой ишемии конечностей и после возобновления кровотока в них, возникает эндотоксикоз, в генезе которого значительную роль играет увеличение в общем кровотоке концентрации продуктов метаболизма, биологически активных веществ, токсинов и ряда гормонов с преимущественным вазоактивным действием. Легкие участвуют в их метаболизме, играют роль своеобразного фильтра, регулирующего содержание этих веществ в артериальной крови. Поступление этих веществ в венозное русло и обуславливает развитие так называемого «ишемического синдрома». Острая дыхательная недостаточность, видимо, является неотъемлемой частью этого синдрома, отражая органные изменения легких.

Проведенные нами экспериментальные данные на животных на модели ОАН очень наглядно показали какую существенную роль играет эндотоксикоз в развитии респираторного димтресс-синдрома. Перенапряжение нереспираторных функций в условиях ишемической интоксикации приводит к вторичным нарушениям дыхательной функции, напряжению и быстрому истощению всей кардиореспираторной системы.

Полученные результаты о повышении содержания некоторых гормонов, метаболитов, токсинов и биологически активных веществ в системном кровотоке и сопоставление их с картиной световой микроскопии легких при острой ишемии и после восстановления кровообращения уточняют пато- и морфогенез острой дыхательной недостаточности и позволяют

наметить этиотропную и патогенетическую интенсивную терапию.

ВЫВОДЫ:

1. Острые эмболии и тромбозы аорты и магистральных артерий нижних конечностей, их устранение и развивающийся «ишемический синдром» сопряжены с многообразными изменениями организма, в том числе с развитием респираторного дистресс-синдрома.

2. Морфологические изменения в легких состоят в набухании и вакуолизации альвеолоцитов I порядка и их органоидов, отеке элементов аэрогематического барьера, застойных явлениях в кровеносных сосудах, кровоизлияниях, дис- и ателектазов, т.е. в элементах «шокового легкого».

3. Выявленные увеличенные концентрации биологически активных веществ, некоторых гормонов, токсинов, отражают один из механизмов острой дыхательной недостаточности и могут служить индикатором эндотоксикоза.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Багдатов В.Е., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. и др./ Содержание в крови и агрегация тромбоцитов при респираторном дистресс-синдроме взрослых / Ане-

стезиология и реаниматология, 1990 г. №4, с.8-10

2. Биленко М.В./ Ишемические и реперфузионные повреждения органов (молекулярные механизмы, пути их предупреждения и лечения/ М. Медицина, 1989 г. 368 с.

3. Бутенин А.М., Пермяков Н.К., Затевахин И.И./ Значение постишемического синдрома в танотогенезе по секционным данным / Экспериментальная реконструктивная хирургия сосудов. Тезисы Всесоюзной научной конференции. Ереван, 1988, с.18-19.

4. Зимон И.Н., Мавлянова Н.А., Хорошаев В.А./ Патогенез дыхательной недостаточности у больных с острой артериальной непроходимостью нижних конечностей/ Анестезиология и реаниматология, 1991 г, №2, с.30-34.

5. Савельев В.С., Степанов Н.В., Кошкин В.М. и др./ Ишемический синдром в хирургии острой непроходимости магистральных артерий конечностей / Хирургия, 1990, №2, с. 362-369.

6. Reis D, Michaejson M / Crush injury to the lower limbs/ J.Bone Jt.Surg.1986, vol. 68 A, №3, p.414-418.

7. Vodingh J., Bonnet F., Touboul C et al./ Risk factors of postoperative pulmonary complications after vascular surgery / Surgery, 1989, vol. 105, №3, p. 360-365.

Наша информация

30 сентября 1999 г. в г. Ташкенте состоялась очередная ежегодная Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения — 99» на тему: «Эндовизуальная диагностика и лечение заболеваний органов дыхания и пищеварения».

Материалы конференции опубликованы в третьем номере журнала «Хирургия Узбекистана». В ее работе приняли более 500 специалистов, ученых, практических врачей нашей республики.

Работа конференции завершилась принятием резолюции, которая опубликована ниже.

*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 микроасбоблар ҳиқилдоқ ва кекирдок касалликларини ташхислашни, даволаш ва жарроҳлик муолажаларни аниқ, эҳтиётли ва тежамли бажариб беморларни даволаш самарадорлиги ошириш имкониятни яратди.

Кўпгина муаллифларнинг ишларида амалиётга микроларингоскопия ва микрохирургияни жорий қилиниши ҳиқилдоқ касалликларини ўз вақтида ташхислаш ва даволашда қулайликлар яратгани баён қилинган.

Материал ва методлар

Кузатувимизда бўлган беморлардаги ҳиқилдоқ касалликларини ташхислаш ва даволашда ОРМІ-6 (Германия) хирургик микроскопидан, махсус ҳиқилдоқ ва кекирдок микрохирургик асбобларидан, таянчли клайнзассер ва бошқа ларингоскоплардан фойдаландик.

461 нафар беморлардан лозим бўлганига 295 маротаба (айрим беморларда эса 2-3 маротаба) микроларингоскопияда ташхислаб эндоларингеал ва экстраларингеал операцияларда микрохирургик муолажалар бажарилди.

Ҳиқилдоқдаги патологик жараёни соғ ҳиқилдоқнинг манзараси билан таққослаш мақсадида 15 та соғлом киши микроларингоскопия ёрдамида текширилди.

Натижалар ва таҳлил

Бизнинг тадқиқодларимиз бўйича соғлом кишилар ҳиқилдоғининг микроларингоскопик манзараси ёшга қараб нисбатан ўзгаришлар рўй бериши аниқладик. Микроларингоскопияда, соғлом кишиларда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти ёки кизғиш рангда, ҳиқилдоқ қопқоғи чети ва товуш бурмалари оқиш ялтироқ бўлиб кўринади. товуш бурмаларини қопловчи эпителий силлиқ нозик, товланиб яққол кўзга ташланади. Микроскоп окулярини 12-24 марта катталаштириб ҳиқилдоқ қисмларини кўздан кечирганимизда қопловчи эпителий ости қилсимон қон томирлари ингичка, тўрсимон, кўпинча, кўндаланг йўналган капиллярларни кўплаб учратиш мумкин. Бундай тузилмалар баъзан товуш бурмаларининг четларида аниқ кўзга ташланмайди, ҳиқилдоқ қопқоғ асоси, сохта товуш бурмалари ва чўмич-ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаси кизғиш 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, суюқлик яққол кўзга ташланади ва 3 та беморда эса бу ҳолат кузатилмади. Шиллиқ қаватни тўрсимон шаклдаги қилсимон томирлар соғломларникига нисбатан, анча камай-

ган, киста билан атрофдаги шиллиқ қаватлар аниқ чегарага эга бўлиб яллиғланиш аломатлари киста атрофида аниқланмади.

Интубациядан сўнгги гранулемалар микроларингоскопияда гранулемани ўраб турган шиллиқ қават кизғиш рангда эпителийси деярли ўзгармаган. гранулемани қоплаб турган шиллиқ пардадаги тўрсимон ва кўндаланг йўналган қон томирлар сони камаймаган, уларни диаметри нисбатан кенгроқ.

Ҳиқилдоқ полипи микроларингоскопик манзараси стромал ўзгаришларга боғлиқ ҳолда турли хилда бўлди. Шишинқираш, қон томирчаларда қон қуйилишлар, полипни қоплаган эпителия атрофига учраган, қон томирлар сони камайган.

Фиброма ва миксомаларнинг қоплаб турган шиллиқ қавати атрофияга учраб томирлар тармоқланиш сони камайиши рўй берган бўлса, гемангиомада шиллиқ қават атрофияга учрагани билан томирлар тармоқланиши мўл ва тўрсимон кўринишига эга бўлиб, уларнинг диаметри нисбатан кенгроқ.

Гипертрофик ларингит касалликларида микроларингоскопияда товуш бурмаларининг шиллиқ қаватлари пушти рангда, цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий ясси эпителийга айланган. Қопловчи эпителий қалин тортганлиги аниқланди. Касалликнинг ўткирлашган даврида шиллиқ қаватларида қизариш руй бериб, эпителий силлиқ, аммо хира тортганлиги аниқланди. Айрим беморларда юқоридаги ўзгаришлар билан бир қаторда ҳиқилдоқ шиллиқ қавати қуришган, ва унинг сатҳига ёпишиб қолган майда қалокларини ҳам қуриш мумкинлигини аниқладик. Айрим беморларда эса қалин тортган эпителий бағрида ворсинкасимон кўринишдаги чегараланган ўзгаришлар билан бир қаторда ялтироқ доғсимон кўринишдаги кўчган эпителийлар билан қопланган қисимлар ҳам кўзга ташланди. 21та беморда оч-сарғиш рангли эпителий ўзининг нозиклигини, ялтироқлигини, силлиқлигини йўқотиб хиралашганлиги кўзга ташланди. Бундай ўзгаришларни биз фақатгина товуш бурмаларининг ташқи сатҳини қопловчи эпителийсида чегараланган ўзгаришлар айрим касалларда бир томонлама бўлса, айримларда эса икки томонлама бўлганлигини аниқладик. Синчиклаб кўздан кечиришни давом эттирсак қон томирларида деярли ўзгаришлар содир бўлмаган, фонациядан сўнгги даврда товуш бурмалари шиллиқ қаватида йиғмалар ва ажинлар борлиги аниқланди.

6та беморда эса эпителийнинг касалликка хос қалин тортганлиги аниқ кўринсада, товуш бурмалари-

нинг ялтироқлиги товланиб туриши сақланганлиги аниқланди. Ўзгариш руй 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 тортиганини қопловчи эпителий ости майда қон томирларининг диаметрини кенгайганлигини ҳамда шиллиқ қаватнинг нисбатан шишинқиранлиги 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-шишинқиранган, айрим касалларда эса шиллиқ қаватнинг шишинқиранган сатҳида ўзига хос кичик ҳажимдаги тангача шаклидаги кўнғир рангли доғлар бор, усманинг 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 туқималарда қилсимон қон томирларнинг тармоқланиш сони ошган. Товуш бурмаларида жойлашган хатарли ўсмаларда майда қон томирлар тармоқланишлари тарбисиз 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 сурғич кўринишда ёки сатҳи нотекислик рўй берган носоғлом иллатли жой аниқланди.

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

Ҳиқилдоқнинг даҳлиз қисми хатарли ўсмасининг экзофит шаклигисидан ўсиш чегарасини шиллиқ қаватда аниқлаб бўлмади, аммо ҳиқилдоқнинг пастки қисмидаги турларида бу ўсмаларга нисбатан чегараланиш рўй берганлиги аниқланди.

Ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ҳиқилдоқ қоринчаси, чумич-ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмасидаги хатарли ўсманинг эндофит формасида шиллиқ қаватнинг тарқоқ қалин тортиганлиги зонд билан паипаслаб кўрганда қаттиқ бўлиши нотекислиги аниқланилди. Юқорида қайд қилинган патологик жараён ўсманинг ҳшиллик ости қаватига сингиб кетганлигидан далолат беради.

Хатарсиз ўсмалар, ўсма олди касалликлари гумон-

сиралган беморларда ҳиқилдоқ ўсмаси шиллиқ қават соҳаси 0,1% адреналин эритмаси суртилгач, бирнеча дақиқалардан сўнгра микроскоп остида қон томирларни торайиши ва шу туфайли шиллиқ қаватлар рангида 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 туқималарга шикаст етказмасдан жуда эҳтиётлик ва тежамкорлик билан ўсмани тўлиқ олиб ташлашга эришилди. Хавфсиз ўсмаларни атрофидаги шиллиқ қаватдан ажратиш микроскоп остида микро-распатор, микроскальпель, микрокисқичлар 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 атроматик микроочоклар билан бажарилди, бу жараёнлар микроскоп остида кузатилиб, атрофдаги туқималарнинг шикастланишидан сақлаб эҳтиётлик қилиб бажарилди. Операциядан сўнгги даврда (5-14 кун) беморларнинг товуши асл ҳолигача тезликда тикланади. 160 та беморда тулик касалликдан тузалиш рўй берган бўлса, 36 та ҳиқилдоқ папиломатози билан касалланган беморларда товуш жарангдорлиги тўлиқ тикланмади.

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

Хулосалар:

1. Микроларингоскопия услубида ҳиқилдоқни текшириш, ҳиқилдоқ ва унинг шиллиқ қаватининг ҳолати туғрисида қўшимча маълумот беради: рангининг ўзгариши, касалликнинг жойлашган жойи, тарқоқлиги, 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 туқималарга шикаст етказмасдан тўлиқ олиб ташлашга эришилади. Таксидан сўнгги даврдаги яранинг битиши жадаллашган ҳолда кечди. Бу эса ҳиқилдоқ вазифасининг тез орада тикланишини таъминлайди.

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

Б. Б. Палванов,

Я. Ю. Утепов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ

*(Первый Ташкентский государственный медицинский институт.
Директор — Даминов П.А.)*

A morphologic analysis of quality of clinical diagnosis of tumors in larynx. According to results of biopsy performed on 6977 patients a morphologic analysis of clinical diagnosis of tumor was done in order to improve early diagnosis of tumors in larynx.

The pathology of larynx was revealed in 306 (16,5%) patients. It was determined that early and correct diagnosis of tumors in larynx depended on the right bioptic investigation. The mistakes made by doctors in verification of nosologies were analysed.

The knowledge of peculiarities of pathologic process in patients with tumors in larynx will promote to improve treatment and diagnosis of these patients.

Ранняя диагностика патологии предопределяет эффективность лечения и благоприятный диагноз, особенно при опухолях. Однако современные диагностические методы далеки от совершенства, что зачастую приводит к верификации злокачественного роста в той стадии, когда имеется инвазия атипичных клеток в окружающие ткани, а нередко новообразование выявляется после метастазирования.

Гортань по своим морфо-функциональным особенностям является сложным органом, состоящим из разных эпителиальных элементов и мезенхимальной ткани, которые способны давать как доброкачественные, местнодеструктирующие, так и злокачественные опухоли. В настоящее время в соответствии с гистологической классификацией опухолей гортани (ВОЗ, т. 19) различают 12 вариантов эпителиальных, более 14 вариантов мягкотканых опухолей, а также более 4 вариантов новообразований из костей и хряща. Кроме того, в гортани встречаются также опухоли из кровеносной и лимфоидной тканей, смешанный и различные вторичные опухоли. Особые трудности распознавания связаны с неклассифицируемыми опухолями. Для точного распознавания опухолей гортани необходимо провести дифференциальную диагностику с различными патологиями из-за возможности развития в гортани более десяти видов опухолеподобных (эпителиальные аномалии, кисты, полипы и др.), а также ряд предраковых процессов.

Ларингоскопия, мюминисцентный анализ и другие клинические методы не способные дать точную характеристику более чем 50 патологических процессов, протекающих в гортани. Эта проблема разрешима только с помощью биопсий в последующем гистологическим исследованием удаленной ткани.

Преимущество морфологического метода диагностики перед другими исследованиями состоит в возможности выявления опухоли на инициальных этапах ее развития (гиперплазия, дисплазия, интраэпителиальный рак) и установления не только характера процесса (добро- или злокачественный рост), но и определение гистогенеза и прогноза заболевания.

Следует отметить, что так называемые доброкачественные опухоли, исходя из гистогенеза, могут иметь различную клиническую значимость. Например, истинные фибромы гортани (сюда ошибочно относят

узелки истинных голосовых связок), хотя встречаются редко и являются доброкачественной опухолью, но иногда характеризуются клеточным атипизмом и нередко рецидивируют.

Наиболее частая опухоль гортани - папиллома (до 50% от числа всех доброкачественных опухолей этой области) - у детей и юношей характеризуется множественностью поражения, пышным ростом, часто рецидивируют, но иногда не малигнизируется, в то время как у взрослых около 10% папиллом подвергается злокачественной трансформации (Быкова В. П., 1993).

Мы провели морфологический анализ качества клинической диагностики опухолей по данным биопсий, поступивших из всех отделений Клиник Первого ТашГосМИ, для выявления удельного веса и качества клинической диагностики опухолей гортани за 1990 — 1996 гг. (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение биопсийного материала за 1991-1996 гг.

Изученные показатели	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Итого
Число биопсий	2330	2476	3060	1762	2045	3420	15093
Число больных	1351	1708	1483	882	709	844	6977
из них с опухолями	353	377	324	258	268	274	1854

Как видно из таблицы 1, за 7 лет проведено 15 093 биопсий у 6977 больных, из которых 26,6% страдали опухолями различной локализации. Из 1854 опухолей всех локализаций патология гортани составила 306 случаев (16,5%) и биопсийная диагностика в подавляющем большинстве случаев (87,2%) проведена по поводу опухолей гортани (267 из 1854 опухолей всех органов), что по отношению ко всем опухолям составило 14,4%.

Сопоставление результатов клинической и морфологической диагностик показало, что правильный клинический диагноз выставлен у 61,8 % больных, у

102 больных (38,2%) были допущены диагностические ошибки или встречались трудности верификации опухоли (Таблица 2). Расхождение диагнозов наблюдалось почти в 2 раза чаще (51,9%) чем при доброкачественных (29,2%).

Таблица 2

Сопоставление результатов клинического и патологоанатомического диагнозов при опухолях гортани (в абсолютных цифрах)

Характер опухолей	Всего наблюдений	Сопоставление диагнозов					
		Правильный диагноз	Гиподиагност.	Гипердиагн.	Несов. назв. опухоли	Непод. морф. опухоли	Неясн. случаи
Доброкачественные	161	114	7	15	9	14	2
Злокачественные	106	51	6	30	1	10	8
Итого:	267	165	13	45	10	24	10

Как видно из таблицы 2, расхождение между клиническим и морфологическим диагнозами были в виде гиподиагностики и гипердиагностики, а также несовпадения нозологической характеристики опухоли. Наибольшее значение для судьбы больного имеет гиподиагностика, особенно злокачественных опухолей, когда клиническая манифестация не вызывает опасений, а при биопсийной диагностике выявляется рак и другие злокачественные опухоли, которые характеризуются инвазивным ростом, метастазированием, а после удаления рецидивируют. Гиподиагностика встречалась в 12,7% случаев биопсий по поводу опухоли гортани, и из них почти половина были злокачественными опухолями.

Гипердиагностика в случаях диагностической биопсии с точки зрения клинической значимости для больного неопасна, если материал был взят правильно, так как еще до начала оперативного лечения уточняется диагноз лечащего врача, направившего материал с диагнозом “Рак?”, “Suspicio подозрение” с расчетом на привлечение внимания патогистолога. В области гортани различные опухолеподобные, воспалительные и предраковые процессы в 44,2% были приняты за опухоль, а часть из них при ларингоскопии и других исследованиях имели некоторые признаки злокачественного роста. Гистологическое исследование позволило уточнить характер патологии.

В области гортани, как было отмечено, встречается

более 40 гистологических вариантов опухолей различного гистогенеза, которые, различаясь по происхождению, могут иметь идентичные проявления; в то же время новообразования из одних и тех же тканей по своему характеру существенно варьируют.

В нашем материале расхождение диагнозов по нозологии опухолей встречались у 9,8% больных, причем с помощью клинических методов без морфологических исследований невозможно определить гистогенез и структурные особенности опухолей, имеющих различный прогноз не только в зависимости от доброкачественного или злокачественного их роста; они различны даже среди однотипных опухолей. Обнаружение миксомы вместо папилломы, изъязвившейся капиллярной ангиомы вместо кавернозной гемангиомы свидетельствует о местнодеструктурирующем характере патологии, хотя все они являются доброкачественными опухолями. Эта опасность особенно возростала в случаях выявления ретикулосаркомы вместо лимфогранулематоза или при верификации метастазов опухолей в прилежащие ткани.

В отдельную группу нами выделены опухоли, направленные для уточнения диагноза как “Нео”, “Новообразование”, “Опухоль”, “Тумор”, которые оказались весьма различными как по своему гистологическому варианту, так и по характеру клинического лечения. Случаи, обобщенные под неопределенным названием и с неизвестным течением, встречались у каждого четвертого больного, обследованного по поводу опухолей. Среди них более половины оказались доброкачественными (папиллома, фиброма), несколько меньше - злокачественными (ангиперицитомы, рак, лимфоэпителиома Шминке и др.) и в редких случаях - местнодеструктурирующими опухолями (миксома, капиллярная ангиома).

К сожалению, мы нередко наблюдали у больных, у которых биопсийный материал был взят неправильно и недостаточно, что не позволило сделать гистологическое заключение. Эти ошибки нередко имели серьезные последствия, так как потраченное на вторые биопсии время, оказалось для отдельных больных роковым из-за бурного роста злокачественной опухоли, инвазии в окружающие ткани.

Таким образом, в ранней и точной диагностике опухолей гортани решающую роль играет правильно проведенная биопсийная диагностика. Вместе с тем, анализ биопсийного материала, взятого у больных с подозрениями на опухоль гортани, показал широкий диапазон врачебных ошибок в верификации нозологии и особенностей течения новообразований, изучение которых будет способствовать совершенствованию лечебно-диагностической помощи больным.

*С.Р. Рахимов***ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ***Андижанский Государственный медицинский институт. Кафедра детской хирургии*

С.Р. Рахимов

БОЛАЛАРДА АСОРАТЛАНГАН НЕФРОТИЛИАЗ ТАШХИСИ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКА МАСАЛАЛАРИ.

Асоратланган нефротилиазга дучор бўлган 289 бемор болаларни ташхиси ва даволаш натижалари тахлилланади. Булардан 165 бемор биртамонлама ва 124 икки тамонлик нефротилиаз бўлган.

Клиник белгилари, лаборатория, бактериология ва нур ташхиси асосларида барча беморларда калькулез пиелонефрит, 212 (73,3%) калькулез гидронефроз ва 59 сурункали буйрак етишмаслиги аниқланди. Калькулез пиелонефритни сурункали босқичида мавжуд иккита фазалар уртасида оралик фаза борлиги кўрсатилган. Бундай қушимча асоратланган нефролитиазда беморга дучор бўлган органни саклаб қолиш тактикаси қулашига асос бўлади. Тошларни характери, буйрак жамини шаклини, асоратли босқичини ва фазасиёни инобатга олган ҳолда хирургик муолажани оптимал вақти ва унинг тури муҳофизат қилинган. Буйрак резекциясини пельвиоуретрал сегментни пластикасида модификациялан услубни қўлланиш тавсия қилинади.

Операциядан кейинги екин муҳайда 200 беморларда буйрак фаолиятини бузилиши бартараф қилинганлиги, сийдик синдроми йўқлиги кўрсатилган. 31 беморда сийдик синдроми белгилари ва булардан 5 тасида летал ҳолати кузатилагани кўрсатилади. Операциядан кейинги 6 ойдан 10 йил ичида кузатилиш 197 беморда ўтказилиб, булардан 149 реабилитацияланди, 25 да буткул ремиссияга эришилди. Ҳақиқий рецидив ўрта беморда аниқланди ва 2 бемор ўлган. Колагнларида даволаш натижаси қониқарсиз деб топилди.

Rakhimov S.R.

QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS OF KIDNEY STONE COMPLICATIONS FOR CHILDREN

In present worke was analise results of investigation end treatment of 289 patients childs with kidney stone complication. For 165 patients was onesided kidney stones and or 124 twosided. On basis of clinical, laboratoryal, bacteriologycal, X-ray and sonographic methods of investigations, all of the patients was established kidneys stone.

Optimal period and versions of surgical interference was discussed in depends of character of stone, type of kidney pelvis, stage and phase of proucess. In close postoperative period for 200 patients was remove alter functions of kidneys, urinal sindrom was absent. For 31 patients manifestation of urinal sindroms are remain and 5 patients in this number was died. In a distance period from 6 month to 10 years, 197 patients was investigated, 149 from them are rehabilitated for 25 have a steady remission/ Other patients have a non satisfaction results. 3 patients had true recidive and 2 patients was died.

Актуальность. Известно, что Ферганская долина Республики Узбекистан является эндемическим очагом уролитиаза, что делает данную патологию актуальной проблемой региона. Течение уролитиаза у детей в этих условиях имеет свои особенности и в связи с этим настоящее сообщение имеет цель осветить некоторые аспекты диагностики и хирургической тактики осложненного нефролитиаза у детей в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы исследования.

Анализируя данные клинического обследования 289 детей, больных нефролитиазом в возрасте от 8 месяцев до 14 лет: у 165 больных был односторонний нефролитиаз (ОН), 62,4% из них мальчики, 37,6% - девочки. У 124 больных был ДН, 75,8% из них были мальчики, 24,2% - девочки.

При диагностике осложнений нефролитиаза основывались на данные клиники, лабораторных исследований и лучевой диагностики. Из анамнеза только от 108 (39,4%) больных получена точная информация о начале болезни, у 117 (43,4%) анамнестическая информация имела условное значение. Наконец, 64 (22,1%) больных госпитализированы в экстренном порядке не имея в анамнезе информации, свидетельствующей об уролитиазе.

У 167 (58,1%) больных в анамнезе имела сведения о постоянной тупой боли в поясничной области, у отдельных из них отмечено периодическое помутнение мочи или макрогематурия. Указанные отклонения продолжались в течение от 3 до 5 лет к моменту госпитализации. Возраст этих больных был старше 4 лет, основную массу составляли дети от 8 до 14 лет. Среди больных младшей возрастной группы (69), в клинических проявлениях в подавляющем большинстве случаев пре-

обладали общие симптомы, зачастую имитирующие другие заболевания. Результаты общего анализа мочи показали, что только у 33 (11,5%) больных моча была прозрачной, имела слабоокислую реакцию. У 71 (24,5%) больного на фоне прозрачной мочи отмечена кислая реакция, у 97 (33,5%) моча слегка мутная с кислой реакцией, у 57 (19,7%) мутная моча с кислой реакцией и у 31 (10,7%) больного моча имела щелочную реакцию. У 52,1% больных установлена умеренная лейкоцитурия, у 26,1% - выраженная, у 21,8% в моче лейкоциты были единичными. Соответственно, у 55,3% больных определили белок в виде - от следов до 1,5, у 24,3% - от 1,5 до 3, у 8,1% - от 4 и больше. Только у 12,3% больных в моче белок не выявлен. При посеве пузырной мочи у 160 больных, в том числе у 92 с ДН и у 68 с ОН, рост микроба был в 121 (75,7%) анализе. При ДН рост микроба был у 91 (98,1%), при ОН у 30 (43,2%). У 89 (55,6%) больных микрофлора высеяна в виде монокультуры, у 33 (20,6%) в ассоциации.

Количественным определением числа микробов в моче у 79,9% больных выявлена истинная бактериурия - число микробов превышало 1000000 в мл мочи, у 20,1% - в пределах от 10000 до 100000.

Чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам показало, что она в подавляющем большинстве случаев была высокая к следующим антибиотикам: левомецитину (79,1%), неомицину (74,2%), эритромицину (74,1%), тетрациклину (72,5%). Несколько низко к клафорану (67,3%), гентамицину (63,1%), кефзолу (63,7%), оксациллину (52,4%), ампициллину (48,6%), пенициллину (43,8%), цефамизину (41,4%). Исследование особенностей почек на концентрацию и разведение у 144 больных показало, что в 66 наблюдениях нормостенурия, а в 78 наблюдениях отмечено

отклонение: гипостенурия (23), изостенурия (28), гипоизостенурия (24) и гиперстенурия (3). В качестве основного теста для оценки функционального состояния почек у 284 больных изучили азотовыделительную функцию почек. Для этого исследовали содержание мочевины в сыворотке крови. Амплитуда колебания цифровых данных была широкой, оценку полученным результатам дали, разделив больных на три группы.

Первая — 139 (48,8%) больных - показатели мочевины в сыворотке крови составили $5,2 \pm 0,3$ ммоль/л. Соответственно у 81 (28,6%) — второй группы — $8,2 \pm 0,1$ ммоль/л и у 64 (22,6%) — третьей группы — $12,2 \pm 0,7$ ммоль/л.

В первую группу вошли больные с ОН, во вторую — 15 больных с ОН и 66 с ДН и в третью группу 11 больных с ОН и 53 больных с ДН.

Полученные результаты сопоставляли с клинико-лабораторными данными и установили, что большинство вторую и особенно третью группу составили больные с проявлениями инфекционно-токсического состояния, т.е. отмечались признаки анемии, гипотрофии, нарушения концентрационной способности почек.

На обзорной урограмме, практически во всех случаях, почка была различной степени увеличена. Она имела четкую границу с гладкими контурами и гомогенным теневым изображением. У 204 больных медиальный край почки проецировался параллельно тени поясничной мышцы. У 85 - почка приобретала несколько вертикальное положение. При оценке данных экскреторной урографии уточняли время задержки рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС), размер лоханки и проходимость мочеточников. На урограмме измеряли размеры почек, собирательных систем, толщину паренхимы и вычисляли ренально-кортикальный индекс (РКИ). У 29 больных из-за не информативности экскреторной урографии, была сделана инфузионная урография. У всех больных данной группы отмечалось в различной степени понижение функции почек.

Оценку степени и характера функциональных рентгеноморфологических нарушений в почках, осуществляли на основании учета данных экскреторной и инфузионной урограммы. У 120 больных контрастирование ЧЛС началось к 5-10 минутам, тугое наполнение наступило на 20-30 мин. эвакуация завершилась к 60 мин. Соответственно у 80 больных на 15-20, 45-60 и 90 минутах. У 60 контрастирующее вещество в ЧЛС появилось в виде пятен на 60 минуте. У 36 больных установлена “немая” почка, у 16 из них — обе; у 6 больных было сужение ЛМС. У 147 больных выявлены структурные изменения в виде деформации наружного контура почки. У 102 больных “ампутация” чашечек у 39, деформация ЧЛС у 27.

У 200 больных (в том числе при ОН у 90, при ДН — у 110) определили РКИ, полученные данные сравнивали с результатами исследований у 20 практически здоровых детей. Показатели РКИ представлены в таблице 1.

Таблица 1
Средние показатели РКИ при нефролитиазе у детей

Типы лоханки	Показатели РКИ				
	Больные нефролитиазом (n=190)				Практ. здоровые
	0	I	II	III	
Внутрипочечный	0,18+ 0,012 n=21	0,25+ 0,05 n=20	0,44+ 0,02 n=27	0,54+ 0,04 n=24	0,22+ 0,01 n=6
Смешанный	0,22+ 0,01 n=24	0,32+ 0,01 n=27	0,44+ 0,01 n=31	0,62+ 0,07 n=36	0,25+ 0,01 n=9
Внепочечный	0,24+ 0,02 n=4	0,33+ 0,01 n=12	0,47+ 0,05 n=12	0,65+ 0,02 n=9	0,27+ 0,005 n=5
Число почек	96	45	59	47	40

Примечание: n — число обследованных детей.

Как показывают данные таблицы, РКИ 96 (48%) почек при всех типах лоханки несколько уменьшен. Показатели РКИ в 151 почке различной степени повышены, при этом в 45 почках отмечается умеренное повышение, в 59 — заметное и в 47 — значительной степени повышение. Установлена зависимость степени повышения РКИ от типа лоханки, наиболее выраженные при внепочечной.

Анализ результатов исследований РКИ сопоставления их с результатами клинико-лабораторных исследований, а также операционной находкой свидетельствуют, что уменьшение параметров РКИ наблюдалось на фоне длительного анамнеза болезни, частыми рецидивами. Повышение РКИ зависело от степени атрофии почек. С целью визуализации структуры почек у 49 больных детей осложненным нефролитиазом нами проведена эхография почек и полученная информация сопоставлена с данными о структуре почек у 15 практически здоровых детей. В качестве морфометрических параметров брали длину, ширину и толщину почечной паренхимы. У больных в целом осложненным нефролитиазом отмечается достоверное увеличение размеров почки, также незначительное истончение паренхимы.

Анализируя результаты рентгенографических и УЗИ при, так называемой, “немой” почке для окончательной оценки функционально-морфологического состояния органа, 36 больным выполняли изотопную ренографию. Сравнительные показатели рентгенографических и изотопной ренографии представлены в таблице 2.

Таблица 2
Результаты лучевой диагностики функции почек

Методы исследования	Число больных	Функции пораженной почки	
		Сохранена	Отсутствует
Экскреторная урография	36	-	36
Инфузионная урография	36	8	28
Изотопная ренография	36	22	14

Как видно из данных таблицы, из 36 “нефункционирующих” почек установленных экскреторной урографией, при изотопной ренографии выявлено наличие функции в 22 почках.

Статистические данные относительно локализации камней диаметрально противоположны существующему мнению, что мочекаменная болезнь у детей поражает в основном нижние мочевые пути. Анализ нашего клинического материала показал, что число больных детей нефролитиазом составляет около 40%. Двусторонний нефролитиаз (ДН) установлен у 14,4% всех больных, госпитализированных с нефролитиазом (1). Характерным для клинического течения нефролитиаза у детей является высокий процент кораллоподобного, множественных камней или их сочетания. Так, из 289 больных только у 92 (31,8%) был солитарный камень, в остальных случаях — коралловидный, множественные и их сочетания.

Обсуждение результатов.

Резюмируя результаты комплексного обследования 289 детей, больных нефролитиазом, нами установлено наличие показателей, свидетельствующих об осложнении основной патологии. Прежде всего у всех больных процесс был осложнен калькулезным пиелонефритом (КП), который, как показывает клиническая практика, может привести к гибели органа.

Наиболее распространенная классификация Н.А. Лопаткина и соавт.(1979) не освещает некоторые принципиальные вопросы калькулезного пиелонефрита у детей.

На основании анализа результатов комплексного обследования 289 детей, больных нефролитиазом, установлено, что осложнения данной патологии наблюдаются в сочетанном виде. Они, как правило, имеют причинно-следственную связь, КП в подавляющем большинстве случаев является их начальной фазой. В свете изложенного, распределение больных осуществили классификационной схемой, принятой в нашей клинике (3). Из 289 больных у 15 была острая стадия (серозный - у 8, гнойный — у 7). У 274 больных была хроническая стадия, из них у 201 начальная фаза (активного воспаления — у 77, латентного воспаления — у 111, ремиссия — у 43). Обструктивно -гнойная фаза — у 59 больных, конечная фаза — у 14 (пионефроз — у 11, вторично-сморщенная почка — у 3). На фоне калькулезного пиелонефрита у 212 (73,3%) больных выявлен калькулезный гидронефроз (КГ). Из этого числа при одностороннем нефролитиазе у 112 (67,9%), при двустороннем — у 100 (88,9%) больных. При ОН первой стадии КГ установлен у 70 больных, второй — у 37, третьей — у 25. Соответственно при ДН первой стадии установлена у 24 больных, второй — у 24, третьей — у 30 и четвертой - у 4 больных.

Анализируя данные РКИ, установили, что частота и интенсивность развития гидронефротической трансформации зависит от типа лоханки. В частности наиболее часто и интенсивней развивается при внепочечном типе. Указанный факт обусловлен нарушением уродинамики за счет сравнительно высокого про-

цента пединкулита, а также отсутствием паренхиматозного каркаса вокруг лоханки наблюдаемый при данном типе. Закономерным финалом КП и КГ явилась ХПН, установленная нами у 88 больных. Из этого числа у 77 (87,2%) больных на фоне ДН. У 27 больных была латентная стадия, у 27 — компенсаторная, у 26 интермитирующая и у 8 — терминальная. При одностороннем нефролитиазе ХПН наблюдалась у 11 больных, в том числе латентной стадии у 3 больных, компенсаторная стадия у 8 больных. Осложнения нефролитиаза в виде КП, КГ и ХПН можно рассматривать как отдаленных фаз единого процесса.

При одностороннем нефролитиазе ХПН развивается на почве осложнения контрлатеральной почки пиелонефритом, как правило, расчет восходящей инфекции.

Осложненный нефролитиаз является причиной возникновения дополнительных проблем при решении лечебной тактики. Хирургическое вмешательство является методом выбора, однако, многие аспекты его нуждаются в уточнении: принципы предоперационной подготовки, оптимальные сроки и варианты операции, метафилактика уролитиаза.

На основании учета принципа комплексной предоперационной терапии, всех больных разделили на следующие группы: первая — больные с острой стадией КП (15) и активной фазой хронической стадии (92) получившие интенсивную антибактериальную терапию путем региональной лимфатической антибиотикотерапии разовой дозой в течение суток, а также препаратами нитрофуранового ряда и фитотерапией в течение 7-8 суток. Вторая группа — больные с латентной и фазой ремиссии (154) в предоперационном периоде в течение 5-8 суток получившие региональную лимфатическую антибиотикотерапию однократным введением разовой дозы в течение суток. По существу она является превентивной мерой. По такому же методу готовили больных с вторично-сморщенной почкой (3). Третья группа — больные обструктивно-гнойной фазой хронической стадии КП (59). Данную группу рассматривали как экстренных больных. Предоперационная интенсивная детоксикационная, стимулирующая и антибиотикотерапия двумя антибиотиками (один из них методом региональной лимфатической терапии) преследовала выведение больных из состояния микробно -метаболической интоксикации и компенсации ХПН. Продолжительность определяли индивидуально, в среднем составлял 3-4 суток. По такому же принципу готовили больных пионефрозом (11).

Варианты операции зависели от вида камня, типа лоханки, степени патоморфологических трансформаций в органе. При ДН уточняли этапность операции и выбор стороны. Варианты оперативного вмешательства представлены в таблице 3. Как видно из данных таблицы операции подвергнуты 364 почки, в том числе при ОН — 165, при ДН — 199. В связи с острой обструкцией 12 из числа ДН оперированы в срочном порядке, 9 больным выполнена одномоментная опе-

рация на обеих почках, 12 больных не оперированы из-за терминальной стадии ХПН.

Таблица 3

№	Варианты операций	Односторонний	Двусторонний
1	Пиелолитотомия	65	25
2	Уретеролитиаз, пиелолитотомия и нефропиелостомия	7	17
3	Радиарная нефролитотомия	27	35
4	Уретеролиз, радиарная нефролитотомия, нефропиелостомия	5	20
5	Щадящая секционная нефролитотомия	14	17
6	Уретеролиз, широкая секционная нефролитотомия, нефропиелостомия	9	24
7	Резекция нижнего полюса с удалением нефропиелостомии, нефропиелоуретеростомия	7	32
8	Уретеролиз, резекция нижнего полюса и задней стенки лоханки с удалением камней, нефропиелостомия, нефропиелоуретеростомия	17	16
9	Геминефруретерэктомия с удалением камней, нефропиелостомия, нефропиелоуретеростомия	1	3
10	Пельно-уретеропластика	6	3
11	Нефрэктомия	7	7

Хирургическая тактика преследовала помимо удаления камней и интраоперационной санации ЧЛС, при необходимости коррекцию нарушенной уродинамики. Вариант операции определяли, основываясь на данные лучевой диагностики, однако, окончательное решение принимали на основании интраоперационной находки. Солитарный, а также коралловидный камни I-II стадии при внепочечном типе лоханки и в отдельных случаях смешанном удаляли пиелотомным доступом. При внутрпочечной лоханке и в основных случаях смешанном путем радиарной нефрокаликотомии. При наличии спаечного процесса на почве пединкулита при всех вариантах операция начиналась с уретеролиза. Щадящую секционную нефролитотомию выполняли при локализации камней в чашечках. Показанием для широкой нефролитотомии являлись множественные камни в чашечках, а также их сочетание с коралловидными камнями III-IV стадии. При множественных фиксированных камнях в чашечках на фоне гидрокаликоза с истонченной паренхимой почки, выполняли поперечно-клиновидную резекцию модифицированным нами мето-

дом: тщательно мобилизуется синус так, что бы свободно можно было зайти под нижний край лоханки. Предварительно циркулярно рассекается фиброзная капсула на 2-3 см ниже уровня предстоящей резекции и отслаивается она со стороны резецируемого полюса до ворот почки. На противоположной части почки фиброзную капсулу мобилизуют не нарушая циркулярной целостности последней до уровня предстоящей резекции. Первоначально делается "V" образный надрез на паренхиме почки у резецируемого полюса, где начало как первого, так и второго разреза берется с одной точки у задней поверхности почки. В трех случаях, на фоне калькулезного гидронефроза II-III степени, с целью резекции задней стенки лоханки в едином блоке, начало "V" образного разреза со стороны задней поверхности находится ближе к лоханочно-мочеточниковому сегменту. Расстояние между линиями разреза у выпуклой части почки составляет от 3 до 5 см. в зависимости от степени гидронефротической трансформации. Линии разрезов вновь между собой сходятся у передней поверхности ворот почки. Линии разрезов раны в паренхиме углубляются тупым путем до чашечек, последние, а так же задняя стенка лоханки иссекаются острым путем. Площадь раневой поверхности "клапана" должна быть больше, нежели раневой поверхности на почке. Целостность почек восстанавливается путем наложения узловых швов хромированным кетгутом (№ 2-3) атравматической иглой между "клапаном" и резецированной поверхностью почки так, чтобы линия раны и швов на ней прикрывались фиброзной капсулой мобилизованной в начале операции. Преимуществом данного метода является устранение причин нарушения уродинамики, оставшиеся при традиционной клиновидной резекции, а также профилактика кровотечений и мочевого свища, наблюдаемые при традиционной поперечной резекции. Геминефруретеректомию выполняли при удвоенной почке и уретре. В связи со вторичным рубцовым стенозом на почве обструкционного процесса 9 больным выполняли пельво-уретеропластику модифицированным методом Швицера: рассекается латеральная стенка мочеточника продольно, таким образом, чтобы разрез прошел от дистальной части стеноза к проксимальной. На задней стенке лоханки рана переводится в "V" образную, заканчивающуюся у основания лоханки. Резецируется по краям лоскут так, чтобы его ширина у основания составляла 1 см. Между вершиной лоскута из лоханки и углом раны на стенке мочеточника над полиэтиленовой трубкой накладывается первый узловый шов хромированным кетгутом, с последующим наложением герметизирующих узловых швов. При этом достигается формирование воронкообразного расширения стенозированной части мочеточника. Нефрэктомия явилась основанием для конечной фазы хронического КП. В процессе операции всем больным санирована ЧЛС от микролитов и продуктов деструкции, 134 больным установлена нефропиелостомическая трубка для пролонгированной инстиляции ЧЛС.

Операцию завершали подведением микроирригатора в около лоханочную клетчатку, для региональной лимфатической антибиотикотерапии в послеоперационном периоде. Консервативная терапия в послеоперационном периоде, по существу являлась продолжением начатой до операции. Региональная лимфатическая терапия проводилась через микроирригатор, оставленный в области лоханки, 134 больным проводилась пролонгированная инстиляция ЧЛС.

Заключение. В ближайшем послеоперационном периоде у 200 больных после удаления камней (при ДН в обеих почках), интраоперационной санации ЧЛС, устранения нарушенной уродинамики пролонгированной инстиляции ЧЛС (60 больными), отмечено полное восстановление функции почек и отсутствие мочевого синдрома.

У 45 больных, оперированных (при ДН с обеих сторон) на фоне обструктивно-гнойного КП, применением усовершенствованного метода устранена нарушенная уродинамика, отмечена клиническая ремиссия, в моче оставались единичные лейкоциты, следы белка. У 29 больных (в том числе 17 ДН оперированных с одной стороны), клинико-лабораторные проявления мочевого синдрома продолжали оставаться. В 3 наблюдениях наступило ухудшение функции почек, в 6 случаях из-за прогрессирования ХПН наступил летальный исход. В 12 наблюдениях с ДН из-за тяжести состояния больные не оперированы.

В отдаленном послеоперационном периоде от 6 месяцев до 10 лет обследованы 197 больных. Результаты операции у 149 больных оценены как хороший при отсутствии жалоб, рецидива камня, восстановлении функции почек, стойкой ремиссии пиелонефрита, сокращение ЧЛС до нормальных цифр. При улучшении функции почек, интермиттирующей пиурии, уменьшении и стабилизации размеров ЧЛС, отсутствии рецидива камня у 25 больных результаты оценены как удовлетворительные. Наличие неопределенных болей в 17 наблюдениях, частые обострения пиелонефрита, сопровождающиеся ухудшением функции почек, отсутствием сокращения ЧЛС, рецидив (у 3 больных) оценены как неудовлетворительные. В данную группу вошли 16 больных ДН, оперированных с одной стороны. В отдаленном послеоперационном периоде умерли 2 больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акбаров Н. Хирургическая тактика при двустороннем нефролитиазе у детей. // Автореф. Дисс. Канд. Ташкент 1999
2. Лапаткин Н.А., Пугачев А.Г., Родаман В.Г. Пиелонефрит у детей. // М. "Медицина", 1979
3. Рахимов С.Р., Рахимов Б.С. Хирургическая тактика при обструктивно-гнойном калькулезном пиелонефрите у детей. // Ж. Проблемы биологии и медицины, 1998, 1, 83-86.

Наша информация

30 сентября 1999 г. в г. Ташкенте состоялась очередная ежегодная Республиканская научно-практическая конференция "Вахидовские чтения — 99" на тему: "Эндовизуальная диагностика и лечение заболеваний органов дыхания и пищеварения".

Материалы конференции опубликованы в третьем номере журнала "Хирургия Узбекистана". В ее работе приняли более 500 специалистов, ученых, практических врачей нашей республики.

Работа конференции завершилась принятием резолюции, которая опубликована ниже.

К.З. Салахиддинов,
Э.С. Джумабаев,
И.М. Байбеков,
И.Р. Файзиев И.М.

НОВЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.

*Кафедра хирургических болезней лечебного и педиатрического факультетов
Андижанского мединститута (зав. проф. Э.С. Джумабаев).*

К.З. Салахиддинов, Э.С. Джумабаев, И.М. Байбеков, И.Р. Файзиев

**АБДОМИНАЛ ЖОРРОХЛИГИ ТАШРИХИДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ-СЕПТИК АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДА-
ВОЛАШНИНГ ЯНГИЧА ЁНДОШШИ.**

Муаллифлар операциядан кейинги асоратларни камайтириш ва олдини олиш учун гелий-неонли лазер нурланишидан фойдаланиб унинг унимли эканини клиник ва тажрибавий-морфологик жиҳатдан асослаб берадилар.

K.Z. Salahiddinov, E.S. Djumabaev, I.R. Fayisiev

NEW APPROACH IN PROFILAKSIS AND TREATMENT SEPTICO-PURULENT OF COMPLICATIONS AFTER ABDOMINAL OPERATIONS.

The authors demonstration clinical and experimental morfologic substantiate of aplication helium-neon laser ray for reduction and prophylaxis after operations complications.

ВВЕДЕНИЕ

По мере накопления научной информации о важной роли лимфатической системы и в частности лимфатических узлов в течении и исходе патологического процесса, предпринимается всё больше попыток лечебного воздействия на лимфатическое русло.

Характеризуя значение лимфатических узлов в организме можно выделить следующие важные функции: гемопоэтическая, иммунологическая, обменная и резервуарная. Функциональное состояние лимфатических узлов решающим образом влияет на течение воспалительной реакции, распространение инфекции образование новых метастатических очагов гнойно-септического процесса. Наибольшими зонами скопления лимфатических узлов брюшной полости являются малый сальник и брыжейка тонкой и толстой кишок (М.Р. Сапин и соав. 1979)

Согласно сегментарной теории строения лимфатической системы строения существует определённый лимфораздел органов брюшной полости. Так от органов верхнего этажа брюшной полости большая часть лимфы оттекает к лимфатическим узлам малого сальника. От органов среднего и нижнего этажей брюшной полости преимущественный отток лимфы осуществляется в брыжеечные лимфатические узлы. Исходя из этих сведений становится понятна необходимость лечебного воздействия на ту или иную группу лимфатических узлов в зависимости от локализации патологического процесса или этаже операционного вмешательства в брюшной полости.

Известно немало литературных данных об успешном применении лазера в хирургии. Показано положительное влияние лазера на иммунитет, микроциркуляцию, регенерацию и т.д. однако до последнего времени не предпринимались попытки воздействия лазером на лимфатические узлы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Учитывая вышеизложенные предпосылки лазерного облучения лимфатических узлов брюшной полости в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений, нами предложен метод сегментарного лазерного облучения лимфатических узлов брюшной полости в послеоперационном периоде (патент № 4989).

Сущность метода заключается в том, что интроду-

цированно в малый сальник или брыжейку тонкой и толстой кишок в зависимости от региона операции устанавливали катетер через который в послеоперационном периоде посредством световода производили гелий-неоновое облучение различных групп лимфатических узлов. Облучение производили гелий-неоновым лазером ИЛГН-104 .

Перед широким использованием метода у больных, нами проведена экспериментальная и клиническая опробовка лазерной лимфатической терапии.

Эксперименты выполнены на 30 крысах линии Вистар с цекотомной линейной раной. Все животные были разделены на две группы: контрольную 18 животных и основную 12 животных.

Крысам основной группы применялось лазерное облучение группы правых толстокишечных брыжеечных лимфатических узлов в послеоперационном периоде, через тонкий полихлорвиниловый катетер.

Результаты исследований оценивались с использованием электронной сканирующей и трансмиссионной микроскопии лимфатических узлов и кишечной стенки.

В клинике метод применили у 120 больных (с резекцией желудка, холецистэктомии, операциями на тонкой и толстой кишке) с идентичными операциями 115 больных составили контрольную группу.

Результаты экспериментальных исследований показали, что операция приводит к отёку и увеличению размеров брыжеечных лимфатических узлов, уменьшается просвет синусов с содержанием в них большого количества тканевого детрита, микробов и отёчной жидкости.

Изучением клеточного состава лимфатических узлов выявило преобладание макрофагов и лейкоцитов с относительно невысоким содержанием лимфоцитов, особенно на 3 и 6 сутки после операции. Эти исследования показали, что операционная травма сопровождается микробной контаминацией приводит к перегрузке региональных лимфатических узлов, связанной с массивным поступлением отёчной жидкости, микробов и продуктов дисметаболизма из очага воспаления в стенке слепой кишки.

Изучение морфологии кишечной стенки так же выявило выраженную воспалительную инфильтрацию межклеточного пространства в зоне ранения,

отёк, полнокровие кровеносных и лимфатических капилляров.

Использование лазерного облучения лимфатических узлов, весьма позитивно влияет на течение воспалительной реакции. Так уже после трёх сеансов лазерной лимфатической терапии достоверно снижается отёк стромы лимфатических узлов, расширяются просветы маргинальных и центральных синусов. Увеличивается содержание лимфоцитов и плазматических клеток, по сравнению с контрольной группой. В просвете синусов уменьшается содержание тканевого детрита и микробов. Более благоприятная картина наблюдается и в стенке кишки, где отмечается морфометрически достоверное снижение отёка стромы, сужение просвета лимфатических капилляров и венул.

Результаты клинических исследований показали, что благодаря использованию лазерного облучения региональных лимфатических узлов удаётся обеспечить более гладкое послеоперационное течение. Так в основной группе больных быстрее ликвидировался лейкоцитоз и повышенное СОЭ. Быстрее нормализовалась температура тела, восстановилась перистальтика кишечника. Всё это способствовало более активному ведению раннего послеоперационного периода с ранним кормлением и вставанием больного с постели. Благодаря лазерной лимфатической терапии удалось снизить число гнойно-септических осложнений с 4,3 до 2,6 %.

ОБСУЖДЕНИЕ.

Резюмируя данные экспериментальных и клинических исследований можно говорить о том, что использование гелий-неонового лазерного облучения региональных к патологическому очагу лимфатических узлов оказывает весьма позитивное влияние. Отмечается улучшение морфологической картины региональных лимфатических узлов. Это проявляется снижением отёка стромы лимфоузлов, с улучшением пропускной способности центральных и маргинальных синусов. Благодаря использованию лазера отмечается уменьшение содержания микробов в просвете синусов, увеличивает количество лимфоцитов и плазматических клеток. Улучшение дренажной и иммунологической функции региональных лимфатических узлов способствует разгрузке интерстиция кишечной стенки от избыточной отёчной межклеточной жидкости, это создаёт условия прочности кишечного шва. Вокруг раны уменьшается воспалительная инфильт-

рация, более того возрастает содержание лимфоцитов за счёт улучшения микроциркуляции. Региональное воздействие лазером на лимфатические узлы области патологического процесса. Является на наш взгляд одним из патогенетических обоснованных методов. В профилактике и лечении гнойно-септических осложнений. Ведь именно лимфатические узлы первыми становятся на пути распространения инфекции. В отдельных случаях при вирулентной инфекции и ослабленной защитной функции организма сами лимфатические узлы становятся местом скопления и роста микробов (гнойный лимфаденит). Всё это указывает на необходимость воздействия именно на региональные лимфатические узлы в борьбе с рассматриваемой патологией. Клинические исследования подтвердили данные экспериментов об эффективности метода. Важно отметить, что метод весьма прост в осуществлении и может с успехом применяться в хирургических отделениях любого уровня.

ВЫВОДЫ:

1. Операции на органах брюшной полости сопровождаются выраженными микроциркуляторными расстройствами, воспалительными явлениями и иммунодифицитом как в области хирургического вмешательства, так и в региональных лимфатических узлах.

2. Теоретически обоснован, апробирован в эксперименте и внедрён в клинику новый метод сегментарного лазерного облучения лимфатических узлов брюшной полости.

3. Благодаря использованию метода в комплексном ведении раннего послеоперационного периода при операциях на органах брюшной полости удаётся снизить число гнойно-септических осложнений.

4. Предлагаемый метод прост в использовании и может применяться в хирургических отделениях любого уровня.

ЛИТЕРАТУРА.

1. П.И.Толстых, А.Н.Иванян, В.А.Дербенёв и др. **Практика эффективного использования лазерного излучения в медицине.** Смоленская Государственная Медицинская Академия. 1995 г., -78 стр.
2. Г.В.Чепеленко **“Сегментарная теория лимфатической системы”**. Москва “Химия” 1990 г. -148 стр.
3. С.У.Джумабаев **Лимфатическая терапия и хирургия желудка.** Ташкент, Ибн Сино 1992 ст.23-25
4. **Справочник по клинической лимфологии.** Под ред. С.У.Джумабаева, В.А.Хакимова. Ташкент. Ибн Сино. 1999 г. 325с.

**Б.С. ТУРСУНОВ,
Д.А. ДЖАБРИЕВ**

**СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН С
ПРИМЕНЕНИЕМ МОБИЛИЗОВАННЫХ
МЕТАЛЛОКОМПЛЕКСОВ НА ТЕКСТИЛЬНЫХ
МАТЕРИАЛАХ.**

*Каф. хирургических болезней № 2 СамГосМИ
(зав. - проф. Б.С. Турсунов).*

Турсунов Б.С., Джабриев Д.А.

ДОКАГА ШИМДИРИЛГАН МЕТАЛЛОКОМПЛЕКСЛАР ЕРДАМИДА КУЙГАН ЯРАЛАРНИ ДАВОЛАШ СТРАТЕГИЯСИ.

Ёши 17 дан 63 гача бўлган тананинг ҳар хил сатҳи ва юзасида жойлашган чуқур куйган ярани 102 беморда даволаш ўтказилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. I гуруҳ, 42 бемордан иборат бўлиб, уларда яра боғлов докаларига шимдирилган (иммобилизация қилинган) металлокомплекслар билан олиб борилди. II гуруҳ 60 бемордан иборат бўлиб, уларда ярани маҳалий даволашда умумий қўлланиладиган ўсуллардан фойдаланилди (антисептик ва ҳар хил малҳамлар). Ҳар иккала гуруҳда даволанган жараларнинг натижалари уларнинг клиник кечиши, цитологик ва гистологик ўсулларда таққосланди. Қиёсий таққослаш шуни кўрсатдики, докага шимдирилган металлокомплекслар ердамида даволанган беморларда яхши натижалар қайд этилди.

Tursunov B.S., Djabriyev D.A.

STRATEGY OF BURN INJURY TREATMENT WITH IMMOBILIZED METAL COMPLEXES ON TEXTILE MATERIALS.

Results of local treatment of 102 patients aged 17-63 with deep burn injuries in various locations of the body are presented. Patients were divided into two study groups. There were 42 patients treated by means of new dressing material consists of Immobilized Enzymes (trypsin, chymotrypsin) and Metal Complexes (copper, silver) in s.t. group, and 60 patients treated with traditional ointment and antiseptic dressing in second one. Results of treatment in each group were compared by clinical, cytological and histological methods. Data show that burn injury treatment with oxidized Enzymes and Metal Complexes is more effective than traditional treatment.

Key words: burn injury local treatment, immobilized enzymes and metal complexes

Проблема местного лечения ожогов привлекает все большее внимание специалистов разного профиля и органов социальной защиты. Это обусловлено не только возрастающей тяжестью ожоговой травмы, но и трудностью лечения пострадавших, которое нередко заканчивается неблагоприятным исходом или инвалидностью (3, 7, 10, 14).

Поверхностные ожоги без нарушения общего состояния больных не составляют проблемы для лечения. В тоже время более или менее единой методики ведения больных с глубокими ожогами еще не разработано. Вопрос местного лечения глубоких ожогов остается крайне дискуссионным и проблематичным в связи с высокой летальностью и инвалидизацией среди этих больных (8, 11).

Одним из перспективных методов лечения, направленным на ускоренное отторжение ожогового струпа и очищение

ожоговой раны является ферментативный и химический некролиз. Накоплен большой опыт, как в странах СНГ, так и дальнего зарубежья, по применению нативных ферментов в комбустиологии и гнойной хирургии (2, 4, 5, 7, 15).

Для ферментативного некролиза используются ферменты животного (трипсин, химотрипсин, химопсин, фибринолизин), растительного (бромелаин, папаин, дебрицин) и бактериального происхождения (дикиназа, стептокиназа, коллагеназа и др.) (1, 6, 12).

Как было установлено, ферменты протеолиза обладают целым рядом положительных свойств: они расщепляют некротические массы денатурированных белков и практически не действуют на живые, то есть энзиматический лизис - есть метод избирательного удаления белков нежизнеспособных тканей. Снижают резистентность микрофлоры ран к антибиотикам, причем бактериальные ферменты более активны, чем ферменты животного происхождения; усиливают процессы регенерации за счет стимулирующего действия распада белков; способствуют большему выведению

из кровеносного русла нейрофильных мононуклеарных клеток и более интенсивному фагоцитозу бактерий и продуктов распада клеток; улучшают микроциркуляцию в тканях, рассасывая микротромбы в сосудах (1, 4, 14).

Но недостатками нативных ферментов, ограничивающими их применение явились их нестабильность и быстрая потеря каталитических свойств в условиях раневой среды, что уменьшало эффективность лечения и значительно повышало расход дорогостоящих препаратов.

Устранить некоторые недостатки ферментотерапии нативными ферментами позволили разработанные в прикладной энзимологии методы иммобилизации ферментов на различных носителях.

Иммобилизация позволяет получить ферментные препараты, стабильные по отношению к температурным факторам, денатурирующим агентам, экстремальным значениям pH среды, аутолизу, действию микроорганизмов. Они значительно менее чувствительны к действиям ингибиторов. Стабильность модифицированных ферментов связана с тем, что при иммобилизации ограничиваются межмолекулярные контакты, матрица-носитель выполняет роль защитного каркаса, при этом активность и специфичность ферментов сохраняются. Существенным преимуществом иммобилизованных ферментов является их способность длительно и непрерывно гидролизировать денатурированные белки, многократность использования. Они практически не десорбируются с матрицы и поэтому не всасываются в кровь и не могут служить антигенами, не вызывают аллергические и иммунологические реакции. Это значительно облегчает использование чужеродных для человека ферментов не только животного происхождения, но бактериального и растительного со значительным повышением их концентрации в очаге воспаления (1, 9, 13, 15).

Одними из таких новых препаратов являются созданные на основе сотрудничества российского НИИ

текстильно - галантерейной промышленности и института лазерной хирургии г. Москвы - иммобилизованные металлокомплексы

на текстильных материалах. Эти новые перевязочные средства представляют собой марлевые салфетки размером 10х15 и 15х20 см, на которых иммобилизованы ферменты трипсин, химотрипсин, трисамин и ионы металлов серебра и меди.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Нами было проведено исследование с целью выявления эффективности применения марлевых салфеток с иммобилизованными металлокомплексами в местном лечении ожогов и разработки методики применения этих салфеток.

Были обследованы 102 больных в возрасте от 17 до 63 лет с ожоговыми ранами различной локализа-

ции, находившиеся на стационарном лечении в Самаркандском Межобластном Ожоговом Центре за период с 1995 г. по 1999 г. Обследованные больные были разделены на 2 группы.

I группу составили 42 больных, получивших местное лечение с применением иммобилизованных металлокомплексов.

II группа состояла из 60 больных, получивших традиционное местное лечение (влажно-высыхающие и мазевые повязки)

Анализ в исследованных группах по половому и возрастному признаку показал приблизительно одинаковое распределение больных в обеих группах, что исключает специальный отбор больных в группах и объективизирует результаты проведенного исследования (таблица 1.).

Распределение больных в группах по возрасту и полу.

Таблица 1

гр	пол	ВОЗ		
		До 20 лет	21-30 лет	31-40 лет
1	муж	2	5	4
	жен	2	7	5
2	муж	3	5	6
	жен	6	8	10
ВСЕГО		13	25	25

Анализ частоты ожоговых поражений среди жителей города и села выявил более частое поражение среди жителей сельских районов (таблица 2.). При этом ожоги характеризуются большой площадью и глубиной поражения, с высоким процентом инвалидизации.

Анализ частоты ожоговых поражений среди жителей города и села.

Таблица 2.

	Город	Село	Всего
Количество больных	38	64	102
% соотношение	37	63	100

Исследование возможных причин и профилактики ожогов в сельских районах, проведение просветительской работы среди населения могло бы уменьшить частоту ожоговых травм. Анализ обстоятельств получения ожогов показал более частое возникновение ожогов в бытовых условиях, чем в производственных, что связано с частым несоблюдением населением элементарных правил пожарной безопасности при эксплуатации газо- и электрооборудования. Это еще раз подтверждает необходимость просветительской работы среди населения, особенно населения сельской ме-

стности. Результаты анализа обстоятельств получения ожогов представлены в таблице 3.

Распределение больных в зависимости от обстоятельств получения ожогов

Таблица 3.

	Бытовая	Производственная	Всего
Количество больных	72	30	102
% соотношение	71	29	100

Так основными факторами, влияющими на продолжительность лечения и определяющими результаты лечения, являются глубина и площадь ожогового поражения, был проведен анализ этих показателей в обеих группах больных, результаты которого представлены в таблице 4 и таблице 5.

Данные таблиц показывают равномерное распределение больных по площади и глубине поражения в обеих группах и позволяют говорить об объективности проведенного исследования.

Схема общего лечения больных в обеих группах была одинаковой и включала проведение комплекса противошоковой терапии, гемотрансфузий, антибиотикотерапии, проведение иммунокорректирующей и

Площадь и глубина ожогового поражения у больных I гр.*Таблица 4*

Общая площадь ожогов в % от поверхности тела	Количество больных	
		5
10-20%	21	
21-30%	13	
31-40%	5	
41% и более	3	
ВСЕГО	42	

Площадь и глубина ожогового поражения у больных II гр.*Таблица 5*

Общая площадь ожогов в % от поверхности тела	Количество больных	
		5
10-20%	28	
21-30%	18	
31-40%	11	
41% и более	3	
ВСЕГО	60	

симптоматической терапии.

Местное лечение на I этапе было также одинаковым в обеих группах больных и было направлено на ускорение отторжения плотного ожогового струпа. После очищения раны от ожогового струпа (обычно к 9-10 дню после травмы) в I группе больных применяли салфетки с иммобилизованными металлокомплексами, во II группе - местно использовали традиционные влажно-высыхающие и мажевые повязки.

Применение салфеток с иммобилизованными металлокомплексами начинали на 9-10-й день после получения ожогов. Салфетки накладывались на раневую поверхность свободную от ожогового струпа, промытую растворами антисептиков (0,02% фурацилина, 0,5% раствор перекиси водорода).

Салфетки извлекались из упаковки стерильным инструментом, обильно увлажнялись раствором (раствор хлоргексидина биглюконата, 0,02% раствор фурацилина, 0,5% раствор сульфата цинка), накладывались на предварительно подготовленную поверхность и сверху фиксировались асептической повязкой. Смена повязки осуществлялась через 1-2 суток.

Динамика изменений в ранах оценивалась макроскопически. При этом учитывались сроки очищения ран от гнойно-некротических масс, наличие и характер грануляций, сроки готовности ран к пластике, средний койко-день больных I и II групп.

Параллельно в обеих группах проводился цитологический и гистологический контроль за состоянием ран на 9-10, 16-17 и 22-24 дни после ожога.

Цитологический контроль проводился с помощью метода мазков - отпечатков. Мазки - отпечатки получали из центральных и периферических участков раны, предварительно очищенной и осушенной сухим мар-

левым тампоном. Таким образом, получали три отпечатка послойно (на 3-х стеклах), дающих более полное представление о клеточном составе раны. Полученные мазки сушили на воздухе, окрашивали азур - эозином по Романовскому-Гимзе. Микроскопию проводили под увеличением x 200 (об.20, ак.10), x 400 (об.40, ок.10), x 900 (об.90, ак.10). После обзорной микроскопии подсчитывали 400 клеток раневого экссудата и выводили процентное соотношение элементов.

Биопсийный материал получали из центральных и краевых участков ран. Забор биопсийного материала проводился во время перевязок. Полученные кусочки тканей первично фиксировали в 10 % растворе формалина в течение 36-48 часов. После промывки и обезвоживания заготавливались парафиновые блоки, из которых готовили микропрепараты толщиной 8-10 микрон.

Гистологическое исследование проводилось после окрашивания микропрепаратов гематокеилин-эозином, под увеличением x 200 (об.20, ок.10), x 400 (об.40, ок.10), x 900 (об.90, ок.10).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В I группе больных, получавших местное лечение с применением иммобилизованных металлокомплексов, сроки очищения ран составили в среднем 22 дня, средние сроки готовности ран к пластике составили 25,5 дней. Койко-день больных в среднем равен 45 дням. Во II группе больных получавших традиционное лечение результаты оказались значительно хуже. Раны очищались в среднем к 34 дню, сроки готовности к пластике 37,5 дней, средний койко-день больных составил 59 дней. Сравнительные результаты лечения в обеих группах представлены в 6.

**Сравнительные результаты лечения
больных I и II групп**

Таблица 6

	I группа	II группа
средние сроки очищения ран	22 дня	34 дня
средние сроки готовности к пластике	25,5 дней	37,5 дней
койко-день в среднем	45 дней	59 дней

Результаты цитологических и гистологических исследований подтвердили результаты клинических наблюдений. Сравнение динамики цитологических изменений в ранах больных I и II групп выявило более раннее очищение ран, более быстрое и выраженное снижение микробной обсемененности, и более раннее и активное протекание регенеративных процессов в ранах больных леченных с применением иммобилизованных металлокомплексов.

У больных II группы на 23-24 дни традиционного лечения в ранах гистологически отмечается повсеместный рост грануляционной ткани с характерным слоем вертикальных сосудов, фибробластов, молодых коллагеновых и эластических волокон. Но, в тоже время, сохраняются воспалительные явления - об этом свидетельствуют обнаружение колоний микроорганизмов, остатки тканевого детрита, нейтрофильная инфильтрация грануляций. Выявляющиеся микроочаги вторичного некроза объясняют часто встречаемое вторичное гнойное расплавление образующихся грануляций.

Гистологическая картина на 23-24 дни после ожога в I группе больных свидетельствует об активном протекании регенеративных процессов в ране. Причем выраженный слой фибробластов, активное образование коллагеновых и эластических волокон, уменьшение сосудистых элементов говорят о более зрелом характере грануляций. Отсутствие остатков тканевого детрита и микроорганизмов, очагов некроза и микроабсцессов, слабо выраженная клеточная реакция, говорят о подавлении воспалительной реакции в ранах.

ВЫВОДЫ

1. Местная ферментотерапия с применением иммобилизованных металлокомплексов является методом выбора при местном лечении глубоких ожоговых ран.
2. Предлагаемый метод лечения ожогов является более эффективным, по сравнению с традиционной методикой, значительно уменьшает микробную обсемененность ран, обеспечивает более раннее очищение и готовность ожоговых ран к пластике.
3. Применение предлагаемого метода в клинике

значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре, что ведет к уменьшению экономических затрат в лечении ожоговых ран.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вирник А. Д., Красовская С. Б., Кильдеева Н. Р. и др. Иммобилизация ферментов в структуре волокон и пленок. // Антибиотики и медицинская биотехнология. - 1986. - Т.31, № 2. - С.117-122.
2. Дадашев А. И., Литвин Г. Д., Эфендиев А. И., Бердиярцв Ш. Т. Локальная энзимотерапия ожоговых ран с применением иммобилизованного трипсина. // Воен. мед. журнал - 1991. - № 6. - С.67-68.
3. Пахомов С. П., Пахомов А. С. Термические ожоги: лечение. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. - 1998.- № 3. -С. 58- 62.
4. Салганик Р. М., Коган А. С., Семенова Л. А. и др. Пролонгированный протеолиз иммобилизованными бактериальными протеазами и его применение в гнойной хирургии.// XXXI Всесоюз. съезд хирургов: Тез. докладов. -Ташкент. -1986. - С.197-198.
5. Сологуб В. К., Червенков И., Выгленова Е. И. Энзиматический гидролиз ожогового струпа. // Хирургия. -1983. -№3.- С. 110-112
6. Толстых П. И., Марденов А. Б., Осанов М. М. и др. Лечение ожоговых ран у детей иммобилизованным ферментом коллитоном и низкоэнергетическим лазером в инфракрасном спектре. // V Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тез. докл. и сообщ. -Ташкент. - 1991. - Ч.2. - С. 223-224.
7. Турсунов Б. С., Макарьин В. Е. Применение иммобилизованного коллитина при лечении ожоговых ран. // Мед. журнал Узбекистана. - 1993. №2. -С. 53-55.
8. Турсунов Б. С., Макарьин В. Е., Аминов У. Х. Использование салфеток «Колетекс»при лечении ожогов. // Мед. журнал Узбекистана. - 1997. - №3. -С.73
9. Ханин А. Г., Суховеров А. С. Лечение гнойных ран коллагеном с иммобилизованным гентамицином. // Хирургия. - 1997, - 6. -С. 44-46.
10. Яругский Е. Е. Термические ожоги - Ташкент: Медицина, 1987, 152 с.
11. Brennan S. S., Leaper D. J. The search for an ideal wound dressing. // Bristol Medico-Surgical Journal. - 1984. - Vol. 5. - №.3. - P. 77-79
12. Chang T. M. Medical applications of immobilized proteins, enzymes and cells. // Methods Enzymol. - 1988. - Vol.137. - P. 444-457
13. Harden B. et al. Immobilization of proteolytic enzymes.// Biochem. Soc. Trans. -1990. - Vol. 18. - № 2. - P. 314-315.
14. Robertson C. et al. ABC of major trauma. Management of severe burns. // Brit. Med. J. - 1990. - Vol. 301. - № 6746. - P. 282-286.
15. Watanabe S. et al. Applications of immobilized enzymes for biomaterials used in surgery. // Methods Enzymol. - 1988. - Vol. 137. - P. 545-551.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Ш.Х.Ачилов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСТОМИИ С ПРОГРАММНОЙ САНАЦИЕЙ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

(ЦВГ МО РУ)

В настоящее время установлено, что бурное течение распространенного перитонита обуславливает особую тяжесть в состоянии больных и сопровождается высокой летальностью, достигающей 50-70%.

Несмотря на применение различных способов оперативного вмешательства с санацией брюшной полости во время операции и послеоперационном периоде у больных с распространенными формами перитонита в 4,9-6,1% случаев приходится прибегать к релапаротомии. Во время операции ликвидировать источник перитонита не всегда представляется возможным из-за возникающих трудностей, вызванных деструктивными процессами в брюшной полости и нарушением взаимоотношений между органами. Даже самый тщательный интраоперационный лаваж не позволяет промыть все отделы брюшной полости.

Впервые Микулич при лечении перитонита предложил методику «открытого живота», которая в последующем не получила широкого распространения. Известный хирург - гинеколог Жан Луи Фор более 100 лет назад применил открытое лечение перитонита в гинекологии. Первая лапаростомия была выполнена Н.С.Макохой (1967). Начиная с середины 70-х годов, в зарубежной литературе стали появляться сообщения о лапаростомии или эвисцирации - открытом способе лечения перитонита.

Под словом лапаростомия следует понимать открытое ведение брюшной полости, а метод, связанный с временным ее закрытием и предусматривающий необходимость систематической ревизии, целесообразно именовать программированной и управляемой релапаротомией. По данным зарубежных авторов из 118 больных, лечившихся методом лапаростомии, выжили более 50%. Это существенный прогресс, если принимать во внимание, что все эти больные по критериям тяжести перитонитов были инкурабельны.

Результаты применения лапаростомии при лечении перитонита оказались обнадеживающими. Лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита, по нашим данным, раскрывает широкие возможности поиска перспективных направлений в

снижении послеоперационных осложнений и летальности. Нами, для временного закрытия брюшной полости, были применены «молнии-застежки».

Сущность метода заключалась в следующем, широкой лапаротомии или релапаротомии края кожи подшивают узловыми швами к краям париетальной брюшины. Затем после ликвидации источника перитонита производили тщательное промывание брюшной полости растворами антисептик, антибиотика, дренировали подпеченочное, поддиафрагмальное пространство и малый таз. Предстерилизационную обработку «молнии-застежки» длиной 25-30 см осуществляли ручным способом и постоянное хранение осуществляли в растворе 0,5% хлоргексидина.

Для фиксации «молнию-застежку» полностью разъединяли, и обе части вшивали поочередно. Фиксацию разъёмных частей производили по всей длине. При этом стремились к тому, чтобы зубчатые края молнии находились на одном уровне. После фиксации отдельных частей «молнии-застежки» на петли кишечника укладывали перфорированный целофановый материал, над ним укладывали марлевые салфетки смоченные водорастворимой мазью или раствором фурациллина, чтобы исключить слипание раны и органов брюшной полости при соединении молнии, а также с целью профилактики механического повреждения замком «молнии» органов брюшной полости.

В последующем до купирования явлений перитонита производили программную санацию. Первую программную санацию производили через 24 часа, а в последующем, дальнейшую санацию программировали по течению процесса.

После введения больного в наркоз хирург производит обработку операционного поля и раскрывает «молнию-застежку», производит обработку раствором антисептика и ревизию краев раны, осторожно разделяет рыхлые сращения между краями рассеченной париетальной брюшины и прилежащей марлевой салфеткой, а затем последнюю также отделяют от прилежащих петель кишечника и большого сальника. Производится ревизия брюшной полости и промыв-

вается раствором антисептика с антибиотиками широкого спектра действия.

Во время санации брюшной полости особое внимание уделяется поддиафрагмальному, подпеченочному, Дугласовому пространству и межпетлевым участкам живота. Выполнение санации брюшной полости заканчивалось введением новокаина в брыжейку кишечника, после чего укладывали большой сальник по всей брюшной полости ограничивая им свободную брюшную полость от раны передней брюшной стенки. В брюшную полость устанавливали перфорированный целлофан с марлевыми салфетками и закрывали «молнию-застежку».

Нами произведено обследование 84 больных с распространенными формами перитонита, причинами которого послужили различные заболевания и травмы органов брюшной полости, у которых в комплексном лечении был применен метод лапаростомии.

Необходимо отметить, что непосредственная причина перитонита является одним из самых важных факторов, определяющих тяжесть течения, прогноз и особенности лечебной тактики. В таблице №1 представлено распределение больных в зависимости от причин вызвавших перитонит.

Основное заболевание (причина перитонита)

Таблица №1.

Основное заболевание (причина перитонита)	Количество больных	
	абс. число	%
Острая кишечная непроходимость	41	48,8
Травмы органов брюшной полости	11	13,0
Перфорация язвы желудка и 12 п.к.	4	4,8
Послеоперационный перитонит	27	32,2
Прочие	1	1,2
Итого	84	100,0

Основной причиной возникновения гнойного перитонита была острая кишечная непроходимость и деструктивный аппендицит у 41 больных (48,8%), что связано с поздней обращаемостью больных и поздней госпитализацией и оперативным вмешательством. Среди причин перитонита ведущее место занимает также послеоперационный перитонит - 27 больных (32,2%). Высокий удельный вес указанных больных в наших наблюдениях объясняется их поступлением из других лечебных учреждений.

Травматические повреждения органов брюшной полости явились причиной развитием перитонита у 11 больных (13,0%). У 4 больных (4,8%) распространенный перитонит вызван перфоративными язвами желудка и 12 перстной кишки. Прочие заболевания

послужили причиной перитонита у 1 (1,2%) больного.

Больные с послеоперационным перитонитом относятся к самой тяжелой категории и требуют применения всего арсенала современных методов лечения, детоксикации и антибактериальной терапии.

Состояние больных при поступлении расценивалось как крайне тяжелое у 61 (72,6%) больных.

Для больных поступивших в экстренном порядке характерна поздняя обращаемость за медицинской помощью.

В таблице №2 представлено распределение боль-

Стадия перитонита	Абс. число	%
Реактивная	4	4,8
Токсическая	59	70,2
Терминальная	21	25
Итого	84	100,0

ных в зависимости от стадии перитонита.

Таблица №2.

Умерло 27 (32,1%) больных, что обусловлено, в основном, тяжестью состояния этих больных. Наибольшая разница показателей летальности отмечена в группе больных, оперированных с послеоперационными перитонитами.

Опыт применения лапаростомии в комплексном лечении больных с распространенными формами гнойного перитонита убеждает, что развитие тех или иных послеоперационных осложнений зависит в основном от возможности активного влияния на источник воспаления.

ВЫВОДЫ

1. Лапаростомия с программной санацией брюшной полости решает серьезную проблему профилактики грозных осложнений и показана в ситуациях, когда организм больного не смотря на интенсивное лечение, не может справиться с тяжелой интоксикацией.

2. Применение лапаростомии с программной санацией в комплексном лечении больных с распространенными формами гнойного перитонита позволяет уменьшить проявления полиорганной недостаточности и сократить послеоперационную летальность.

3. Полученные данные позволяют считать, что метод лапаростомии с программной санацией брюшной полости является наиболее активным хирургическим пособием на современном этапе развития хирургии и методом выбора у наиболее тяжелой категории больных.

Ачилов Ш.Д.

Мурадов Б.Х.

**Использование способа "Открытой лапароскопии"
через минилапараторный доступ при
желчнокаменной болезни.**

*Центральный военный госпиталь
Министерства Обороны РУз*

Развитие науки и техники превратило лапароскопические вмешательства в один из важнейших разделов абдоминальной хирургии. В то же время, первоначальный вариант техники лапароскопии, предложенный Д.О. Оттом, через небольшую открытую рану остался вне пристального внимания хирургов.

Минилапаротомия известна достаточно давно, при этом через такой разрез можно осмотреть прилежащие органы брюшной полости, захватить и извлечь некоторые из них в рану. В большинстве случаев основной оперативный приём выполняют после извлечения оперируемого органа в минилапаротомный разрез. Некоторые простые операции выполняются в стесненных условиях в глубине раны.

Нами, с 1995 года был начат работа по изучению условий оперирования в глубине раны, в брюшной полости из небольшого открытого лапаротомного разреза, края которого не смыкались, но длина препятствовала введению пальцев рук хирурга в брюшную полость.

Принципиально, это вид доступа представлял более широкие возможности, чем прокол, можно было использовать более простые и объемные инструменты, возрастала свобода манипулирования и зона манипулирования могла быть видна прямо через открытую рану. При этом объем травмируемых тканей оставался очень небольшим.

В комплект инструментов для данного способа оперирования входит специальный ранорасширитель с набором смежных зеркал разной длины который имеет систему освещения операционной зоны. Кроме того, в комплект входит ряд инструментов (зажимы, пинцеты, ножницы, диссектор и др.), особенностью которых являются их обычная шарнирная конструкция и наличие изгиба в соответствии с изгибом оси операционного действия.

Общее обследование больных перед "открытой лапароскопией" через минилапаротомный доступ мало отличалось от общепринятого, проводились общеклинические исследования с применением эндоскопии, УЗИ, КТ-исследования и других методов для уточнения диагноза. Подготовка больных проводилась по общепринятой методике. Оперативные вмешательства выполняли в обычной операционной, оснащенной с учётом требований, предъявляемых к обычной лапароскопии.

В правом подреберье выполняли послойный трансректальный разрез длиной 3-4 см. С помощью

ранорасширителя и набора зеркал раздвигали и формировали свободное пространство в виде усеченного конуса в подпеченочной области. Основанием пространства была гепатодуоденальная связка, задняя париетальная брюшина и передняя поверхность печени, желудок и мезоколон, раздвинутые лопатками ранорасширителя. Затем выделяли и идентифицировали общий печеночный, общий желчный, пузырный проток и пузырную артерию. При необходимости выполняли интраоперационную холангиографию через пузырный проток. После уточнения состояния протока раздельно перевязывали на расстоянии палочкой "Виноградова" пузырный проток и пузырную артерию. Холицистоэктомию выполняли "от шейки" или "комбинированным" способом только электрокогулятором.

В случае выявления признаков поражения протоковой системы, стенку общего желчного протока фиксировали двумя держалками и выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Камни удаляли с помощью изогнутых шипцов и операцию завершали наружным дренированием гепатикохоледоха.

"Открытая лапароскопия" из минидоступа на внепечёночных желчных путях выполнена нами у 87 больных. Первую группу составили 64 больных с неосложненным хроническим холециститом. В группе преобладали пациенты молодого и зрелого возраста. В случае интраоперационного выявления патологии протоков операцию завершали традиционным способом.

Во второй группе (23 больных) преобладали пациенты с осложненными формами желчнокаменной болезни, когда острые и хронические изменения в желчном пузыре сочетались с изменениями в окружающих органах и тканях, т.е. с холедохолитиазом, холангитом или механической желтухой.

Операции на протоках начинались с супрадуоденальной холедохотомии. У 4 пациентов были обнаружены и удалены конкременты. Вмешательство на протоках заканчивали их наружным дренированием. Течение послеоперационного периода у этих больных практически не отличались такового при лапароскопических операциях. К концу первых суток больным разрешалось вставать с постели, а со вторых переводили на активный режим и разрешали диетпитание.

Послеоперационные осложнения со стороны раны брюшной стенки (лигатурный свищ) имели место у двух (2,2 %) больных.

Таким образом, "открытая лапароскопия" - мини-

лапаротомным доступом, по сравнению с лапароскопическим вмешательством, создает более широкие возможности манипулирования под визуальным контролем через открытую рану. При этом, объем травмируемых тканей резко уменьшается и результаты клинического применения операций в лечении больных различными формами ЖКБ (хронический калькулезный холецистит, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит и другие) подтверждают его малотравматичность и свидетельствуют о широких возможностях применения в общехирургических стационарах.

*Ф.Ш. Бахритдинов,
Н.У. Шарапов,
Б.П. Хамидов,
М.Т. Махамеджанов,
Ш.М. Камилов,
В.В. Илюхин,
Ш.Ш. Исамухамедов.*

В лечении ИБС все большее место занимают эндоваскулярные способы реваскуляризации миокарда.

Эти методы хирургического вмешательства имеют ряд преимуществ перед операциями коронарного шунтирования в отношении определенной категории больных. Это больные со стенозирующими поражениями одного или двух коронарных артерий.

Возможность применения ангиопластики у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые могут быть противопоказаниями к АКШ, относительная безопасность и малотравматичность, и то что эти операции не требуют больших экономических затрат ставят их на один уровень с операциями АКШ. О высокой эффективности этих операций говорит и то, что только в США в год выполняется до 380 000 коронарных ангиопластик (1).

В отделении хирургии сосудов НЦХ им. академика В.Вахидова МЗ РУз имеется первый опыт транслюминальной ангиопластики коронарных артерий у 5 больных. Средний возраст больных составил 54 года. Мужчин было 4, женщин 1. Все больные страдали стенокардией напряжения ФК III (NYNA). Двое больных ранее перенесли острый инфаркт миокарда, двое страдали НК I ст. и II ст.

У всех больных сопутствующей патологией была артериальная гипертензия, у одного больного цирроз печени, у 2 - нефролитиаз, у 2- хронический гепатохолецистит и у 1 больного приобретенный порок сердца.

Все больные прошли как рутинные, так и специальные методы исследования. ЭКГ в покое не выявила признаков ишемии миокарда у всех больных. Нагрузочные пробы (ВЭМ) показали возникновение ишемии миокарда у 2 больных, у 1 больного проба была прекращена из за болей в нижней конечности; а 2 больным ВЭМ не проводилась из за наличия у них НК. На эхокардиографии (Эхо КГ) средний показатель фракции изгнания (ФИ) составил 52%. На ко-

ВЫВОДЫ:

1. Метод "Открытая лапароскопия" - минилапаротомным доступом является самостоятельным видом хирургической операции на внепеченочных желчных путях.

2. "Открытая лапароскопия" - минилапаротомным доступом является малотравматичным и приводит к хорошему, в косметическом и в психологическом отношении, результатам.

3. Применение данного метода сокращает сроки реабилитации больных по сравнению с операцией из лапаротомного доступа в более чем в 2 раза.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС.

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

роновентрикулографии (КВГ) однососудистое поражение было обнаружено у 3 больных, во всех случаях огибающая артерия (ОА), причем у одного больного имело место двухэтажное поражение. У двух больных было обнаружено поражение 2 артерий, у одного ствола левой коронарной (ЛКА) и передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), а у другого ПМЖА и правой коронарной артерии (ПКА).

Транслюминальная ангиопластика была выполнена на аппарате фирмы Philips «Integris NM - 3000».

Приводим пример: Б-й Т. N 3912. Возраст-46.

Д-з: И.Б.С. Стенокардия напряжения ФК-III Гипертоническая болезнь II ст. Хронический бронхит. Хронический гастрит. МКБ. Нефролитиаз слева. Хр. б/к холецистит.

Жалобы: на периодические боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при физической нагрузке или после курения.

ЭКГ от 21.09.98 Ритм синусовый. ЧСС 80-92 в мин. Единичные желудочковые экстрасистолы. Выраженные Диффузные изменения в миокарде. Рубцовые изменения передне-перегородочной области левого желудочка.

ЭХО КГ С.Разм ЛЖ 4,4: С.V ЛЖ-88: Д.Разм. ЛЖ-6,1: Д.V ЛЖ-187: Уд V-99 - 94: Fi-53-54%. Расширение полости левого желудочка.

УЗИ. 25.09.98г. Правая почка 11,6х5,0 см. ТПП-1,7, ЧЛС 2,3

Левая почка 11,0х6,0 см. ТПП-1,7, ЧЛС 2,4 ЭГДФС от 24.09.98 г. Зернистый субатрофический гастрит. Умеренный дуодено-гастральный рефлюкс желчи.

ОПЕРАЦИЯ 29.09.98 Ангиопластика ОА.

Под местной анестезией раствором лидокаина 1%-10,0, мандрен размером 8 френч был введен в правую бедренную артерию с последующим введением 10 тыс. Ед. гепарина. В левую коронарную артерию введен проводник с катетером 8 френч JL 4. Болюсная ангиография установлен стеноз на 80% в с/з огибаю-

шей артерии (Рис. №1). В последующем на протяжении 30 мм определяется диффузный стеноз на 30 %.

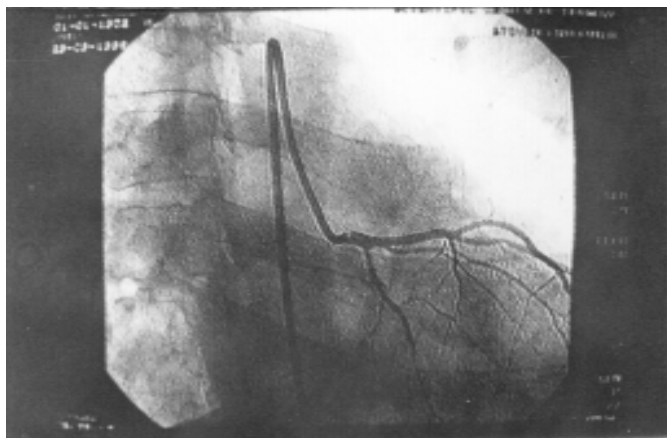


Рис. №1. Стеноз огибающей артерии.

Проводник 0,014 был проведен за участок стеноза. Стеноз был дилиатирован 3 раза с 1 минутными раздуваниями баллона. Удалось снизить стеноз с 80% до 30% (Рис. №2). В дистальную часть артерии пройти не удалось. На этом уровне диаметр сосуда 2,5 мм. Удалены катетер и мандрен.

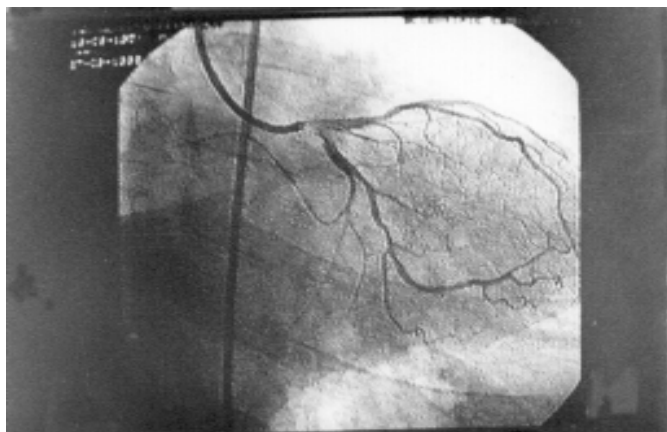


Рис. №2. Состояние после дилатации стеноза огибающей артерии.

Двоим больным со стенозами ОА была выполнена баллонная дилатация. Одному больному с 2-х этажным стенозом ОА было выполнено стентирование (Рис. №3 и №4). У 2-х больных с поражением 2-х артерий

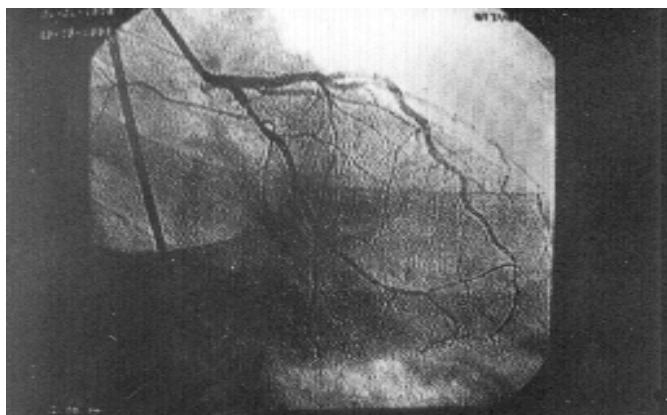


Рис. №3. Стеноз огибающей артерии.

была выполнена баллонная дилатация одной и стентирование другой артерии. Стент - это механическое устройство предназначенное для закрепления просвета коронарной артерии после баллонной дилатации пу-

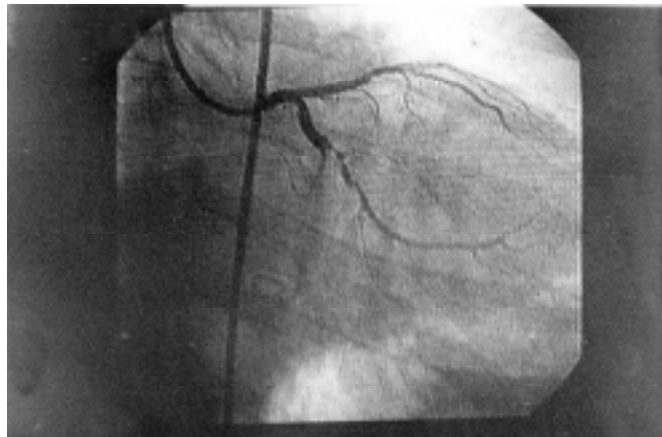


Рис. №4. Состояние после стентирования огибающей артерии.

тем прижатия фрагментов эндотелия к поверхности интиму и армировании просвета сосуда. Таким образом достигается не только улучшение геометрии, но и увеличивается линейная скорость кровотока, исчезает турбулентность, что способствует снижению появления пристеночного или окклюзионного тромба на поверхности дилиатированной бляшки (2,4,5,6). Противопоказанием к имплантации стента является диаметр сосуда менее 2 мм.

Во время операции осложнений не было. Послеоперационный период протекал гладко. У всех больных исчезли боли в области сердца, частота приступов болей и количество принимаемых нитратов резко сократились.

На контрольной ЭХО КГ ФИ в среднем повысилась на 8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абугов С.А., Саакян Ю.М., Пурецкий М.И., Давыдов С.А.. Эффективность баллонной коронарной ангиопластики у больных ишемической болезнью сердца при многососудистом поражении коронарного русла //Аналы НИЦХ РАМН. 1996. С. 145-161.
2. Cowley M.J., Dorros G., Kelsey S.F. et al. Acute coronary events associated with percutaneous transluminal coronary angioplasty.// Am J Cardiology, 1984, 53, 12; 12 C-16C.
3. Ellis S.G., Roubin G.S., King S.B. et al. Angiographic and clinical predictors of acute closure after native vessel coronary angioplasty.// Am J Cardiol, 1989, 63, 30-34.
4. Macaya C., Millar H., Fionci L. Stenting for elastic recoil during PTCA of the main LCA.//Am J Cardiol, 1992, 70, 1; 105-107.
5. Macander P.J., Agrawal S.K., Roubin G.S. The Gianturco-Roubin balloon-expandable intracoronary flexible coil stent.// J Int Cardiology, 1991, 3, 2; 85-94.
6. Roubin G.S., Cannon A.D., Agrawal S.K., Macander P.J., Dean L.S. Intracoronary stenting for acute and threatened closure complicating percutaneous transluminal coronary angioplasty.// Circulation, 1985, 71; 280-288.

Нуритдинов Н.И.,
Саидов Д.Р.,
Ломакин Т.П.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ.

Центральный Военный госпиталь
Министерства Обороны РУз

За годы прошедшие после окончания второй мировой войны в состоянии средств вооружённой борьбы произошли коренные качественные изменения, которые связаны, прежде всего, с разработкой и внедрением в армиях крупнейших государств новых видов оружия и боевой техники. В связи с чем, существенно изменилось огнестрельное оружие, улучшились баллистические свойства взрывчатых веществ, возросла скорострельность и дальность стрельбы.

Повреждения живота и таза составляют наиболее сложный раздел военно-полевой хирургии, что показал нам опыт наблюдения пострадавших в полевой обстановке в Афганистане.

В литературе вопросу о ранениях мочевых путей не удалено достаточного внимания. О них не упоминается даже в монографиях и руководствах по неотложной хирургии. В отдельных работах либо не указывается количество больных, либо приведены единичные примеры.

При этом, трудно найти чёткие установки о том, при какой травме почку следует удалять, а когда возможна органосохраняющая операция, недостаточно обоснован целесообразность органосохраняющих операций при обширных, глубоких, поперечных разрывах почки, проникающих в чашечно-лоханочную систему, а так же при подобных ранениях почки.

В данном сообщении используются результаты лечения 107 раненных, поступивших с 1980 года по настоящее время в урологическое отделение ЦВГ МО РУз.

По нашим данным ранения мочевой системы чаще всего сочетается с повреждениями органов брюшной полости. Так, из 107 раненных у 94, (87,8%) случаев, кроме повреждения мочевой системы констатированы ранения других органов брюшной полости. Следует отметить значительную частоту ранений почек (58 из 107) по сравнению с мочеточниками и мочевым пузырем. Данные о частоте сочетанных ранений мочевой системы представлены в таблице №1.

Распределение раненных по частоте ранений.

Таблица №1

Характер ранений	Изолированное	Сочетанное	ВСЕГО	
			Абс	%
Почки	11	47	58	54,2
Мочевой пузырь	2	41	43	40,1
Мочеточник		6	6	5,7
ИТОГО	13	94	107	100,0

По характеру ранящего оружия пулевые повреж-

дения в 2 раза (71 против 36) преобладали над осколочными, что связано с полевой обстановкой в Афганистане, где ранения наносились главным образом с дальней дистанции.

Оперативное вмешательство при проникающих ранениях живота с повреждением почки производилось в основном обычными лапаротомными доступами, так как при ранениях почек и мочевого пузыря чаще всего повреждаются расположенные по соседству органы брюшной полости.

Типичные почечные доступы производились только в тех случаях, когда клиническая картина и проекция раневого канала свидетельствовали о тяжелых разрушениях почки и не было основания предполагать наличия повреждений органов брюшной полости. При необходимости ревизии брюшной полости в этих условиях выполняли вскрытием брюшины из почечного разреза.

При проникающих ранениях живота, сопровождающихся одновременными ранениями мочевого пузыря, в основном применяли ниже-срединный разрез. Необходимо указать, что при ранениях мочевой системы в процессе вмешательства к основному разрезу, по необходимости, присоединяли поясничный или другие разрезы.

Вопрос об ушивании почки или ее удалении нами решался в зависимости от характера ранения и повреждения паренхимы. При поверхностных неглубоких повреждениях без нарушения целостности почечной лоханки производили ушивание органа, а при сочетанных повреждениях органов брюшной полости и обширных глубоких поперечных разрывах почки с разрушением чашечно-лоханочной системы выполняли нефрэктомия.

Характер и частота оперативных вмешательств при ранениях почек в зависимости от характера ранения представлены в таблице №2.

Распределение раненных по характеру произведённых операций.

Таблица №2

Характер ранения	Удаление	Ушивание	Резекция	Тампонирувание	ВСЕГО
Изолированные	11	9	3	1	24
Сочетанные	27	4	1	2	34
ИТОГО	38	13	4	3	58

Приведенные данные показывают, что самым частым оперативным вмешательством при ранении почки была нефрэктомия (38 из 58). У 20 раненных из 58 были применены органосохраняющие операции, на-

ложение швов на поверхностных раны капсулы и паренхимы почки (13), резекция полюса почки (4) и подведение марлевых тампонов (3) к месту повреждения органа.

Основным видом оперативного вмешательства при сочетанных ранениях мочевого пузыря было ушивание раны с последующей цистостомией, при этом немаловажным явилось отношение раны к брюшной полости. Из 24 раненых с внутрибрюшным ранением мочевого пузыря у 9 рана ушита глухим швом, а у остальных 15 с сочетанными повреждениями с ушиванием раны наложена цистостома.

Хирургическая тактика при ранениях внебрюшного отдела мочевого пузыря заключается в тщательной экономной обработке раны, ушивании ее с обязательной эпицистомией и введением катетера. Операция во всех 19 случаях заканчивалась дренированием околопузырной клетчатки.

Огнестрельные повреждения мочеточника считаются редкой патологией. Из 6 раненых с повреждением мочеточника у 4 ранение было обнаружено во время ПХО, им произведен циркулярный анастомоз, или при краевом повреждении, наложены швы на рану. В 2 случаях с поздней диагностикой на фоне развившегося перитонита и мочевого флегмоны произведена нефрэктомия.

Сравнительные исходы ранений мочевой системы оказываются наиболее тяжелыми при сочетанных ранениях брюшной полости. Основными причинами

смерти раненных с повреждением мочевой системы и органов брюшной полости были перитонит и шок с кровопотерей. Так, из 107 раненных с сочетанными повреждениями, 22 (21,5%) погибли в первые сутки после операции. При этом, характер повреждений мочевой системы при сочетанных с органами брюшной полости ранениях несомненно оказывал влияние на исход лечения. Так, самая высокая летальность была при нефрэктомиях.

Таким образом, тяжесть проникающих ранений живота с повреждением мочевой системы объясняется не столько тяжелыми повреждениями самой мочевой системы, сколько тяжелыми ранениями других органов брюшной полости.

ВЫВОДЫ:

1. При ранениях мочевой системы в подавляющем большинстве случаев выявляются повреждения почек, сочетающиеся с повреждениями органов брюшной полости.

2. При сочетанных повреждениях мочевой системы и органов брюшной полости необходимо в основном, пользоваться трансперитониальными доступами, что менее травматично и уменьшает продолжительность операции.

3. При поверхностных, неглубоких повреждениях без нарушения целостности почечной лоханки показаны органосохраняющие методы оперативных вмешательств.

Ойматов М.Х.,

Джураев М.Д.

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.

Институт Онкологии и радиологии АН РУз
(Директор - Муратходжаев Н.К.)

М.Х.Ойматов, М.Д.Джураев

Ошқозон ости безининг маҳаллий тарқалган оғриқли синдромига чалинган беморларни нур терапиясининг бевосита ва яқин натижалари.

Ушбу мақола ошқозон ости безида маҳаллий тарқалган саратон кўринишидаги оғриқли синдромга чалинган 42 нафар беморларни нур терапиясининг самарасини ўрганишга бағишланган. Беморлар оғриқли синдромининг интенсивлигига қараб 3 гуруҳга шартли равишда ажратилди: 1-даражали интенсив оғриқ синдромига чалинган 19(45,3%) бемор кўзатилди; 2-даражали – 14(33,3%) бемор ва 3-даражали 9(21,4%) бемор. Нурли терапияни 1-даражали интенсив оғриқли синдромга чалинган 15(78,9%) беморда оғриқ бутунлай йўқолгани кўзатилди, 4(21,1%) беморда талайгина оғриқ камайгани кўзатилди. 2-даражали интенсивликка чалинган 7(50%) беморда оғриқ бутунлай йўқолди, 4(28,6%) беморда талайгина оғриқ камайгани, 3(21,4%) беморда эса самара кўзатилмади. 3-даражали интенсивликка чалинган беморларда оғриқнинг бутунлай йўқолиши кўзатилмади, 7(77,8%) беморда оғриқли синдромнинг талайгина камайганлиги кўзатилди, 2(22,2%) беморда натижа бўлмади. Муаллифлар шундай хўлосага келишдики, нур терапиясини ошқозон ости безида маҳаллий тарқалган саратонда қўллаш натижасида оғриқли синдром 52,4% беморларда бутунлай йўқолди ва 35,7% беморларда талайгина камайди.

M. H. Oymatov., M. D. Djuraev.

Direct and short distance resultation X-Ray therapies of patients with wide-spread cancer pancreas of painful syndroms.

This article devoted to learn effects X-Ray therapy of 42 patients of wide-spread cancer pancreas with painful syndrome. The patients with painful syndroms for intensive degree distributed to three groups: the first group intensive painful syndroms observed of 19 (45,3%) patients, second groups 14 (33,3%) patients and third groups 9(21,4%) patients after courses X-Ray therapy absolute disappeared intensive painful syndroms of 15(78,9%) patients, the painful syndroms mean decreasing of 4(21,1%) patients; the second group the pain absolute disappearing of 7 (50%) patients with intensive painful syndroms, painful syndroms mean decreasing of 4(28,6%) patients. An 3(21,4%) patients no, had not got effects; the third groups the intensive pain had not absolute disappeared, painful syndrom mean decrease about 7(77,8%) patients, and 2(22,2%) patients had not got effects. Authors comes to conclusion, that to use X-Ray therapy of wide-spread cancer pancreas allowed absolute disappearing painful syndroms of 52,4% patients and painful syndrom mean decreasing of 35,7% patients/.

По статистическим данным Института онкологии и радиологии АН РУз за последние 3 года в республике рак поджелудочной железы в структуре онколо-

гической заболеваемости среди органов пищеварения занимает 4-ое место.

Рак поджелудочной железы характеризуется быс-

тым течением, метастазированием в регионарные лимфатические узлы, внутренние органы, высокой степенью инвазивности и отличается резистентностью к проводимому противоопухолевому лечению [1, 2, 3, 4].

В клинике рака поджелудочной железы наряду со слабостью, похуданием, диагностическими явлениями, признаками механической желтухи при вовлечении общего желчного протока в опухолевый процесс, особое место занимает болевой синдром. Это в первую очередь связано с анатомо-топографическим расположением поджелудочной железы и солнечного сплетения по соседству, а также морфологическим изменением поджелудочной железы.

В высказывании Б.В. Петровского “Никаким материальным эквивалентом нельзя оценить физическое страдание больного от болей, морального мучения родственников больного в терминальной стадии онкологического заболевания” примером является рак поджелудочной железы.

В связи с этим изучения эффективности лучевой

терапии проведен анализ результатов лечения 42 больных с местнораспространенной формой рака поджелудочной железы сопровождающихся болевым синдромом, находившихся в Институте онкологии и радиологии АН РУз с 1986 по 1998 гг.

Мужчин было 30 (71,4%), женщин 12 (28,6%). Возраст больных колебался от 40 до 70 лет. Локализация опухоли в головке поджелудочной железы отмечена у 32 (76,2%) больных, в теле у 10 (23,8%).

С целью диагностики и степени распространенности рака поджелудочной железы кроме клинко-лабораторных методов были использованы ультразвуковое исследование, рентгеноскопия желудка и дуоденография, эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическая ретро-градная панкреатохолангиография и др.

Морфологическая верификация диагноза проведена у 18 (42, 9%) из 42 больных. Во всех случаях выявлена адекарцинома различной дифференцировки. По степени интенсивности болевого синдрома больные нами условно распределены на 3 группы по классификации Халилова Ш. Х. (1986) [5].

Распределение больных в зависимости от характера и степени интенсивности болевого синдрома.

Таблица 1

Степень интенсивности болевого синдрома	Количество больных	
		в области эпигастр
1-степень	19 (45,3%)	7 (36,8%)
2-степень	14 (33,3%)	5 (35,7%)
3-степень	9 (21,4%)	6 (66,7%)
Всего	42 (100%)	18 (42,9%)

Примечание: 1-степень: боли снимающиеся одной инъекцией наркотического препарата в сутки; 2-степень: требуется 2-3 инъекцией наркотического препарата в сутки; 3-степень: требуется более 3-х инъекцией наркотического препарата в сутки.

Из представленной таблицы 1 видно, что наиболее частой локализацией боли является эпигастральная область, нередко с иррадиацией в спину у 33 (78,6%) из 42 больных. Отмечается преобладанием болей 1 степени интенсивности у 19 (45,3%) из 42 больных, 2 степени интенсивности у 14 (33,3%), 3 степени - у 9 (21,4%).

Больным раком поджелудочной железы осложненной механической желтухой были произведены различные дренирующие операции, из них 2(26,2%) больным установлен чреспилллярный постоянный, скрытый дренаж в холедох, 15(35,7%) - наложен холецистоюноанастомоз, 2(4,7%) - холецистостомия, 4(9,5%) - чрескожно-чреспеченочная холангиостомия.

Лучевая терапия проводилась на гамма-терапевтическом аппарате “Рокус-М” в подвижном режиме, общепринятой методикой 2-х встречных полей, разовой дозой 2,2 Гр в 2 этапа. Суммарная очаговая доза составила 60 Гр с 2-х недельными перерывами в середине лечения.

В процессе лечения наблюдались осложнения в виде появления жидкого стула у 17(40,5%) больных, потери аппетита у 15(35,7%), тошноты у 13(30,9%), рвоты у 11(26,2%), лейкопении у 7(16,6%).

В наших наблюдениях после лучевой терапии у больных с 1 степенью интенсивности болевого синдрома полное исчезновение боли отмечено у 15(78,9%) из 19 больных, значительное уменьшение у 4(21,1%). При 2 степени интенсивности болевого синдрома у 7(50%) больных отмечено исчезновение болей, у 4(28,6%) значительное уменьшение, а у 3(21,4%) больных уменьшение болевого синдрома после лучевой терапии не отмечено. У больных с болевым синдромом 3 степени полное исчезновение болей ни в одном случае не наблюдалось, однако значительное уменьшение болевого синдрома отмечено у 7(77,8%) больных, только у 2(22,2%) больных эффективность от лечения не была отмечено и боли оставались на прежнем уровне. Эффективность после лучевой терапии представлена в табл. 2.

Динамика уменьшения степени интенсивности болевого синдрома при местнораспространенной форме рака поджелудочной железы до и после лечения.*Таблица 2*

Степень болевого синдрома	До лечения	
		Полное исчезновение
1-степень	19	15 (78,9%)
2-степень	14	7 (50%)
3-степень	9	-
Всего	42	22 (52,4%)

Другими критериями оценки эффективности лечения являлось улучшение общего состояния больных, которое оценено по шкале Корновского. Непосредственные результаты лучевой терапии оценено по шкале Корновского, у 29(69,1%) из 42 больных отмечено значительное улучшение общего состояния в виде уменьшения симптомов интоксикации болевого и интенсивности болевого синдрома.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что применение лучевой терапии у больных с нерезектабельными формами рака поджелудочной железы позволяет устранить интенсивность болевого синдрома только в 52,4% случаях, а значительное уменьшение у 35,7% больных.

По шкале Корновского улучшение качества жизни после лучевой терапии достигает от 32,2% до 69,1% случаев. Следует указать о необходимости продолжения поиска комбинированного лечения лучевой терапией с целью повышения эффективности при местнораспространенной форме рака поджелудочной железы сопровождающейся болевым синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н. и соавт. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. М. Медицина. 1982. — 270 с.
2. Барканов А. И., Холиков Т. Комбинированное и лучевое лечение рака поджелудочной железы.- Ташкент . 1995.-224 с. (Библиотека практического врача).
3. Суколинский В.И., Лобинский Р.А. Результаты химиолучевого лечения местнораспространенного (неоперабельного) рака поджелудочной железы //Мед. Радиология и радиационная безопасность. — 1998. - № 1. — С. 55-57
4. Эндер Л.А., Агуреев А.И. и соавт. Паллиативные операции при раке поджелудочной железы.//Вопросы онкологии. — 1992.-№1-3. —С. 94-97.
5. Халилов Ш.А. Непосредственные и ближайшие результаты криовоздействия при раке желудка. Дисс. На соискание к.м.н. Ташкент-1986.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

**АЧИЛОВ Ш.Ж,
МЕЛЬНИК И.В.**

**СЛУЧАИ СЛОЖНОЙ МИГРАЦИИ
ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖКТ**

*Центральный военный госпиталь
Министерства Обороны РУз*

Вопрос тактики при инородных телах желудочно-кишечного тракта до настоящего времени остается дискуссионным. Самым важным, но в то же время сложным и недостаточно ясным является вопрос о показаниях к хирургическому лечению. Одни авторы считают, что, если инородное тело не вызывает осложнений, то с операцией торопиться не следует и допустимо наблюдение в течении 2-4 недель. Другие полагают, что при инородных телах длиной более 5-7 см, целесообразно значительно активная тактика.

В литературе мы не нашли описания необычной миграции инородных тел. Приводим наши наблюдения, носящие казуистический характер. Двух таких больных мы оперировали за последний год.

Больной С., 21 год, заболел 20.01.99 г., когда появились: недомогание, колющие боли в области левого подреберья, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле. Из анамнеза выяснено: 12.01.99 год., по личной неосторожности пациент проглотил швейную иглу. Был госпитализирован в ЦВГ МО РУз.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Живот правильной формы, не вздут, в дыхании участвует равномерно. При пальпации отмечается умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и незначительная болезненность в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Свободного газа и жидкости в брюшной полости не определяется. При обзорной рентгенографии брюшной полости в левом подреберье выявлено инородное тело -швейная игла 29.01.1999г., больной был оперирован. При лапаротомии в правом подреберье на задне-диафрагмальной поверхности селезенки обнаружен выступающий на 0,5 см над паренхимой фрагмент швейной иглы. Игла удалена. Ее длина 3 см. При ревизии желудка и кишечника перфоративное

отверстие не обнаружено. После операции период протекал без осложнений.

Больной А., 20 лет, поступил в хирургическое отделение ЦВГ МО РУз 16.02.99 г., с жалобами на боли в области правого подреберья, иррадиирующие в поясничную область справа, общую слабость, повышение температуры тела. Со слов больного 13.02.1999 г., проглотил 2 гвоздя длиной до 100 мм.

При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. Живот правильной формы, не вздут, в дыхании участвует равномерно. При пальпации отмечается болезненность и умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастральной области и в правом подреберье. Положительный симптом Пастернацкого справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Свободной жидкости и газа в брюшной полости не определяется. При обзорной рентгенографии брюшной полости в области ДПК определяются инородные тела. После подготовки 16.02.1999г., верхне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии органов брюшной полости установлено: к воротам печени интимно припаяна ДПК. При пальпации этой области в забрюшинном пространстве обнаружено уплотнение в виде тяжа. ДПК мобилизована, при этом выявлен гвоздь, размером 100 мм., который перфорировал ДПК в области перехода нисходящей части в ниже-горизонтальную. Гвоздь удален, место перфорации стенки ДПК ушиты двухрядным швом. Произведено дренирование забрюшинного пространства. Послеоперационный период спокойный. Выздоровление.

Приведенные наблюдения интересны тем, что инородные тела перфорировав желудочно-кишечный тракт не вызвали грозного осложнения — перитонита, а процесс ограничился местным воспалительным процессом.

**ГРАЧЕВ И.В.
АЧИЛОВ Ш.Д.**

**ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ
ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Центральный военный госпиталь
Министерства Обороны РУз*

Дивертикул Меккеля (ДМ) явление редкое в практике хирурга и встречается у 0,06-2,9 % больных оперируемых на органах брюшной полости, 32-50 % из которых не является причиной острого хирургического заболевания и обнаруживается при ревизии кишечника.

Не редко причиной ряда острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является ДМ, представляющий собой результат неправильного и незаконченного обратного развития эмбрионального кишечного - пупочного желточного протока. Обычно он свободно располагается в брюшной полости, иног-

да может быть соединен тяжем с передней брюшной стенкой или с одной из петель тонкой кишки. ДМ может быть причиной кишечной непроходимости (сдавление петли тонкой кишки, ущемление дивертикула в паховом канале, инвагинация, заворот). По данным литературы в 1-2% всех случаев непроходимости кишечника обусловлено дивертикулом.

Трудности диагностики, а также неправильная тактика ведет к запоздалым операциям, что поддерживает довольно высокую летальность до 58 %. Приводим одно из наших наблюдений, когда ДМ, сохраняя врожденную связь с пупком, закручивая кишку вокруг себя, явился причиной острой тонкокишечной непроходимости.

Больной С. 19 лет заболел остро 08.05.1999 года после приема обильной пищи возникли схваткообразные боли вокруг пупка, вздутие живота, задержка газов и стула, неоднократная рвота. В динамике боли в животе нарастали, стали разлитыми. Доставлен в ЦВГ спустя 6 часов с диагнозом: острая кишечная непроходимость, перитонит. При осмотре состояние тяжелое. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, напряжен. Положительный симптом Щёткина-Блюмберга по всему животу. При пальпации определяется шум плеска, перкуторно — зоны притупления в отлогах местах. Аускультативно перистальтика кишечника

отсутствует. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости множественные уровни жидкости в тонкой кишке. Установлен диагноз: Острая кишечная непроходимость, разлитой перитонит. После краткосрочной предоперационной инфузионной подготовки больной оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено значительное количество серозно-геморрагического выпота. Петли тонкой кишки раздуты багрового цвета, в просвете большое количество жидкости. При ревизии на расстоянии 1 м. от илеоцекального угла находится ДМ 12х0,7 см. связанный тяжем с пупочным кольцом. Подвздошная кишка закручена два раза вокруг места фиксации дивертикула. Тонкая кишка жизнеспособна. Выполнена клиновидная резекция дивертикула с ушиванием стенки кишки двухрядными швами, трансазальная интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота. Санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период гладкий, заживление первичным натяжением.

В заключении следует отметить, что в случае обнаружения неизменного ДМ последний необходимо удалить клиновидной резекцией с ушиванием образовавшегося отверстия в кишке двухрядным швом, либо выполнить резекцию участка кишки вместе с дивертикулом.

*Ф.Г. Назыров,
А.С. Шанасыров,
Ф.А. Ильхамов,
Э.А. Торкин,
А.Х. Шарипов*

АППЕНДИКС В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ

(случай из практики)

*Центральная клиническая больница №1 МСО МЗ РУз,
(главный врач - А.С. Шанасыров).*

Бедренные грыжи, которые составляют 5-8% всех грыж живота, чаще, чем паховые, представляют трудности для диагностики, чаще ущемляются и имеют более коварное течение. Встречаются преимущественно у женщин во второй половине жизни. Абсолютное преобладание женщин объясняется тем, что у них более широкий таз, т.е. большая выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшая прочность паховой связки [2].

Здесь мы считаем излишним подробно приводить, общеизвестные данные по хирургической анатомии бедренных грыж. В процессе формирования бедренная грыжа проходит три стадии: 1) начальную, когда грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца. В этой стадии отмечаются коварные пристеночные (рихтеровские) ущемления; 2) неполную (канальную), когда грыжевое выпячивание не проникает в подкожную клетчатку, а находится вблизи сосудистого пучка. При этой форме грыжи поиски грыжевого мешка вызывают затруднения; 3) полную, когда грыжа проходит весь бедренный канал и выходит в подкожную клетчатку бедра [2].

Содержимым бедренных грыж обычно являются петли тонкой кишки и сальник. Реже в грыжевом

мешке справа встречается слепая кишка с червеобразным отростком, а слева - сигмовидная [1, 2]. Иногда в грыжу выходит мочевого пузыря. Изредка содержимым бедренной грыжи может быть яичник с придатком, а у мужчин - яичко [2].

Нам хочется поделиться нашим клиническим наблюдением.

Больная Д., 78 лет (история болезни «152/33») госпитализирована в хирургическое отделение 3 февраля 1999 года с диагнозом «Разушемившаяся правосторонняя бедренная грыжа».

Из анамнеза: грыженосительство в течение 1 года. Неоднократно отмечала явления ущемления. Последний раз значительное увеличение грыжевого выпячивания и боли в области него отмечала накануне поступления. Была осмотрена хирургом и направлена на оперативное лечение.

При поступлении состояние удовлетворительное. Со стороны легких и сердца без отклонения от возрастной нормы. Пульс 76 ударов в 1 минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезнен. Стул склонен к запорам, мочится свободно, дизурических явлений не отмечает.

Локально: ниже паховой складки справа имеется

мягко-эластической консистенции выпячивание размерами 3х1,5 см, легко вправимое в брюшную полость.

Больная обследована.

Анализ крови: Гемоглобин - 118 г/л, количество эритроцитов - 4,2 млн., цветной показатель - 0,9. СОЭ - 21 мм/час, лейкоцитов - 5700, палочкоядерных нейтрофилов - 2%, сегментоядерных - 57%, лимфоцитов - 37%, моноцитов - 1%, эозинофильных лейкоцитов - 2%. Анализ мочи, биохимические показатели крови без особенностей. ЭКГ: дистрофические изменения миокарда. Замедление внутрипредсердной проводимости, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Операция в плановом порядке под смешанным обезболиванием 6 февраля 1999 года.

Косым паховым разрезом, справа, обнажено грыжевое выпячивание, располагающееся ниже пупартовой связки. Грыжевой мешок 4х1,5 см, с плотноэластическим содержимым. Вскрыт паховый канал, и грыжевой мешок перемещен в паховый промежуток. По

вскрытии грыжевого мешка установлено, что содержимым его является червеобразный отросток, апикальной частью приращенный к дну грыжевого мешка. Аппендэктомия. Грыжесечение с пластикой бедренного канала по Руджи. Пластика пахового канала путем удвоения апоневроза наружной косой мышцы живота. Послойные швы на рану.

Патогистологическое исследование № 456/61 от 10.02.1999г.: хронический аппендицит в стадии обострения.

Послеоперационное течение без осложнений. Швы сняты через 7 суток, заживление первичным натяжением.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Н.В. Воскресенский, С.Л. Горелик. Хирургия грыж брюшной стенки. Изд. «Медицина», Москва, 1965г., 326 с.
2. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Грыжи брюшной стенки. Москва, «Медицина», 1990 г., 272 с.

Ш.А. Таджибаев.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕРДЕЧНОЙ СУМКИ ЭХИНОКОККОЗОМ.

Андижанский медицинский институт.

Прогрессирующее увеличение количество эхинококкоза и различных форм его осложнений, возможность невероятных сочетанных поражений, а также относительно неудовлетворительные результаты оперативного лечения обуславливают высокую актуальность данной проблемы. Ярким примером этого, на наш взгляд, служит случай сочетанного поражения эхинококкозом печени и сердечной сумки. Приводим пример:

Больная С. 32 лет, (и/б N6249/387), поступила в клинику 22/03-99г., с жалобами на периодические боли в правом подреберье, чувство тяжести, сердцебиение периодического характера, одышку, общую слабость. Из анамнеза: в 1993 и 1998 г.г. перенесла операции в районной больнице по поводу эхинококкоза печени, без тщательного обследования органов грудной клетки. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледной окраски, пониженного питания. Объективно: перкуторно определяется расширение границ сердца. Аускультативно: тоны сердца резко приглушены, в легких везикулярное дыхание. Живот обычной формы, в правом подреберье грубые послеоперационные рубцы, без признаков воспаления. Физиологические оправления не нарушены. В стационаре произведено:

1. Ядерно-магнитно-резонансная томография (Я.М.Р.). Заключение: - эхинококкоз сердечной сумки и правой доли печени.

2. Ультразвуковое исследование (У.З.И.). Вывод: - рецидивный эхинококкоз печени, эхинококкоз сердечной сумки.

3. Общеклинические лабораторное исследование. Общий анализ крови: Hg-91 г/л, эритроциты-3,5

х10¹²/л, ЦП-0,8, тромбоциты - 200 х10⁹/л, лейкоциты-5,5 х 10⁹/л, эозинофилы-3%, СОЭ-30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин-12,1 мкмоль/л, прямой-abs, непрямо-12,1 мкмоль/л, кальций-2,37 ммоль/л, калий-5,0 ммоль/л, натрий-198 ммоль/л, общий белок-84,6 г/л.

ЭКГ - синусовый ритм, диффузные изменения миокарда, гипертрофия левого желудочка.

После соответствующей подготовки, 26/03-99 года произведена операция (проф. Нишанов Ф.Н.). Под эндотрахеальным наркозом, окаймляющим разрезом иссечен старый послеоперационный рубец, лапаротомия. В верхнем этаже брюшной полости выраженный грубый спаечный процесс. Спайки острым и тупым путем разделены. При этом обнаружено, что в правой доле печени имеется рецидивная эхинококковая киста размерами 20-18-14 см., частично заполняющая правый боковой канал.

В левом куполе диафрагмы, на проекции сердца имеется подвижное выпячивание, движения которого синхронизировано с ритмом сердца. Произведено диафрагматомия над вздутием длиной до 6 см. При этом в диафрагматомной ране оказался истонченный перикард с взбухающей фиброзной капсулой паразита. Перикард с частью фиброзной капсулы иссечена, после чего удалено около 1,5 литров эхинококковой жидкости с массой дочерних кист. Полость обработана растворами формалина и спирта, после чего установлен дренаж и тампон через диафрагматомную рану и выведена в верхнем углу послеоперационной раны.

Произведена пункция и вскрытие эхинококковой кисты печени. Удалено около 2,5 литров эхино-

кокковой жидкости с дочерними кистами. Обработка полости с последующей ликвидацией ее путем иссечения фиброзной капсулы в пределах здоровой ткани под прикрытием коагуляции. Учитывая, что часть желчного пузыря вовлечена в спаечный процесс, произведена холецистэктомия. Тщательный туалет брюшной полости. Правое и левое поддиафрагмальные пространства и правый боковой канал дренированы отдельно, дренажи выведены через контраппертуры. Послеоперационная рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без ослож-

нений. Проводилась соответствующая корригирующее лечение на фоне массивной антибиотикотерапии. Больная выписана 6/04-99 года в удовлетворительном состоянии.

Больная обследована через 3 месяца после операции, рецидива заболевания не обнаружено, самочувствие значительно улучшено и выполняет домашнюю работу.

Редкость наблюдения заключается в том, что больная оперирована трижды по поводу эхинококкоза печени в сочетании с эхинококкозом сердечной сумки.

Хусаинов Б.Р.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

(из хирургического отделения Хорезмской областной клинической больницы №1)

Полное обратное расположение внутренних органов в литературе освещено очень скудно. Эндохирургические манипуляции при такой ситуации представляют определенные трудности для хирурга.

Приводим собственное наблюдение:

Больная 35 лет поступила в клинику 4.03.99 г с жалобами на острые боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 градусов. По данным анамнеза страдает подобными приступами в течение 2-х лет. Очередное обострение связывает с употреблением жаренной картошки. У больной 2 года назад при обследовании установлено полное обратное расположение внутренних органов. По поводу калькулезного холецистита лечилась консервативно с временным эффектом.

При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца выслушиваются справа от грудины. А/Д 120/80 мм рт. ст. Пульс 88 ударов в 1 минуту, ритмичный. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, участвует в акте дыхания с некоторым отставанием в левой половине. Пальпаторно отмечаются болезненность и напряжение мышц в левом подреберье, здесь же определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Стул и мочеиспускание регулярное. Лейкоциты крови $12 \times 10^9/\text{л}$. Температура тела 37,8 градусов.

При ультразвуковом исследовании установлено, что печень располагается слева, средней плотности. Желчный пузырь увеличен размером 12х4,2 см. Напряжен, стенки утолщены. В полости желчного пузыря имеется множество конкрементов размером до 1,5 см.

Установлен диагноз острый калькулезный холецистит; полное обратное расположение внутренних органов.

Больная осмотрена терапевтом, анестезиологом. После соответствующей предоперационной подготовки

больная оперирована. Под эндотрахеальным наркозом произведена лапароскопическая холецистэктомия. Два 10 мм троакара введены по средней линии (параумбиликальный, эпигастральный), два 5 мм троакара по левой среднеключичной и передней подмышечной линиям на 3-5 см ниже левой реберной дуги и подвздошной области слева. При ревизии установлено, что печень располагается в левой половине живота. Желчный пузырь увеличен, флегмонозно изменен, стенки утолщены, к желчному пузырю припаян сальник, отмечается выраженная инфильтрация стенок желчного пузыря переходящая к шейке и элементам ворот печени. С техническими трудностями из-за выраженных фиброзных изменений стенок мобилизован пузырный проток, наложены на него 2 клипсы. Таким же путем обработана пузырная артерия. Далее желчный пузырь с техническими трудностями отделен от печени из-за фиброзных перемычек и

из-за наличия коллатеральных сосудов. Ложу желчного пузыря обработано АИГ лазером. Желчный пузырь извлечен из параумбиликального троакара путем рассечения апоневроза и расширения раны.

Подпеченочное пространство промыто, подведена дренажная трубка.

В послеоперационном периоде 2 дня наблюдалось повышение температуры тела до 37,4 градусов, дренаж удален на 3 сутки. Операционная рана зажила первичным натяжением.

Гистологическое заключение: острый гангренозный калькулезный холецистит.

В полости желчного пузыря гной, два камня размером 1,0х1,0 см. Больная в удовлетворительном состоянии выписана на 6 сутки после операции. Осмотрена через 1 месяц, жалоб не предъявляет, чувствует себя удовлетворительно. Полное обратное расположение органов при лапароскопической холецистэктомии связано с определенными неудобствами и техническими трудностями при манипуляциях, требует определенных навыков и опыта работы в области лапароскопической хирургии.

Б. Р. Бабаджанов,

А. Р. Эшчанов,

Б. Н. Курязов,

Ф. Р. Якубов.

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОККОЗА ПЕЧЕНИ.

И-ТашгосМИ Ургенчский филиал.

Хирургическое лечение гидатидозного эхинококкоза печени является актуальной проблемой современной хирургии.

На сегодняшний день существует ряд подходов к лечению эхинококкоза печени в том числе и лазерной техникой (3, 4, 5).

Несмотря на достижения хирургической гепатологии, результаты лечения больных эхинококкозом печени нельзя считать удовлетворительными (2).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

За период 1988-1998 гг. нами наблюдались 428 больных гидатидозным эхинококкозом печени, среди них 266 женщин 162 мужчин. Первичное поражение выявлено у 386 больных, рецидив у 42, одиночная киста только у 364. Несложная киста была 256 больных, нагноившаяся у 132, разрыв у 26 и кальцификация у 14. У 60 больных помимо печени было поражение паразитом других органов-легких, селезенки, поджелудочной железы и т. д. Традиционными хирургическими методами оперированы 202 больной, с использованием лазеров 226 больных. Углекислотный лазер был применен у 156 больных и лазер на алюмо-иттриевом гранте с неодимом - у 70 больных.

Доступ к патологическому очагу зависел от локализации: Срединный при поражении левой доли печени-50, правосторонний подреберный при поражении 4-6 сегментов и торакоабдоминальный - при локализации процесса в 7-8 сегментов. При краевых резекциях печени можно использовать излучение углекислотного лазера с окончательным гемо-и холестазом расфокусированным лучом углекислотного и АИГ-неодимового лазера. Лучшие результаты достигаются при резекции с помощью сшивающих аппаратов и отсечением резецируемого участка лазерным контактным скальпелем и прецизионным гемостазом и холестазом расфокусированным лучом АИГ-лазера.

Первым этапом эхинококкэктомии является пункция кисты и эвакуация содержимого. Иссечение кисты можно осуществлять лучом углекислотного лазера с применением компрессионных зажимов Скобелкина-Брехова или лазерным контактным скальпелем.

После механического удаления густого и плотно-содержимого кисты расфокусированным лучом углекислотного или АИГ-лазера производят выпаривание гнойно-некротических, грануляционных и фиб-

розных тканей и одновременно остатки паразитных тканей с тонким слоем фиброзной капсулы.

Одновременно происходят коагуляция и герметизация кровеносных сосудов и желчных протоков.

Перекистэктомии лучше всего осуществлять лазерным контактным скальпелем, при этом коагулируются кровеносные сосуды диаметром до 1 мм, для коагуляции сосудов диаметром около 2 мм необходимо воздействие расфокусированным лучом.

Известно, что завершающий этап эхинококкэктомии-ликвидация и уменьшение размеров остаточной полости (ОП)-является технически трудным из-за ригидности ее стенок. Чтобы облегчить выполнение этого этапа разработана техника, которую мы называли частичной "Лазерной декорацией" стенок полости кисты. Лазерная декортация может быть выполнена как сфокусированным лучом CO₂ лазера, так и лазерным контактным скальпелем.

После лазерной эхинококкэктомии по линии предполагаемого сшивания стенок фиброзной капсулы линейно или лентообразно иссекали фиброзную капсулу шириной 0,5-0,8 см от вершины до дна остаточной полости контактным лазерным скальпелем.

При этом использовали кварцевые сапфировые наконечники световодов диаметром режущего конца 0,6 мм и излучение АИГ-неодимового лазера мощностью 40-60 Вт, плотностью мощности 1500-3000 Вт/см. Рассечение и выпаривание производится до паренхимы печени. В проекции крупных сосудов и желчных ходов, направление разрезов изменяется, или эти участки остаются нетронутыми.

При повреждении сосуда или желчного хода следует их ушить атрауматической иглой. Тщательное соблюдение основного правила: иссекать и "выпаривать" фиброзную капсулу только до границы с паренхимой печени-предотвращает повреждение крупных сосудов и желчных ходов. Кровотечение и желчеистечение при этом способе обычно не наблюдается. Этот прием уменьшает ригидность тканей при сведении стенок, уменьшает степень прорезывания швов и, таким образом, способствует более надежному капитонажу. Капитонаж, т. е. ушивание и сближение участков фиброзной капсулы, начинаем со дна остаточной полости и завершаем сшиванием краев фиброзной капсулы раны отдельными швами.

При необходимости капитонаж сочетанием в комбинации с инвагинацией краев и свободных участков фиброзной вворачивающими швами снаружи во внутрь, заполняя остаточную полость. На эту методику нами получено авторское свидетельство N17241868/ XII-1991 г. на изобретение “Способ лечения эхинококкоза”. Метод внедрен в клиническую практику во многих хирургических клиниках СНГ.

Для обеспечения гладкого послеоперационного течения рационально через щель между сближенными стенками помещать силиконовую двухпросветную трубку типа ТМК с боковыми отверстиями для обеспечения оттока раневого отделяемого. Дренаж извлекается после окончания поступления отделяемого и нормализации температуры, обычно на 4-5 день после операций.

Результаты и их обсуждение. При использовании традиционных методов эхинококкэктомии у 202 больных выполнено 226 операций, с применением лазерной техники оперировано 226 больных, которыми произведено 276 вмешательств. В контрольной группе было 40 больных с осложненными формами заболевания, в основной - 132. В послеоперационном периоде осложнения зарегистрировано у 81 больного контрольной группы и в основной у 25.

Резекция печени и перикистэктомия выполнено только у 18 больных с использованием лазеров. При этом послеоперационных осложнений не было. Закрытия эхинококкэктомия выполнено у 152 больных, из них у 38 наблюдались различные послеоперационные осложнения (кровотечение - 3, нагноение раны - 6, подпеченочный абсцесс - 7, желчные свищи - 10, остаточная полость - 12), а с использованием лазеров (186 больных) подобные осложнения наблюдались у 16 больных.

После полужакрытой эхинококкэктомии из 34 больных, оперированных традиционным методом нагноение остаточной полости наблюдались у 16, формирование свища кисты - у 8. У больных с использованием лазеров (22 больных) подобные осложнения наблюдались всего у 6.

Марсупиализация печени выполнена только у 6 больных традиционным способом. Из них у 2 наблюдалось формирование остаточной полости.

У 2 больных оперированных без применения лазеров в послеоперационном периоде отмечались явления холангиогепатита, связанного с прорывом эхинококковых кист в желчные пути и желчный пузырь.

Послеоперационные осложнения в виде плевропневмонии чаще отмечались у пожилых и ослабленных больных при локализации кист на диафрагмальной поверхности печени, перфорации кисты в бронх и в плевральную полость. Подобные осложнения наблюдались у 6 больных, оперированных традиционным методом, и у 3 - с использованием лазеров.

Одним из тяжелых осложнений при операции на печени по поводу эхинококкоза был перитонит у 2 больных, оперированных традиционным методом. Из них у одного он послужил причиной смерти. В группе

больных с использованием лазеров подобных осложнений не было.

Сепсис в послеоперационном периоде возник у 2 больных с нагноившимися эхинококковыми кистами и оперированных традиционным методом.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность явилась причиной смерти у одного больного с осложненным эхинококкозом печени, оперированного без применения лазера.

Отдаленные результаты прослежены у 192 оперированных. После традиционных методов операции полное выздоровление зарегистрировано у 84 больных, рецидив заболевания - у 16, умерли - 4, из них 2 от прогрессирования основного заболевания. После лазерных операций обследованы 60 человек, из них у 2 выявлена послеоперационная грыжа и один больной умер по причине, не связанной с основным заболеванием и выполненной операцией.

Заключение. Из 202 больных оперированных традиционным способом послеоперационные осложнения наблюдались у 81 (40,0%), у больных с использованием лазеров из 226, осложнения было у 25 (11,0%) больных. Использование лазеров способствует уменьшению послеоперационных осложнений в 3,2 раза по сравнению с группой больных без применения лазеров. Более того, применение лазерного излучения позволяет и в осложненных поражениях печени с меньшим количеством послеоперационных осложнений и лучшим отдаленным результатом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вахидов А. В., Ильхамов Ф. А., Струцкий Л. П. Диагностика и лечение эхинококкоза печени осложненный механической желтухой. Мед. журнал Узбекистана. 1996, №6 С. 24-26.
2. Скобелькин О. К. Достижения лазерной хирургии и проблемы лазерной медицины. Сб. науч. труд. Ургенч 1991, С. 29-31.
3. Бабаджанов Б. Р. и соавт. Плазменные скальпели в хирургии эхинококкоза печени. Сб. науч. труд. 1998, С. 35-36.
4. Калиш Ю. И. Пути устранения недостатков в службе медицинской лазерологии. Сб. науч. труд. 1998, С. 28-30.

Нишанов Ф.Н.,
Абдуллаев У.У.,
Рахманов Б.Ж.,
Батиров А.К.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ
КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.**

Андижанский Государственный медицинский институт.

Nishanov F.N., Abdullaev U.U., Rakhmanov B.J., Batirov A.K.

SURGICAL TACTICS AT ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Sharp reduction of postoperative complications and lethality in the second group of patients are connected to following measures, which were used in clinic: 1) sharp reduction of preoperative investigations and operating patients during first 3 days after entering to clinic; 2) uses of technique of preventive therapy by antibiotics; 3) failures in the majority of cases from tamponage of under the liver space, instead of which was applied local peritoneal lavage with using technique of «running system»; 4) at uncomplicated calculous cholecystitis was widely applied "minilaparotomy" - without cutting of abdominal direct muscles; 5) multicomponent laser irradiation after fulfilment of the main stage of operation; 6) at imposing biliodigestive anastomose used nosegasterduodenumcholedoch drainage or anastomose was imposed on a «lost» drainage; 7) authors have refused of operation at destructive forms of calculous cholecystitis.

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается повсеместный рост желчнокаменной болезни, в том числе больных острым холециститом, которая становится социальным заболеванием. По данным Каримова Ш.И.[4] острый холецистит составляет от 7 до 20% от общего числа ургентной патологии.

В последние десятилетия в различных странах мира и у нас в Республики Узбекистан широко разрабатываются нерешенные проблемы желчнокаменной болезни, достигнуты первые успехи в синтезе препаратов, позволяющих не только предупреждать образование холестериновых желчных камней, но и растворять их. Прочно вошли в клиническую практику лапароскопические и эндоскопические хирургические вмешательства на желчевыводящих путях, включая сложные реконструктивные и восстановительные операции [2,3,4].

Вместе с тем, требуют дальнейшего изучения причины поздней госпитализации больных с острым холециститом, оптимальные сроки выполнения операций, удаление желчного пузыря от дна или шейки, наружное или внутренне дренирование желчных протоков при их обтурации, малотравматичные доступы к желчному пузырю, тактика хирурга в послеоперационном периоде и т.д.

В течении многих лет хирурги придерживаются дифференцированного выбора срока операции при холецистите, которые могут выполняться: 1) как экстренные, в ближайшие часы поступления больных в клинику; 2) как неотложные, когда в течение 24-72 часов после госпитализации выясняется неэффективность консервативного лечения; 3) вскоре после стихания острого приступа на 7-10 день - «ранние» операции по Б.А.Петрову; 4) в интервале между приступами или при так называемом «холодном» периоде заболевания. Различия удельного веса оперативных вмешательств в каждом из перечисленных сроков и определяет «активную» или «выжидательную» тактику хирургического лечения острого холецистита. Немаловажную роль играет принцип лечения острого холецистита и хирургическая школа которая за-

нимается экстренными или плановыми операциями у больных с заболеваниями желчного пузыря и протоков.

Вопросам диагностики и тактики лечения заболеваний желчевыводящих путей была посвящена Республиканская научно-практическая конференция с международным участием в г. Бухаре (1997 г.). При этом, для улучшения результатов хирургического лечения, были приняты следующие рекомендации: резко сократить сроки дооперационного обследования больных с холециститом, придерживаться активной хирургической тактики, опережая развитие тяжёлых осложнений, широко внедрять лапароскопические и эндоскопические методы операций и др.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом путём резкого сокращения сроков дооперационного обследования, разработкой и внедрением комплекса мероприятий во время и после оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. С 1990 по 1995 годы на базе клиники кафедры хирургических болезней 6-7 курса АндГосМИ по поводу острого калькулёзного холецистита оперированы 192 больных (I группа), с этой же патологией с 1996 по 1998 годы оперировано 165 больных (II группа) (таблица № 1). Методы обследования в обеих группах больных были идентичными и проводились по общепринятой методике (УЗИ, холецистохолангиография, чрезкожная-чрезпеченочная холангиография, клинические и биохимические анализы и другие).

Соотношение больных по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям были почти одинаковым в обеих группах оперированных пациентов.

Результаты обследования и их обсуждение. У больных I группы применялась активно-выжидательная тактика хирургического лечения. Так, 182 больным была выполнена холецистэктомия, из них у 18 она сопровождалась наружным дренированием холедоха, у 9 - холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, у 15 - холедоходуоденоанастомозом, внутрен-

нее дренирование холедоха (у 5 назобилиарное, у 10 на «потерянном дренаже»). У 10 больных произведена холецистостомия. В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: нагноение раны (у 15,6% пациентов), желчный перитонит (у 3,1% пациентов), панкреонекроз (у 1,6%) абсцессы брюшной полости (у 2,4%), летальный исход отмечен у 3,2% больных.

Больным II группы холецистэктомия выполнена у 164 пациентов с острым калькулезным холециститом. Из них с наружным дренированием холедоха у 6 пациентов, с холедохолитотомией, холедоходуоденостомозом и внутренним назобилиарным дренированием - у 6, на «потерянном дренаже» - у 12. Холецистостомия выполнена у 1 больного.

В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 9,7%, желчный перитонит у 2,4%. Такие осложнения как панкреонекроз и абсцессы брюшной полости у больных II группы мы не наблюдали. Летальный исход наступил у 1,2% больных.

Сроки выполнения оперативных вмешательств у больных острым калькулезным холециститом.

Таблица № 1.

Периоды	Сроки выполнения операций					ВСЕГО	Летальность
	1-6 ч.	6-24 ч.	до 72 ч.	3-6 сут.	более 6с		
I группа	10	39	44	44	55	192	6 (3,2%)
II группа	44	38	69	13	1	165	2 (1,2%)

Из таблицы видно, что во второй группе первые 6 часов операция по поводу острого холецистита, произведена у 44 (26,6%) больных. Основная масса больных острым холециститом 107 больных (65,0%) были оперированы после проведения комплексных мероприятий направленных на нормализацию гомеостаза, коррекцию функции жизненно-важных органов, подавленных воспалительным процессом в желчном пузыре, в течении первых 3-х суток.

Ретроспективный анализ морфологических изменений удалённых желчных пузырей показал, что несмотря на проведенный комплекс антибактериальной и дезинтоксикационной терапии у больных обеих групп количество деструктивных форм острого холецистита были примерно одинаковыми в обоих сравниваемых группах (таблица № 2).

Таблица № 2.

ГРУППЫ БОЛЬНЫХ	Морфологические формы острого холецистита			ВСЕГО
	Простая	Флегмонозная	Гангренозная	
I группа	88	69	25	182
II группа	85	55	24	164

В первые 2-3 суток с момента возникновения острого приступа холецистита удаление желчного пу-

зыря не только не затрудняется, но даже облегчается некоторой отечностью его стенки, а технические возможности выполнения манипуляций на магистральных желчных протоках не отличаются от таковых при операциях в интервале, что позволяет завершить холедохолитотомию не только наружным дренажом но и наложением желчеотводящих анастомозов. Резкое снижение послеоперационных осложнений и летальности во второй группе больных были связаны со следующими мероприятиями, которые использовались в клинике: резкое сокращение дооперационных обследований больных и выполнение операций в первые 3 суток после поступления больных в стационар, 82 больных с острым приступом калькулезного холецистита оперировались в течение первых 24 часов с момента поступления. Вследствие этого отмечалось сокращение послеоперационного периода до 4-5 суток при благоприятном течении. Это привело к резкому уменьшению инфицирования больных «внутрибольничными инфекциями».

Использование методики привентивной антибиотикотерапии, то есть однократного(с премедикацией) введения антибиотиков(80 мг гентамицина, 1 гр. кефзола или 1гр. клафорана) внутривенного или внутримышечного за 30 минут до операции.

Отказ в большинстве от тампонирования подпеченочного пространства (тампонирование проведено только у 2 пациентов), а вместо этого применяли местный перитонеальный лаваж с использованием методики «проточной системы».

При неосложненных калькулезных холециститах широко стали применять «минилапаротомию» то есть без пересечения прямых мышц живота. Многокомпонентное лазерное облучение после выполнения основного этапа операции вместе с дренажной трубкой в ложе желчного пузыря через отдельный разрез вводили многоволоконный лазерный световод длиной до 30 см, диаметр 500 мкм. Мощность излучения на выходе из световода 15 мвт, диаметр светового пятна 2 мм, плотность мощности 6-8 мвт/на 1см. Лазерное облучение выполняли 2 раза в сутки в течение 10 минут аппаратами ЛГН-111, курс состоял из 6 сеансов. После операции начиная со 2 суток, в правой подреберной и правой подвздошной областях с помощью лазерного аппарата «Милта» или «Узор» производили лазерное облучение мощностью излучения составила 1,500 гц, глубина проникновения луча 10-12 см, площадь действия 5-6 см, длительность облучения 15 минут, курс 6 сеансов.

При наложении билиодигестивного анастомоза использовали методику назогастроудоденальнохоледогеального дренирования или анастомоз накладывали на «потерянном» дренаже (длина до 10 см и с 8-10 боковыми отверстиями, толщиной 6-8 мм). На наших наблюдениях несостоятельность швов рубцового сужения анастомоза не отмечались. Отказ от методики операции холецистостомии при деструктивных формах калькулезного холецистита.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что использованные нами мероп-

рия в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита существенно уменьшает послеоперационные осложнения и летальность, заметно улучшают результаты хирургического вмешательства, значительно сокращают время пребывания пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арипов У.А. Желчнокаменная болезнь и её осложнения// Клинические лекции. -Ташкент, 1997. -32 с.
2. Арипов У.А. Современные достижения и нерешён-

ные проблемы билиарной хирургии// Узбекистон хирургияси. -1999. -№1. -С. 19-22.

3. Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У., Мирзаев О. Микролапоротомная холецистостомия как окончательное вмешательство при остром обтурационном холецистите// В кн.: «Материалы республиканской конференции «Холецистит и его осложнения». -Бухара, 1997. -С. 9-10.

4. Каримов Ш.И. Проблемы и перспективы хирургии острого холецистита в Узбекистане// В кн.: «Холецистит и его осложнения», -Бухара, 1997. -С. 3-6.

*Царенко И.А.,
Ларионов А.А.,
Ирошников В.Р.,
Щенев С.В.,
Сосинский Д.А.*

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

*Флебологический центр, Москва
(руководитель к.м.н. С.С.Татьков)*

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургии вен, проблема лечения рецидивов варикозной болезни нижних конечностей остается весьма актуальной. По данным Wilkinson G. (1986) и Wali M.A.(1998) частота развития рецидивов после оперативного лечения и компрессионного флебосклерозирования колеблется от 6 до 85%. Такой рост заболеваемости наблюдается во всех возрастных группах, но особенно он выражен в группе молодого и наиболее трудоспособного возраста. По нашему мнению, рецидивы варикозной болезни нижних конечностей развиваются вследствие:

- 1) ошибок в ходе предоперационного обследования пациентов;
- 2) расширения показаний к проведению компрессионного флебосклерозирования;
- 3) технических погрешностей допущенных в ходе операции или склеротерапии;
- 4) недостаточного опыта и осведомленности хирургов общего профиля в вопросах хирургического лечения заболеваний вен нижних конечностей;
- 5) прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе представлено большое количество классификаций рецидивов варикозной болезни нижних конечностей по срокам возникновения, характеру и степени тяжести, причинам развития, локализации варикозно измененных вен и так далее. Как правило, эти классификации очень громоздки, не имеют большой практической ценности и представляют лишь научный интерес.

В.С. Савельев и соавторы (1973) выделяют “истинный” и “ложный” рецидив варикозной болезни. К “истинному” рецидиву относится расширение вен, которые ошибочно не были удалены в ходе первой операции, либо реканализировались после склеротерапии. “Ложный” рецидив развивается вне зоны операции и связан с дальнейшим прогрессированием заболевания.

Материалы и методы.

В Флебологическом центре за последние 5 лет находилось 312 больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей. У 242 (77,6%) пациентов рецидив варикозной болезни развился после оперативного лечения варикозной болезни и у 70 (22,4%) после склеротерапии. Возраст больных колебался от 17 до 68 лет, составив в среднем 28 лет. Из них было 246 (78,8%) женщин и 66 (21,2%) мужчин. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 35 лет. Распределение больных в зависимости от сроков возникновения рецидивов варикозной болезни нижних конечностей представлено в таблице №1.

Сроки возникновения рецидивов варикозной болезни.

Таблица №1

Сроки возникновения рецидивов варикозной болезни	Количество больных
1 год	57
2 года	64
3 года	44
4 года	38
5 лет	29
6 лет	25
7 лет	21
8 лет	19
более 8 лет	15
Всего	312

Как видно из таблицы в большинстве случаев рецидив варикозного расширения вен развивался в первые 3 года после оперативного лечения или склеротерапии. Это обстоятельство имеет большое значение для определения необходимого срока диспансерного наблюдения за больными после оперативного лечения или склеротерапии.

Из 312 больных с рецидивом варикозной болезни нижней конечности у 217 (69,6%) пациентов име-

лось умеренное расширение подкожных вен (стадия компенсации), у 95 (30,4%) больных выявлено выраженное расширение поверхностных вен, несостоятельность перфорантных вен (стадия декомпенсации), из них у 7 имелись трофические расстройства в нижней трети голени.

Заболевание у большинства больных сопровождалось, болями, умеренными отеками нижних конечностей, кожным зудом, судорогами, быстрой утомляемостью. У 30 (9,6 %) больных наблюдались следующие осложнения: тромбофлебит варикозно измененных вен у 12 (3,8%) пациентов, глубоких вен у 4 (1,2%), рожистое воспаление у 7 (2,2%) и трофические расстройства у 7 (2,2%) больных. Всем больным, нуждающимся в повторном оперативном вмешательстве в обязательном порядке проводили ультразвуковую доплерографию, плетизмографию, при необходимости выполняли дуплексное ангиосканирование сосудов нижних конечностей. Всестороннее клиническое и инструментальное обследование больных позволяет не только поставить правильный диагноз, но и выбрать наиболее оптимальное хирургическое вмешательство. Повторные операции при рецидиве варикозной болезни технически более сложные, их объем, и характер всегда решается индивидуально в зависимости от патогенетических причин, приведших к рецидиву и которые нужно устранить.

У 230 (73,7%) пациентов рецидив возник в системе большой подкожной вены, у 72 (23,1%) в системе малой подкожной вены и у 10 (3,2%) были поражены обе вены. Ожирением страдало 115 (36,8%) пациентов, а плоскостопием 76 (24,4%). Характер первичных операций представлен в таблице №2.

Характер первичных операций, выполненных больным с рецидивом варикозной болезни

Таблица №2

Название первичной операции	Количество больных
Троянова-Тренделенбурга-Беккокка	184
Линтона-Фельдера	42
Перевязка сафено-бедренного соустья с последующей склеротерапией	7
Изолированное прошивание варикозно расширенных вен по Лаппу, Соколову	9
Компрессионное флебосклерозирование	70
Всего	312

Необходимо заметить, что наиболее часто рецидив встречается после иссечения или прошивания варикозных вен и узлов только на голени, особенно, если у больного имеется несостоятельность сафено-бедренного или сафено-подколенного соустья. В ходе предоперационного обследования было выявлено, что чаще всего рецидив болезни наступал вследствие ошибок до-

пущенных в ходе первичной операции. Однократно ранее оперировано 237 больных, дважды - 4 и трижды - 1 пациент. Распределение больных в зависимости от причин развития рецидивов варикозной болезни нижних конечностей представлено в таблице №3.

Причины возникновения рецидивов варикозной болезни

Таблица №3

Причины возникновения рецидивов варикозной болезни	Количество больных
Низкая перевязка сафено-бедренного соустья, оставление непереязанными одной или нескольких приустьевых притоков	66
Низкая перевязка сафено-подколенного соустья, оставление непереязанными одной или нескольких ветвей	18
Оставление непереязанными несостоятельных перфорантных вен	45
Оставление непереязанными вен латеральной поверхности бедра	15

Из наиболее частых причин возникновения рецидивов, по нашему мнению, является оставление длинной культи большой подкожной вены с непереязанными ветвями. Это, как правило, наступает из-за недостаточно тщательного выделения всех ветвей большой подкожной вены в области овальной ямки, недооценки особенностей их анатомического расположения, выполнения слишком низкого или малого доступа. Все эти факты указывают на особую важность перевязки всех приустьевых притоков и добавочных стволов большой подкожной вены в месте ее впадения в бедренную вену. К тому же оставление длинной культи большой или малой подкожной вены чревато развитием весьма серьезных осложнений, таких, например, как тромбоз эмболии легочной артерии.

Повторное оперативное вмешательство было выполнено 95 (30,4%) больным. Все операции проводили в плановом порядке под наркозом или спинномозговой анестезией. Удаление варикозно измененных вен с перевязкой коммуникантных вен было выполнено 90 (28,8%) больным, операция Линтона-Фельдера - 3 (0,9%) эндоскопическая субфасциальная перевязка коммуникантных вен - 2 (0,6%) больным. Сочетанные операции произведены в двух случаях: в первом случае выполнено удаление варикозно расширенных вен, эндоскопическая субфасциальная перевязка коммуникантных вен и лапароскопическая холецистэктомия, во втором случае удаление варикозных вен сочеталось с пластикой паховой грыжи.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у двоих больных: у одного больного произошло нагноение послеоперационной раны, а у второго больного на 3 сутки после операции разви-

лась правосторонняя верхнедолевая пневмония. Осложнения купированы комплексом консервативных мероприятий.

В качестве основного лечения 217 (69,5%) больным выполняли компрессионное флебосклерозирование. Флебосклерозирование проводили по методике предложенной G. Fegan. Использовали следующие склерозанты: Aethoxysklerol (Kreussler-Pharma, Германия) и Fibro-Vein (S.T.D. Pharmaceutical L.T.D., Англия), Trombovar (La Chaussee Saint Victor, Франция). Компрессия создавалась бинтами средней степени растяжимости или эластичными чулками фирмы "Sigvaris" второго функционального класса. Показанием к выполнению данной методики явилось умеренное расширение поверхностных вен (менее 1 см.) при отсутствии несостоятельности коммуникантных вен, сафено-бедренного или сафено-подколенного соустьев. Осложнений у данной группы больных не наблюдали.

Отдаленные результаты изучены у 286 (91,7%) больных. Отличные и хорошие отдаленные результаты получены у 258 (90,2%) пациентов, удовлетворительные у 25 (8,7%), неудовлетворительные у 3 (1,1%).

ВЫВОДЫ.

1. Рецидивы варикозной болезни нижних конечностей возникают в большинстве случаев вследствие ошибок, допущенных в ходе операции или склеротерапии.

2. Всестороннее клиническое и инструментальное обследование пациентов, включающее дуплексное ангиосканирование, позволяет выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения у больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей.

3. Благоприятные результаты хирургического лечения у больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей возможны лишь при устранении патогенетических механизмов заболевания и целенаправленного воздействия на все пораженные отделы вен.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Алексеев Г.И., Веретник Г.И.. Склеротерапия этоксисклеролом в лечении варикозной болезни. // Вестник Российского университета дружбы народов «Медицина». - 1999. - № 1.- С. - 129-130.
2. Василюк М.Д., Шевчук М.Г. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин. //К.: Здоровья, 1992. 184с.
3. Гладких И.С. Хирургическое лечение послеоперационных рецидивов варикозного расширения вен нижних конечностей // Клиническая хирургия - 1979. - №7. - С. 53-56.
4. Даудерис И.П. Неудачи операций при варикозном расширении вен нижних конечностей // Хирургия 1969.- №6.- С 73-76.
5. Джордж Феган. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия. // М. 1997.
6. Проценко Н.В., Енукашвили Р.И. Врачебные ошибки при хирургическом лечении варикозной болезни // Советская медицина. - 1985.- №6. - С. 114-118.
7. Стойко Ю.М. Послеоперационные рецидивы варикозной болезни: Автореф. дисс. докт. мед. наук. -М. 1990. 30 с.
8. Шевченко Ю.Л. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен. // М., 1999.
9. Bergan JJ. Advances in evaluation and treatment of chronic venous insufficiency. // Angiology and Vascular Surgery. - 1995. - № 3. - P. 59-80.
10. Campbell B; Dimson S; Bickerton D. Which treatment would patients prefer for their varicose veins? // Ann R Coll Surg Engl, - 1998, - May, 80:3, 212
11. Ishikawa M., Morimoto N., Sasajima T., Kubo Y., Nozaka T. Treatment of primary varicose veins: an assessment of the combination of high saphenous ligation and sclerotherapy. // Surg/ Today, -1998, -28:7, P. 732-737.
12. Wali M.A., Sheehan S.J., Colgan M.P., Moore D.J. . Shanik G.D. Recurrent varicose veins. // East Afr Med J, 1998 Mar, 75:3, 188-91
13. Yamaki T; Nozaki M; Sasaki K.Color duplex ultrasound in the assessment of primary venous leg ulceration. // Dermatol Surg, 1998 Oct, 24:10, 1124-1132.

ЮБИЛЕИ**А.А. Жовлиев****ПРОФЕССОР С.А. МАСУМОВ ВА УНИНГ МАКТАБИ.***Тошкент Педиатрия Медицина институти.*

Ватанимиз тиббиети хирургия мактабларига бой булиб шулар каторида профессор С.А. Масумов ва шогирдларининг илмий-амалий фаолияти, узига хос йуналиши ва хирургия фанига киритган янгиликлари билан алохида урин тутди. С.А. Масумовнинг хирургик фаолияти 1926 йилда Тошкент давлат университетининг тиббиет факультетини битиргач, умумий хирургия кафедрасида клиник ординатор булиб фаолият курсатган даврлардан бошланди. У уша йилларда илмий ишга киришади ва машхур хирург П.Ф. Боровскийнинг энг севимли шогирдларидан бири булиб танилади. С.А. Масумовнинг олиб борган куплаб илмий тадқиқот ишлари учун 1936 йилда унга тиббиет фанлари номзоди унвони берилади. С.А. Масумовнинг ташаббуси ва бевосита раҳбарлигида 1935-1939 йилларда Фаргона водийсида таркалган буккок касаллиги сабабларини чуқур урганиш, хирургик даволаш ишларини такомиллаштириш, касалликни камайитириш ва бартараф этиш максатида алохида экспедиция ташкил қилиниб мазкур касаллик муфассал урганилади ва олинган натижалар таҳлил қилинади.

С.А. Масумовнинг илмий-тадқиқот ишларининг таҳлили натижасида Мак Карисоннинг буккок юкумли табиатга эга дейилган машхур назарияси рад этилди. Фаргона водийсидаги эндемик буккокнинг сабаби биосферадаги, хусусан сувдаги йоднинг танқислиги туфайли эканлиги исботланди. 1938 йилнинг бошларида С.А. Масумов бошчилигида эндокрин безлар хирургияси масалалари ишлаб чиқилади. С.А. Масумов ушбу тадқиқот натижалари асосида 1946 йилда “Фаргона водийсида буккок касаллиги” мавзусида докторлик диссертациясини химоя қилади. Дарҳақиқат, олим эндемик буккок ва тиреотоксикозда териоид туқимасининг бир қисмини саклаб қолган ҳолда струмэктомиянинг ички капсуляр усулининг яхшиланган нусхасини таклиф қилади. С.А. Масумов 1943-1952 йилларда Тошкент тиббиет институтининг умумий хирургия, 1952-1972 йилларда эса госпитал хирургия кафедраларига раҳбарлик қилган чоғларида жамоанинг асосий илмий йуналишлари калконсимон без касалликлари хирургияси, абдоминал хирургия, перитонит, портал жигар циррози, холицистит ва айрим аъзоларнинг операциядан олдинги ва кейинги ҳолатлари, янги операция усуллари ҳамда наркозни такомиллаштириш масалаларига қаратилади. Шунингдек, меъда ва 12 бармоқли ичакнинг яра касалликлари ва қуйиш пайтида биохимик ва патофизиологик узғаришлар каби илмий хирургия билан ҳам кенг шугулланади.

Бундан эллик йил илгари ҳозирги замонавий тиббий асбоблар булмаган даврда ҳам бу кафедрада портал гипертензияли жигар циррози хирургияси ва кукрак кафаси хирургиясининг кенг йулга қуйилганлигини жуда қувонарли ҳол ва катта ютук деб ҳисоб-

лаш мумкин. С.А. Масумов хирургия соҳасида муносиб шогирдлар тайерлади ва узига хос хирургия мактабини яратди. Академиклар В.В. Вохидов, К.Т. Тожиёв, профессорлар С.М. Аъзамхужаев, А.И. Рябухин, Х.А. -Хақимов, А.С. Зарзар, М.Ш. Содикова, Т.А. Янбаева, доцентлар Ш.Ш. Илъесов, И.М. Надежина, М. Гаспарян, М.Ш. Шарипов, А.И. Илмас, Ш.Ш. Шомухамедов, Д.О. Облоеров, М.К. Умаров, А.М. Абдулахатов ва бошқалар шулар жумласидандир. С.А. Масумов 1940 йилда меъда ва 12 бармоқли ичакнинг яра касаллиги жараенида қайта операция қилишни йулга қуяди. Бинобарин, олимнинг шогирдларидан В.В. Вохидов 1954 йилда Ўзбекистонда биринчи булиб упка силида лобэктомияни амалга оширади. Ундан кейинрок С.М. Аъзамхужаев томонидан чегараланган туқималарнинг казеоз қайта тугилиши билан борадиган упка силини даволашда махсус йуналишдаги химиотерапия утқазиш таклиф қилинди ва сил касалликларида упка резекцияси (билоэктомия, сигментар резекция, чекка резекция) каби 170 дан ортиқ хирургик муолажалар утқазилди. С.А. Масумов ташаббуси билан 1954 йилда Тошкентда Республика буккокка қарши диспансер ҳам ташкил қилинади. Бунда шогирдларидан М. Гаспарян, Ш.Ш. Илъесов, Д.О. Облоеров ва бошқалар Республикада буккок касаллигини хирургик даволашни яхши йулга қуйдилар.

Олимнинг шогирди В.В. Вохидов Ўзбекистонда ихтисослаштирилган кон-томир хирургияси хизматининг пионери ҳисобланиб, магистрал кон-томирларнинг уткир ва сурункали касалликлари даволашни йулга қуяди. Унинг бевосита раҳбарлигида Республика ангиохирургия маркази муваффақиятли фаолият қурсатиб аорта ва унинг шохлари, магистрал вена ҳамда артерияларда реконструктив операцияларнинг турли қурилишлари амалга оширилди ва мазкур йуналишдаги долзарб масалалар уз ечимини топди. Шунингдек В.В. Вохидов постромботик касалликларда магистрал веналарнинг янги реконструктив операция усуллари ишлаб чиқади ва амалиётга тадбиқ этади. Мазкур операция олим томонидан 1957 йилда ишлаб чиқилишига қарамадан ҳозирги кунгача энг самарадор усуллардан бири ҳисобланиб уз ахамиятини йукотган эмас.

В.В. Вохидов 1960 йилдан бошлаб юракда турли операцияларни мувоффақиятли амалга оширди. У Ўзбекистонда биринчи булиб сунъий кон айланиш ва гипотермияни қуллаш йули билан юракнинг очик операциясини амалга оширади. С.А. Масумов 1959 йилда Козокистон хирургларнинг II съезидида ут пуфаги яллигланишида хирург тактикаси мавзусида маъруза қилиб анжуман иштирокчиларида катта таассурот қолдиради. С.А. Масумов куп қиррали хирург олим булиб шогирдларига хирургиянинг барча сир-асрорларини ургатди ва уларнинг юкори чуққиларга қута-

рилишига катта хисса қушди. Ўзбекистонда Тошкент Медицина институти ташкил қилинган кунлардан (1931й) бошлаб уткир аппендицит, уткир ичак тутилиши каби хирургик касалликларни даволашга катта эътибор берилган эди. Мазкур касалликларни даволашда С.А.Масумов ва шогирдларининг илмий тадқиқот ишлари шу муаммоларни ечишга қаратилади. Жумладан Х.А.Хақимовнинг “Уткир аппендицитнинг бир канча рухсат этилмаган масалалари (1959й) монографиясида уткир аппендицит билан операция қилинган 14816 нафар бемор ҳам клиник ҳам клиник асоратлари жиҳатидан чуқур таҳлил қилинади. Профессор С.А.Масумов шогирдларининг 1932-1941 йиллар мобайнида амалий ишларида диагностик хато 45,0% дан 11,8% гача камайтирилади.

С.А.Масумов ва шогирдларининг бундай сермахсул илмий-амалий ишлари натижасида уткир аппендицит касаллигида операциядан кейинги улим даражаси йилдан-йилга камайиб борганлигининг гувоҳи бўлиш мумкин.

Уткир ичак тутилишининг этиопотогенези, клиник кечиш хусусиятлари ва хирургик даволашнинг алоҳида натижаларини урганишда С.А.Масумов мактабининг хиссаси тақсирга лойикдир. Чунончи, 1965 йилда бўлиб ўтган Ўзбекистон хирургларининг I съездида ичак тутилиши масалалари муҳокама қилинади. Бунда В.В.Воҳидовнинг дастурий маърузасида мазкур касалликнинг турли формаларини клиник масалалари, консерватив ва хирургик даволаш усуллари кенг ёритиб берилади. Дарвоқе, С.А.Масумов ва И.М.Надежиналарнинг “Корин бушлиги аъзоларининг уткир касалликларида диагнознинг бир канча ҳолатларини таҳлилий англаш” (1966й) номли монографияси чоп этирилиб ҳозирги кунда ҳам хирурглар зарурий қўлланма сифатида фойдаланиб келишмоқда. С.А.Масумов ва шогирдлари уткир холициститни хирургик даволаш масалаларига катта эътибор қаратади. В.В.Воҳидов ва И.А.Рябухин собик иттифокда биринчилардан бўлиб холедохтомиядан кейин ёпик тикиш имкониятларини урганди ва ут йулини дренажлаш олдидан мазкур усулни қўллаш мумкин эканлигини исботлаб берди. Холициститда улим даражасининг таҳлилига бир катор журналларда С.А.Масумов, В.В.Воҳидов, С.М.Аъзамхужаев ва бошқа қўплаб шогирдларининг илмий мақолалари эълон қилинди. С.А.Масумов раҳбарлигидаги госпитал хирургия кафедраси ходимлари томонидан хирургиянинг долзарб масалаларига бағишланган илмий асарлар чоп этилди. Жумладан, Г.Л.Василенконинг “Жигарнинг морфологик ва регенератор реакцияларининг узғариши (1960й), М.С.Имаснинг “Жигар ва меъда ости безининг функционал ҳолати” (1961й), Н.Ф.Намнинг “Уткир тошли холициститнинг микрофлораси” (1963й), А.С.Зарзарнинг “Холецистоэктомиядан сунгги синдром” (1964й) ва бошқа қўплаб монографияларни мисол қилиб келтириш мумкин. Бу муҳим тадқиқотларнинг илмий-амалий натижасида мазкур монографиялар хирургларга катта дастур бўлиб хизмат қилмоқда.

С.А.Масумов ва шогирдлари В.В.Воҳидов, С.М.Аъзамхужаев, И.М.Надежина ва бошқалар уткир йирингли хирургик касалликларнинг этиопатогенези, кли-

никаси ва даволаш усуллари билан батафсил шугулланди. В.В.Воҳидов, И.М.Надежиналар тегишли гастроудоденал яраларни хирургик даволаш йулларини урганишди. С.А.Масумов ва В.В.Воҳидовнинг бир катор илмий мақолалари холициститда улим даражасини таҳлил қилишга бағишланди. Уша даврдаги ТошМИ хирургик клиникаларининг маълумотларига қараганда уткир холициститда операциядан кейинги улим курсаткичи асоратсиз формасида 2,0%ни, асоратли формасида эса 20%ни ташкил этган. Шунингдек, С.М.Аъзамхужаев томонидан номахсус ярали колитнинг операциядан олдинги ва хирургик йул билан даволаш усуллари тадбик этилиб операциядан кейинги улим даражаси 5%га туширилади. Бинобарин, В.В.Воҳидов упка, жигар, плевра эхинококкозида бир вақтнинг узида икки томонлама хирургик муолажа ўтказишни амалиётга тадбик этди. Дарвоқе, С.М.Аъзамхужаев ҳам упка, жигар эхинококкози операцияларида қолдик бушлигига ишлов беришнинг бир канча усуллари қиритди.

С.А.Масумовнинг “Меъда ва 12 бармоқли ичакнинг яра касаллигида қайта операция қилиш йули билан даволаш” (1940й), “Фаргона водийсида эндемик бук” (1949й), “Ўзбекистонда эндемик букнинг гистопатологияси” (1957й), “Корин бушлиги аъзоларининг уткир касалликларида бир канча ҳолатларни таҳлилий англаш” (1966й) номли монографиялари чоп этилиб ҳозирги кунгача ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Дарҳақиқат, С.А.Масумов сермашаккатли ва сермазмунли илмий-амалий фаолияти давомида 5 нафар фан доктори ва 25 нафардан ортиқ фан номзодларини тайёрлади. Профессор С.А.Масумов дунёкараши кенг чуқур мулоҳазали, катта билим эгаси ўз соҳасининг серкирра ижодкори эди.

Мазкур мақола унинг ва шогирдларининг илмий-амалий ишлари, йирик хирургия мактабининг асосчиси, нақадар сермахсул олим бўлганлигини курсатиб турибди. Афсуски, битта мақолада профессор С.А.Масумов ва унинг мактаби ҳақида тулик маълумот бериш имконияти йўқ. Шунинг учун ҳам биз С.А.Масумов ва унинг мактаби ҳақида қисқача маълумот бериш билан чекландик ҳолос. Хулоса қилиб айтганда, профессор С.А.Масумовнинг илмий ва амалий йули ҳавас қилса арзигудек шогирдлар етиштириш бора-сида ҳурмат ва эъзозланган ўстоз сифатида ардоқланишга муносиб бўлиб, Ўзбекистон тиббиёти тарихида алоҳида ўз ўрнига эга.

Адабиётлар:

1. Альманах 60 лет ТашМИ Ташкент, медицина — 1980
2. В.В.Воҳидов. Научные достижения ученых хирургов ТашМИ. Мед.журнал Узбекистана 1980 №10 стр.22-29.
3. С.А.Масумов Эндемический зоб в Ферганской долине Ташкент-1949г.
4. С.А.Масумов, И.М.Надежина. К распознаванию некоторых острых заболеваний органов брюшной полости. Ташкент, медицина, 1966г.
5. Я.Х.Туракулов, Р.К.Исломбеков. Успехи эндокринологии в Узбекистане за 50 лет. Мед.журнал Узбекистана. 1967 № 10 стр.73-80



БАБАДЖАНОВ БАХТИЯР РАХМАТУЛЛАЕВИЧ

К 50 - летию со дня рождения

В ноябре 1999 г. исполняется 50 лет со дня рождения и 27 лет врачебной, педагогической, научной и общественной деятельности доктора медицинских наук, профессора Бахтияра Рахматуллаевича Бабаджанова.

Б. Р. Бабаджанов родился 9 ноября 1949 г. в Шаватском районе Хорезмской области Республики Узбекистан. После окончания Самаркандского Государственного медицинского института имени И. П. Павлова трудовую деятельность начал в 1972 году при Хорезмской областной клинической больнице №1.

Сочетая практику без отрыва от производства, вел активную научно-исследовательскую работу. В 1987 г. защитил кандидатскую, а в 1992 году докторскую диссертацию. С 1996 г. имеет ученое звание - профессора. В 1997 г. избран действительным членом Лазерной Академии наук Российской Федерации.

Принимает активное участие в общественной жизни. Он является членом правления Узбекского и председателем Хорезмского научного общества хирургов, членом Ассоциации хирургов имени Пирогова - Россия, активным членом Международного общества хирургов /МОХ/, член и отличник Республиканского общества изобретателей и рационализаторов, член проблемной комиссии - Лазерная хирургия и лазерная медицинская техника при Государственном научном центре лазерной медицины.

Б. Р. Бабаджанов - автор более 300 опубликованных научных работ, в том числе 4 монографий, им составлены более 35 методических рекомендаций для врачей, учебно-методических пособий для преподавателей и студентов. Под его редакцией выпущено 12 сборников научных трудов для практических врачей, в том числе 5 для врачей и студентов медицинских институтов по актуальным вопросам экстренной абдоминальной хирургии и лазерной хирургии.

Труды Б. Р. Бабаджанова опубликованы в Америке, Мексике, Турции, Кипре, Италии, Франции, России и в странах СНГ.

Б. Р. Бабаджанов - участник международных конгрессов в Кипре, Италии и во Франции /Страсбург/, конференций и семинаров.

Под его руководством подготовлено и защищено 1 докторская и 4 кандидатских диссертаций. Ими предложено 35 изобретений и рационализаторских предложений, награжден «Отличником изобретателя и рационализаторов Республики Узбекистан»: значком «Отличник здравоохранения» и другими правительственными наградами.

В годы своей работы Б. Р. Бабаджанов завоевал заслуженную любовь своих товарищей, сотрудников, студентов, практических врачей и многих тысяч хорезмийцев и жителей соседних областей республики. Как известного ученого Б. Р. Бабаджанова знают научно - педагогические коллективы Российской Федерации и других стран содружества. Он и сейчас продолжает сотрудничество с ведущими научно-исследовательскими коллективами известных в мире институтов.

Сердечно поздравляем Бахтияра Рахматуллаевича Бабаджанова с 50-летием, желаем крепкого здоровья и дальнейших успехов в его врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности.

Ректорат и общественная организация Ургенчского филиала 1-Ташкентского медицинского института. Хорезмское областное управление здравоохранения.

Хорезмское областное научное общество хирургов.

Администрация Хорезмской областной клинической больницы №1.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения-99» «Эндовизуальная диагностика и лечение заболеваний системы дыхания и пищеварения».

I. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

Развитие современной техники в последние десятилетия принесло много нового для клинической медицины и, в частности, для хирургии. Появление эндоскопов с фиброволоконной оптикой и внедрение в практику эндоскопических методов исследования значительно расширило диагностические возможности при патологии билиопанкреатодуоденальной зоны. В настоящее время с помощью эндовизуальной техники решаются задачи как диагностического, так и лечебного плана при острых и хронических заболеваниях различных органов и систем.

Диагностическая эндоскопия, базирующаяся на современной световолоконной оптике, является непременным атрибутом в клинической практике и, в частности, в хирургии органов брюшной и грудной полости. Противопоказания к эндоскопическому исследованию практически отсутствуют, а его эффективность чрезвычайно высока, как при плановом обследовании, так и в экстренных ситуациях. Альтернативы этому методу, в настоящее время, не существует.

Это в равной степени относится и к перспективам лечебной эндоскопии (бронхо-эзофаго-гастро-дуодено-колоноскопии), ибо значительно расширились возможности, как проведения консервативной терапии, так и ряда хирургических манипуляций.

С внедрением в медицинскую практику эндохирургических вмешательств повышаются требования к проведению диагностической и лечебно-оперативной эндоскопии на высоком профессиональном уровне, так как в тактике хирургического лечения возможно комбинированное этапное применение эндохирургической операции и эндоскопических лечебно-оперативных манипуляций. Это, прежде всего проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии до или после лапароскопической холецистэктомии при доброкачественных поражениях терминального отдела холедоха и большого дуоденального соска.

Эндоскопическая служба в Республике занимает прочное место среди других профилей хирургии и разделов медицины. Она имеет определенную материально-техническую базу, кадровый потенциал, подготовка которого успешно проводится в отделении эндоскопии НЦХ им. акад. В. Вахидова МЗ РУз и хирургических кафедрах I и II ТашМИ.

Вместе с тем, нельзя не отметить ряд следующих трудностей и недостатков, имеющих в этой службе:

- трудности в приобретении новой и осуществление ремонта имеющейся аппаратуры и принадлежностей к ним;
- не в полной мере рационально используются дорогостоящие эндоскопические приборы;

- недостаточное стремление врачей-эндоскопистов к овладению, кроме эзофагогастроуденоскопии, бронхоскопией, колоноскопией и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографией;

- недостаточное внимание руководителей лечебных учреждений и заинтересованных клинических подразделений к внедрению этих необходимых методов диагностической и лечебной эндоскопией.

В Республике лишь единицы врачей-эндоскопистов владеют техникой ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), которые позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны. Невелик объем выполняемых колоноскопий, бронхоскопий, в том числе санационных, чрезвычайно необходимых в условиях реанимационных отделений.

В ЭТОЙ СВЯЗИ НАЗРЕЛА НЕОБХОДИМОСТЬ:

- пересмотра требований Аттестационной комиссии Минздрава РУз к врачам эндоскопистам при присвоении им первой и высшей квалификационной категории;

- подготовки эндоскопистов в отделении эндоскопии НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз и специализированных клиниках I и II ТашМИ с целью широкого и повсеместного внедрения таких эндоскопических процедур и манипуляций, как эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, диагностическая и санационная бронхоскопия;

- пересмотра форм отчетности по эндоскопической службе в целом с целью получения более полной информации о ее деятельности на местах;

- выделить из числа выпускников медицинских вузов врачей для их подготовки в качестве эндоскопистов с учетом потребности на местах и для работы в филиалах РНЦЭМП и специализированных клиниках.

II. ЭНДОВИЗУАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Появившаяся на стыке хирургии и научно-технического прогресса, оперативная эндоскопия, на сегодняшний день, одна из наиболее интенсивно развивающихся отраслей медицинской науки и техники. Сейчас с уверенностью можно утверждать, что перспективы развития хирургии в наступающем столетии в значительной степени будут связаны с развитием оперативной эндоскопии, основанной на внедрении новых высоких технологий. Уже сейчас удельный вес лапароскопических холецистэктомий в развитых странах доходит до 95% всех холецистэктомий, а география ее внедрения прогрессивно расширяется. Вслед за холецистэктомией, эндоскопические операции ста-

ли выполняться по поводу аппендицита, неосложненных грыж, кистозных образований, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опухолей толстого кишки, спаечной непроходимости и других заболеваний грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства. Применение эндоскопических способов лечения в нашей Республике позволило не только улучшить клинические результаты, но и дало значительный экономический эффект за счет экономии лекарственных препаратов и сокращения сроков реабилитации больных.

Таким образом, хирургическая эндоскопия для системы здравоохранения Республики стратегически необходима, высокоэффективна и экономически целесообразна.

В медицинских учреждениях Республики имеется 28 видеоскопических операционных установок (в г.Ташкенте - 12, областях и ККР - 16). Отмечается неуклонный рост оперативных вмешательств, выполненных с помощью этой высокотехнологической аппаратуры, прежде всего - лапароскопические холецистэктомии и торакокопические операции. Однако еще недостаточно широко выполняются операции аппендэктомия, грыжесечение, эхинококкэктомия и другие.

Перспектива эндовизуальной хирургии очевидна и ее развитие осуществляется по трем направлениям - в хирургии органов брюшной и грудной полости, акушерско-гинекологической патологии.

Для этого необходима централизация усилий как в плане подготовки специалистов по эндовизуальной хирургии, интенсификации научных исследований, так и ее материально-техническое оснащение.

Чрезвычайно важным является внедрение этих видов вмешательств в филиалах Республиканского центра экстренной медицинской помощи, вузовских клиниках при различных патологических состояниях органов грудной и брюшной полости.

Вместе с тем в реализации программы развития эндовизуальной хирургии имеется ряд недостатков:

Высокая диагностическая эффективность лапароскопии в выборе рационального метода лечения не

всегда находит нужное практическое применение. Поэтому популяризация современной диагностической и лечебной лапароскопии является необходимой.

Производство различных щадящих оперативных вмешательств с помощью лапароскопии, а также выполнения лечебных манипуляций, оценка эффективности консервативной терапии, и в ряде случаев различных хирургических вмешательств с помощью этого метода неизвестно широкому кругу врачей.

Высокая эффективность и безопасность широкого круга оперативных вмешательств могут быть обеспечены лишь при высокой квалификации хирургов-эндоскопистов, постоянно совершенствующих технику операций.

ОДНАКО:

- обучение специалистов по эндовизуальной хирургии проходит спонтанно и хаотично, в различных учреждениях, даже за пределами Республики, не хватает практических руководств по видеоскопической хирургии;

- нет единой, разработанной тактики освоения и внедрения новых технологий эндовизуальной хирургии;

- не изучена потребность в оснащении необходимой спецаппаратурой и эффективность функционирования имеющихся установок.

ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО:

- включить в формы отчетности о работе хирургического отделения число вмешательств, осуществляемых с помощью эндовизуальной техники (плановая и экстренная хирургия органов грудной, брюшной полости, акушерско-гинекологическая патология);

- возложить функцию координатора практической деятельности и научных разработок на НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз, хирургическую клинику ТашМИ II и НИИ акушерства и гинекологии МЗ РУз.

- разработать и внедрить формы отраслевых отчетов по работе этих отделений;

- представить в УМС МЗ РУз свои предложения о научных разработках по данной проблеме.