

О РЕФОРМЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. Сопуев

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, национальная реформа, государство.

ON THE REFORM OF NATIONAL HEALTH

A.A. Sopuev

NSC MoH KR, Bishkek, Kyrgyz Republic

Keywords: healthcare, financing, national reform, state.

После обретения независимости изменившиеся социально-политические условия в Кыргызстане привели к изменениям во всех сферах общества. Коснулось это и здравоохранения. Однако его низкая эффективность не уменьшает накал страстей в обществе по поиску наиболее оптимального пути реформирования национального здравоохранения. По моему мнению, за основу развития здравоохранения в Кыргызстане следует взять концепцию известного российского ученого А.В. Тихомирова о социально-ориентированной модернизации здравоохранения.

Обычно о здравоохранении судят по показателям социальной среды: заболеваемость, смертность и т.д., а также по медико-организационным показателям, таким как коечный фонд, посещения и т.д.

Как правило, о проблемах постсоветского здравоохранения говорят, исходя из пафоса профессии,

гуманности медицины и малости заработной платы медицинского персонала. Решения обычно усматриваются в повышении доли финансирования здравоохранения в ВВП, росте заработной платы медиков и заимствовании зарубежного опыта.

Организационно-финансовым состоянием здравоохранения недовольны одинаково медицинские работники и пациенты. Первые, будучи поставлены в социальное положение нищих, получают мзду от вторых, которые в результате содержат здравоохранение двойным бюджетом - за счет налогов и за счет поборов. При этом вторые в 4 раза более активны, чем первые, в предложениях путей исправления ситуации.

Государство же, пренебрегая ими, продолжает политику, унаследованную с прежних времен. Полагаясь на общепринятую в мире долю затрат на здравоохранение в ВВП, государство лишь увеличивает финансирование отрасли. Именно эти цели преследуют

приоритетные национальные проекты в здравоохранении.

Очевидно, не то и не так поставили во главу. А что во главе? Сформирована ли вообще перспективная модель здравоохранения и понимание того, как этого добиться с помощью реформ? Жизнь показывает, что нет. Нет ни идеологии пореформенного здравоохранения, ни идеологии реформ.

В настоящее время постсоветское здравоохранение - это социалистический анклав в капиталистическом окружении. Модель Семашко ориентирована на потребление, на использование ВВП. Здравоохранению сколько не дай - все будет мало. Потому что оно привыкло только тратить.

Однако в капиталистическом обществе социалистическая модель организации здравоохранения не работает. Работоспособной является такая модель здравоохранения, которая соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям капиталистического общества, как это существует повсеместно в мире.

За рубежом - такие же врачи и такие же пациенты. И здравоохранение есть везде. Там не было социализма, а потому товарные отношения в здравоохранении сложились изначально. И налоги там платят так же. Но почему-то и врачи живут достойно, и пациентов не унижают, и в большинстве - все довольны.

Отсюда возникают два вопроса: что за рубежом есть такое, чего нет у нас, и чего за рубежом нет такого, что есть

у нас.

За рубежом есть товарные отношения, основанные на договоре. И если плательщиком является не сам гражданин, то в его пользу платит третье лицо, в том числе государство.

За рубежом нет учреждений здравоохранения. Учреждения - есть (в германской группе государств), но они основаны на собственном имуществе. А учреждений здравоохранения - нет. Куда обращается гражданин за медицинской помощью? К частнопрактикующему врачу либо в частную медицинскую организацию. Этот бизнес основан на частной, а не публичной (государственной) собственности. Есть и исключения, когда государство нетоварным путем дотирует медицинские организации. Но они не становятся от этого государственными. Различия лишь в том, коммерческими или некоммерческими они являются, то есть работают на дивиденды учредителям или обращают прибыль на реинвестирование осуществляемой деятельности.

В Кыргызстане учреждения основаны не на своем имуществе. Получают - не свое, используют - не свое, тратят - не свое. Государственное. Основанные на несобственном имуществе, учреждения здравоохранения безответственны перед пациентом. Они безответственны и перед собственником (государством), оплачивающим их долги оплачиваются из казны.

Иждивенчество является модусом существования национального здравоохранения. Это развращает как администрацию, так и персонал, безразличных к тому, что не

составляет их личного имущественного интереса, и, напротив, живо заинтересованных в том, что обеспечивает их личными доходами. Отсюда - коррупция и мздоимство.

Равно главные врачи учреждений здравоохранения, заведующие отделениями и врачебный персонал различают доходы и заработную плату, и рост первых во времени опережает рост второй. При этом руководители учреждений здравоохранения, т. е. лица, принимающие решения, не мыслят экономическими категориями, что было бы обязательно, будь они причастны к реальному нахождению в экономическом обороте.

Государство содержит учреждения здравоохранения из казны. Но и доходы забирает в казну. Деньгами государство, по существу, платит самому себе. А с пациентами расплачивается медицинскими услугами, оказываемыми учреждениями здравоохранения. Пациенты - вне механизма оплаты этих услуг. В принципе они нужны для этого лишь как "посещения" и "койки". Государство позиционируется не на стороне пациента, а на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения.

Это обуславливает существующую структуру нерыночной экономики здравоохранения, которая, будучи основана на использовании ВВП, охватывает бюджетные учреждения здравоохранения и, по существу, противостоит рыночной экономике создания ВВП в здравоохранении, формируемой частными медицинскими организациями. Единой экономики здравоохранения не существует.

А в качестве отрасли здравоохранение охватывает государственные органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения: первые - вне экономики, вторые - вне рыночной экономики (рыночную экономику создает только частная медицина). Но, будучи в части - хотя бы и квази-эксплуатационной - экономикой, здравоохранение не находит соответствующего места и в механизме государства. Здравоохранение не относится к государственной службе. Тем самым здравоохранение не является отраслью экономики, одновременно не входя в механизм государства. Положение здравоохранения как отрасли является неопределенным.

И как собственник учреждений здравоохранения, и как плательщик за оказываемые ими гражданам медицинские услуги государство лишь декларирует позиционирование здравоохранения в социальной сфере, на деле - то есть имущественной зависимостью - не выпуская его за пределы публичной сферы. Такого рода диссоциация имеет исключительно центростремительную имущественную природу и лишает складывающиеся в здравоохранении отношения свойств товарообмена, а платежный механизм - ориентации на интересы пациента.

Тем самым задачами реформирования здравоохранения являются:

- превращение учреждений здравоохранения в организации, отвечающие по своим делам, в том числе перед пациентом, собственными деньгами;
- включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг;

- достижение баланса экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов при оплате медицинских услуг.

Превращение учреждений здравоохранения в собственников возможно путем преобразования в формы частных организаций (партикуляризация), что связано с приватизацией закрепленного за ними имущества. С целью ее избежать существует механизм предварительного изъятия у них этого имущества и создания на его основе по всей республике сети объектов здравоохранения для размещения субъектов медицинской деятельности на условиях аренды.

Включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг состоит в наделении их единым платежным документом так, чтобы каждый был волен выбирать медицинскую организацию и голосовать государственными деньгами за свой выбор.

Экономию государственных затрат на социальную сферу способно обеспечить сведение многочисленных на сегодняшний день фондов в единый медико-социальный фонд, в рамках которого должная диверсификация по направлениям оплаты приведет к прозрачному учету финансовых операций, предотвращая возможные злоупотребления.

Для оперативности производства платежей и воспроизводства средств, обслуживающих интересы общества, в том числе финансирования здравоохранения, необходимо их отделение от средств, обслуживающих интересы государства. Если управление вторыми - удел казначейства, то первые для управления в соответствии с названными целями нуждаются в размещении в банке. Такой банк может быть учрежден государством. В нем также могут размещаться капиталы субъектов медицинской деятельности, и в этом случае он становится зеркалом экономического оборота в здравоохранении.

Баланс экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов достигается через создание механизма регулирования себестоимости медицинских услуг с помощью налоговых послаблений, экономических компенсаций и льгот, в частности при оплате аренды.

Тем самым социально-ориентированная прагматизация здравоохранения способна обеспечить радикальное исправление нынешнего положения дел в здравоохранении, избирательно ассимилировав зарубежный опыт и вобрав лучшее из нашего здравоохранения.

КОМБИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГС+УФО+ГБО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

К.К. Акназаров, Б.А. Керимкулов

Лаборатория неспецифической интенсивной терапии,

Национальный хирургический центр МЗ КР,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлен анализ результатов лечения больных, которым по поводу развития перитонита в раннем послеоперационном периоде осуществляли повторные оперативные вмешательства, а в комплексе традиционных методов детоксикации в ряде случаев использовалась гемосорбция (ГС) в сочетании с ультрафиолетовым облучением аутокрови (УФОК), а также гипербарическая оксигенация (ГБО) как средство лечения инфекционного процесса брюшной полости, сопровождающегося тяжёлой степенью эндотоксикоза. Показано, что элиминация из организма токсинов, улучшение состояния микроциркуляторного русла с соответствующим восстановлением трофики тканей, обусловленные воздействием указанных методов интенсивной терапии, могут оказаться более действенными средствами в ликвидации последствий септических осложнений со стороны органов брюшной полости.

Ключевые слова: гемосорбция, гипербарическая оксигенация, УФО, эндотоксикоз, перитонит.

COMBINED APPLICATION OF HS + UVI + HBO IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS

K.K. Aknazarov, B.A. Kerimkulov

Laboratory of Nonspecific Intensive Care,

National Surgical Center MZ KR,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article presents an analysis of the results of treatment of patients who underwent repeated surgical interventions for the development of peritonitis in the early postoperative period, and in a set of traditional methods of detoxification in some cases hemosorption (HS) was used in combination with ultraviolet radiation of autoblood (UVI), and also hyperbaric oxygen (HBO) as a means of treating an infectious process of the abdominal cavity, accompanied by severe endotoxemia. It is shown that elimination of toxins from the body, improvement of the microcirculatory bed with a corresponding restoration of trophism of tissues, caused by the impact of these methods of intensive therapy, may be more effective means in eliminating the consequences of septic complications from the abdominal cavity organs.

Key words: hemosorption, hyperbaric oxygenation, ultraviolet irradiation, endotoxemia, peritonitis.

Оставаясь одним из сложнейших разделов хирургической деятельности, перитонит занимает первое место по частоте среди причин релапаротомии, что связано в определённой степени с бесперспективностью альтернативных методов лечения, несочетающихся с санацией брюшной полости. В свою очередь повторные оперативные вмешательства, имеющие цель ликвидировать источник инфицированной поверхности брюшины оказываются неэффективными в случае далеко зашедшего интраабдоминального сепсиса, ввиду насыщения кровеносного русла многочисленными токсинами, резорбившимися из очага инфекции. Трудности в том, что попытка ликвидировать все факторы, предрасполагающие к прогрессированию перитонита после операции релапаротомии, наоборот, временно приводят к ухудшению результатов оперативного вмешательства, в связи с травматизацией органов брюшной полости с последующим парезом

кишечника, интоксикацией и снижением иммунологического статуса организма [1,2,3,4].

Целью настоящего исследования является анализ результатов лечения больных, которым по поводу развития перитонита в раннем послеоперационном периоде осуществляли повторные оперативные вмешательства, а в комплексе традиционных методов детоксикации в ряде случаев использовалась гемосорбция (ГС) в сочетании с ультрафиолетовым облучением аутокрови (УФОК), а также гипербарическая оксигенация (ГБО) как средство лечения инфекционного процесса брюшной полости, сопровождающегося тяжёлой степенью эндотоксикоза.

Материалы и методы. Изучены исходы у 51 больных с послеоперационным перитонитом. Этиология данного патологического процесса представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная оценка применения комбинированных методов детоксикации на летальность

Этиология перитонита	ГС+УФОК+ГБО		Традиционные методы	
	оперир.	Умерли	оперир.	Умерли
перфоративный	11	2	14	4
абсцессогенный	2	-	3	2
панкреонекроз	3	1	4	2
кишечная непроходимость	3	1	4	2
тромбоз мезентериальных сосудов	1	-	2	1
гнойно-септические заболевания органов малого таза	1	-	3	1
всего	21	4	30	12

При изучении летальных исходов у данных больных обязательно учитывали сроки осуществления повторных вмешательств, стадию и степень перитонита с эндотоксикозом. Из 30 больных, которым проведены традиционные методы лечения 68% (19 случаев) были в токсической стадии перитонита, сопровождающегося переходом эндотоксикоза II ст. в III степень. Из 21 больного, где

применена комбинированная экстракорпоральная детоксикация (ЭКД) 76% (15 случаев) с токсической фазой перитонита, сопровождающегося II-III степенью эндотоксикоза. Были изучены также и взаимосвязи между характером перитонита, источником развития воспалительного процесса брюшной полости, с одной стороны, и вариантом течения заболевания с другой (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость летальности от этиологии перитонита

	Гангр.- перф. аппенд-т.	Гангр.- перф. холец-т.	Перф. язва желудка и 12- п. к.	Рак желудка	Ущемл. грыжа	Рак толстой кишки
Число оперир-х	3	1	2	1	1	1
из них умерли	1	-	1	1	-	-

Помимо перфоративного перитонита анализировались: исходы перитонита, развившегося на фоне прорыва абсцесса в брюшную полость, ферментативного перитонита, последствий тромбоза брыжеечных сосудов, а также на фоне кишечной непроходимости и гнойно-септических заболеваний органов малого таза у женщин.

Из числа больных с релапаротомиями через сутки и более с момента развития осложнения, выжили лишь те пациенты, которые в комплексе мероприятий получали ГС+УФОК+ГБО. Исключением явились 2 случая, где из-за недостаточности гастроэнтеро-анастомоза использовались другие

методы иммунокоррекции; переливание крови, нативной плазмы, введение g-глобулина, тималина.

Из вышеуказанных таблиц следует, что не только сроки устранения дальнейшего инфицирования брюшной полости при релапаротомии играют роль в эффективности оказываемой помощи, но и своевременное использование комбинированных эфферентных методов лечения при имеющейся острой печёночной недостаточности на фоне панкреонекроза, длительно поддерживающейся желтухе с последующим развитием плеврита, перикардита. Особенно надо отметить, что ЭКД является

эффективной лишь тогда, когда ещё не развились необратимые процессы в жизненно-важных органах.

Из числа больных, которым проводилась релапаротомия в первые сутки после развития осложнений, и применялся комплекс мер по ликвидации интоксикационного синдрома вышеописанными методами в сочетании с неспецифической коррекцией иммунитета и кислотно-щелочного равновесия

посредством ГБО, погиб один пациент с каловым перитонитом. Причиной летального исхода в данном случае явился септический шок.

Влияние ЭКД в сочетании с вышеуказанными средствами иммуно-коррекции на течение вторичного послеоперационного перитонита представлено в таблице 3.

Таблица 3

Эффективность релапаротомии в зависимости от сроков её осуществления с момента развития осложнений

Варианты интенсивной терапии	релапаротомии			
	в течение 1 суток		через 24 ч. и более	
	опер	умерли	опер.	умерли
ГС+УФОК+ГБО	9	5	12	7
традиционный метод	18	12	14	11

У 9 больных санация брюшной полости, предпринятая в первые сутки вторичного послеоперационного перитонита и дополненная методами современной дезинтоксикационной терапии, способствовала abortивному течению патологического процесса.

Результаты и их обсуждение. Анализируя результаты комплексного лечения послеоперационного перитонита, нельзя не отметить, что использование ГС+УФОК+ГБО на фоне проведённой в первые сутки повторной операции дало положительные результаты лишь у 4 из 9 больных. Причины летальных исходов обусловлены в данном случае особенностями исходного состояния оперированных больных и опасными осложнениями,

развившимися в послеоперационном поле. В частности, при сравнительной оценке уровня общего белка сыворотки крови и уровня калия перед первой операцией у больных, которые получали в дальнейшем комплексную интенсивную терапию, и у тех пациентов, которые лечились традиционными методами, выявлено, что ГС+УФОК+ГБО проводились у наиболее тяжёлой категории оперированных. Выраженные нарушения гомеостаза в дооперационном периоде, в конечном счёте, явились основанием для применения многокомпонентной лечебной программы. В то же время у больных, не получавших данных методов дезинтоксикационной терапии, уровень общего белка более чем на 30% превышал таковой у лиц,

имевших абсолютные показания для использования всех средств борьбы с перитонитом.

Оценивая значение методов оказания дополнительной помощи больным с послеоперационным перитонитом следует отметить, что данные приёмы, не являясь панацеей, могут привести к благоприятному исходу в некоторых часто встречающихся клинических ситуациях при условии адекватной ликвидации кишечной непроходимости с декомпрессией кишечника через энтеростому, раннего ограничения и дренирования источника желчного перитонита, возникновения очевидной картины перфоративного послеоперационного инфицирования брюшной полости.

Учитывая тот факт, что у каждого второго пациента с послеоперационным перитонитом причиной его оказывалась несостоятельность швов анастомоза, что соответствует средним данным мировой статистики [5,6], нами были рассмотрены основные причины, сыгравшие роль в формировании фатального осложнения. В процессе анализа учитывались сведения об уровне гемоглобина, общего белка и его фракций сыворотки крови, способ формирования соустья между полыми органами, параметры гемодинамики и варианты их коррекции, равно как и способ предоперационной подготовки. Выяснено, в частности, что степень выраженности дооперационной анемии, а также интраоперационной кровопотери в сочетании с резкими колебаниями артериального давления в ходе оперативного вмешательства прямо пропорциональна частоте развития несостоятельности швов анастомоза в результате некроза

стенки по противобрыжеечному краю на фоне его недостаточного кровоснабжения. При этом эффективными, предупреждающими развитие несостоятельности анастомоза могут быть сеансы гипербарической оксигенации, но при условии перманентного режима терапии подобного рода на протяжении первых 8-10 суток после операции, что обусловлено протективным воздействием баротерапии на ишемизированную стенку кишки.

Таким образом, вопросы лечебной тактики у больных с развившимися после операций на органах брюшной полости абдоминальными осложнениями септического плана требуют своего индивидуального разрешения с привлечением новейших достижений хирургии и реаниматологии. Проведённые исследования по эффективности применения ГС, УФОК и ГБО в комплексе терапевтических мероприятий при лечении больных с послеоперационным перитонитом показали, что элиминация из организма токсинов, улучшение состояния микроциркуляторного русла с соответствующим восстановлением трофики тканей, обусловленные воздействием указанных методов интенсивной терапии, могут оказаться более действенными средствами в ликвидации последствий септических осложнений со стороны органов брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Гипербарическая оксигенация при критических состояниях в хирургии.- Ярославль, 1981.
2. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., Белокуров С.Ю. Структура эндотоксикаций при перитонитах и пути её устранения.//Вестник хирургии.-1987.-№10.-С. 42-46.
3. Карякин А.М., Пестерева Н.А. Данные к патогенезу острого перитонита//Вестник хирургии. - 1982. -№ 11. -С. 18-21.
4. Карякин А.М., Сула П.А. Влияние экстракорпоральной гемосорбции и УФО крови на иммунологическое состояние больных с разлитым гнойным перитонитом/Острый перитонит.- Л., 1984.- С.54-56.
5. Кузин М.И., Сукраб О.С., Сорокина М.И., Колесникова А.И. Лечение распространённого гнойного перитонита в терминальной стадии//31-й Всесоюзный съезд хирургов: Тезисы докладов и сообщений.-Ташкент, 1986.-С.45-46.
6. Кулемин В.В., Евтихов Р.М., Грязнов С.Н. и др. Комплексное лечение перитонита с применением гипербарической оксигенации, гемосорбции и ультрафиолетового облучения крови//31-й Всесоюзный съезд хирургов: Тезисы докладов и сообщений.-Ташкент, 1986.-С.47-48.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Б.А. Акматов, А.И. Мусаев, Ж.А. Кочконбаев

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. Предложен метод ликвидации желчного свища при эхинококкэктомии печени, он позволяет надежно и герметично укрыть свищевое отверстие.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, механическая желтуха, желчный свищ, хирургическое лечение, осложнение.

NEW APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER, COMPLICATED BY MECHANICAL VARIETY

B.A. Akmatov, A.I. Musaev, J.A. Kochkonbaev

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Summary. A method for the elimination of biliary fistula during liver echinococcectomy is proposed, it allows you to safely and tightly cover the fistulous opening.

Key words: liver echinococcosis, obstructive jaundice, biliary fistula, surgical treatment, complication.

Одним из грозных осложнений эхинококкоза печени является механическая желтуха, которая может быть обусловлена либо сдавлением желчных протоков (при расположении кист в области ворот печени), либо прорывом кист в желчные пути, что бывает значительно чаще [1,2,3].

Под нашим наблюдением находилось 26 больных, из которых у 20 произошла перфорация эхинококковой кисты в

желчные пути с последующим развитием механической желтухи и у 6 пациентов имело место центральное расположение кист (у ворот печени), которые вызвали сдавление путей и вели к нарушению оттока желчи, препятствуя свободному поступлению желчи в кишечник.

В данном случае в зависимости от выраженности гнойно-воспалительного процесса в желчных путях, билиарной гипертензии имелось и определенная

симптоматика этого довольно грозного осложнения.

Так, у больных с центральным расположением кист, когда имело место давление желчных протоков, наблюдалась тупая боль в правом подреберье, общая слабость, постепенное нарастание желтухи, затем, присоединилось повышение температуры, признаки токсической энцефалопатии.

Совершенно иная картина отмечена у больных, у которых желтуха была обусловлена прорывом кисты в желчные пути: боль в животе появлялась внезапно, уже в первые сутки наблюдался озноб, быстро ухудшалось общее состояние, нарастала желтуха. Из 20 больных с прорвавшимися кистами 17 были доставлены в клинику с диагнозом острого холецистита, перитонит, и лишь трое с диагнозом эхинококкоза, поскольку у них ранее был выявлен этот диагноз.

Все больные были подвергнуты хирургическому лечению. Используемые хирургические методы при прорыве кист в желчные протоки преследовали следующие задачи: удаление эхинококковой кисты, ликвидация свища, восстановление проходимости желчных путей и как последний этап операции ликвидация полости фиброзной капсулы и холецистэктомия.

Очень важное значение из всех этапов операции имеет тщательная ликвидация свища, ибо в противном случае возникают желчные свищи, длительное время не имеющие тенденции к закрытию, порой

требующие повторного оперативного вмешательства.

При вскрытии кисты и удалении элементов эхинококкоза у большинства больных удается обнаружить желчный свищ, но если это не удается, то ретроградно вводилось красящее вещество в холедох, предварительно прижав его в дистальном отделе. По месту появления окрашенного раствора в полости фиброзной капсулы обнаруживали свищ и затем ее ликвидировали, производили холедохотомию, удаляли из ее просвета элементы эхинококковой кисты, которыми, как правило, они забиты. Операцию заканчивали обязательным наружным дренированием желчных путей, что создавало декомпрессию и способствовало заживлению свища.

Кроме этого, у всех больных обязательно выполняли холецистэктомию, так как при таком осложнении в просвет желчного пузыря попадают дочерние и внучатые пузыри, которые могут быть причиной рецидивного эхинококкоза.

Как отмечено выше, важным и довольно трудным этапом операции является ликвидация желчного свища.

В настоящее время наиболее распространенным видом ликвидации свища является его ушивание. Но если отверстие является желчным свищем крупного протока, что почти всегда имеет место при эхинококкозе с прорывом кист в желчные пути и возникновением механической

желтухи, наложение таких швов может вызвать нарушение его проходимости (стриктуры) с вытекающими за этим осложнениями

последствиями. Для решения этого вопроса мы подошли несколько иначе и предлагаем новый способ (рисунок).

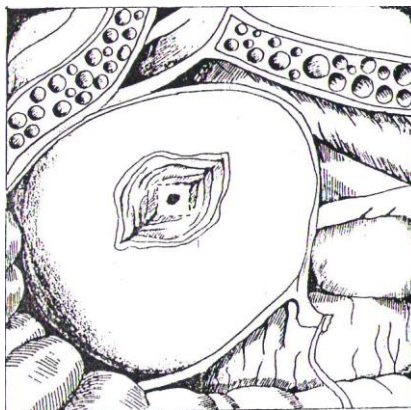


Рис. Метод ликвидации желчного свища.

После эхинококкэктомии и обработки полости фиброзной капсулы производим ревизию последней. После обнаружения желчного свища приступаем к его ликвидации. Для этого предварительно из париетальной брюшины выкраиваем свободный лоскут (3х3 см., 4х4 см.), после осушивания полости вокруг свищевого отверстия наносим тонкий слой цианокрилатного клея и туда переносим участок свободной аутобрюшины. Лоскут прижимается к области свищевого отверстия марлевым тупфером в течении 2- 3 мин. Этот метод позволяет надежно и герметично укрыть свищевое отверстие, после этого приступаем к ликвидации полости фиброзной капсулы. Для этого свободную часть фиброзной капсулы погружаем на дно кисты к месту наложения заплаты на свищ, а затем, сверху накладывали узловые швы. В

результате погружения части фиброзной капсулы происходило более плотное удержание лоскута брюшины. Здесь нет условий для рецидива свища, а следовательно и нет условий для возникновения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акматов Б.А. "Эхинококкоз" Бишкек 1994.-157с.
2. Белеков Ж.О, "Механическая желтуха при эхинококкозе печени"// Материалы 1 конгресса хирургов Казахстана, Алматы 1997.-С. 58-59.
3. Вахидов А.В., Ильханов Ф.А., Икрамов А.И. Эхинококкоз печени, осложненный прорывом в желчные пути: возможности лазерной, плазменной, ультразвуковой и эндоскопической техники" // Новые технологии в хирургической гепатологии: материалы 3 конференции хирургов - гепатологов. 14-16 июня 1995 года. с-н,б., 1995. - С. 100-102.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

С.М. Ахунбаев, Х.С. Бебезов, М.И. Бейшембаев, Э.Т. Соодонбеков,
А.К. Тойгонбеков, У.С. Назаров

Национальный центр онкологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ выживаемости больных раком пищевода различных стадий после проведенного радикального хирургического лечения. Отмечено, что средняя пятилетняя выживаемость после одномоментных операций составила 10,0%. В тоже время, после операции Добромыслова-Торека 5-летний рубеж не пережил ни один больной. При операции Льюиса данный показатель был 8,0%, при операциях Герлока - 11,8%. Скорректированная пятилетняя выживаемость при операции Льюиса составила $12,0 \pm 8,6\%$, при операции Герлока - $12,4 \pm 8,1\%$. При подсчете выживаемости актуриальным методом, где учитывались все не прослеженные случаи, причины выбытия, причины летальности пятилетняя выживаемость после операции Льюиса составила 25,0%, после операции Герлока - 17,6%, в целом при всех операциях за весь период - 20,0%. Мы считаем подсчет выживаемости больных актуриальным методом более объективным. На прогноз у оперированных больных раком грудных отделов пищевода в большей мере влияют протяженность опухоли в пищеводе, ее морфологическая структура и наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение, летальность, выживаемость, прогноз.

SURVIVAL OF PATIENTS WITH EDUCATION OF ETHESIS AFTER DIFFERENT MODIFICATIONS OF RADICAL OPERATIONS

S.M. Akhunbaev, Kh.S. Bebezov, M.I. Beishembaev, E.T. Soodonbekov,
A.K. Toigonbekov, U.S. Nazarov

National Center of Oncology, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The analysis of the survival rate of patients with cancer of the esophagus of various stages after the radical surgery was carried out. It is noted that the average five-year survival rate after single-step operations was 10.0%. At the same time, after Dobromyslov-Torek's operation, no one patient survived the 5-year milestone. In Lewis operation this index was 8.0%, in Garlock's operations - 11.8%. The adjusted five-year survival rate for Lewis was $12.0 \pm 8.6\%$, for Garlock's - $12.4 \pm 8.1\%$. When calculating the survival rate by the

actual method, where all non-tracked cases were taken into account, the reasons for retirement, the causes of mortality, the five-year survival rate after the Lewis operation was 25.0%, after Garlock's operation - 17.6%, in general for all operations for the entire period - 20.0% We consider the calculation of the survival rate of patients with the topical method is more objective. The prognosis of the operated patients with cancer of the thoracic esophagus is more affected by the length of the tumor in the esophagus, its morphological structure and the presence of metastases in the regional lymph nodes.

Key words: esophagus cancer, surgical treatment, mortality, survival, prognosis.

Введение. Хирургическое лечение рака пищевода является сложной и плохо разрешенной проблемой. Результаты радикальных оперативных вмешательств из-за множества привходящих моментов до сих пор остаются малоутешительными. И это притом, что сегодня всеми исследователями признается тот факт, что в сравнении с лучевым и химиотерапевтическим методами лечения, только хирургический дает относительно высокие шансы больному на выздоровление. В большинстве ведущих клиник мира при раке пищевода преимущество отдается одномоментным радикальным операциям с последующей гастропластикой. В Кыргызском НИИ онкологии и радиологии указанные оперативные вмешательства широкое применение нашли с 1998 года. С тех пор, операция Добромыслова-Торека стала лишь операцией резерва.

Материалы и методы

Материалом для представляемого исследования послужили 95 больных, получивших радикальное хирургическое лечение в отделении торакальной онкологии

Кыргызского НИИ онкологии и радиологии за период 1968-1997 гг. Возраст больных колебался от 38 до 68 лет (медиана-55,4). Мужчины составили 83,2% (79), женщины-16,8% (16) от общего числа оперированных. Все больные в предоперационный период прошли комплексное обследование. Распределение по стадиям производилось согласно Международной классификации TNM (1989). Стадия $T_2N_0M_0$ заболевания диагностирована в 29,5% случаев, стадия $T_3N_0M_0$ - у 53,1% больных, $T_4N_0M_0$ - в 7,0%. У 98,6% больных диагноз подтвержден морфологическим исследованием.

Протяженность опухолевого процесса по пищеводу колебалась от 1,5 до 12 см. Экзофитная форма роста опухоли отмечалась у 13 (13,8%) оперированных, эндофитный характер роста - у 53 (55,7%), смешанная форма обнаружена у 29 (30,5%). Метастазы в регионарные лимфоузлы выявлены у 47 (49,5%).

Все больные прошли курс предоперационной подготовки и были распределены на 2 основные группы в зависимости от периода проведения хирургического лечения. В 1 группу были включены 34

больных оперированных в период с 1967 по 1982 годы, во 2 группу вошел 61 больной, получивший лечение в период с 1983 по 1997 годы. Всем были произведены различные модификации радикальных операций.

Оценка результатов лечения проводилась согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (Женева, 1978).

Результаты исследования и их обсуждение.

Основным показателем отдаленных результатов хирургического лечения в онкологии является показатель выживаемости. Вероятность летальности с каждым годом, прожитым больным после операции снижается. Подобное же явление отмечено и в нашем исследовании. Был проведен сравнительный анализ выживаемости в контрольной и основной группах

исследуемых больных в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Выживаемость больных после хирургического лечения рака пищевода по месяцам в период 1967-1982 гг. показана в таблице 1. Необходимо отметить, что процент выживаемости рассчитывался из общего количества больных выписанных из стационара. Всех 22 больных нам удалось проследить. Конечно, если бы расчет велся от общего количества оперированных больных, то процент выживаемости был бы значительно ниже. Но, учитывая тот факт, что ежегодно оперировалось незначительное количество больных вследствие недостаточных технических возможностей, мы посчитали более объективным провести подсчет от количества больных перенесших операции.

Таблица 1

Выживаемость больных после хирургического лечения (1967-1982 гг.)

Операция	Кол-во вып.	Сроки жизни (%)				
		12-24 мес.	24-36 мес.	36-48 мес.	48-60 мес.	Свыше 60 мес.
Операция Торека	12	5 (41,6)	3 (25,0)	2 (16,7)	2 (16,7)	0
Резекция пищевода	10	7 (70,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (10,0)
Всего	22	12 (54,6)	6 (27,3)	4 (18,2)	4 (18,2)	1 (4,6)

$p > 0,05$

Как видно из таблицы 1, пятилетний рубеж не пережил ни один больной после операции Добромыслова-Торека. Только одна больная с диагнозом рак нижнегрудного отдела пищевода, которой выполнена транс-торакальная резекция пищевода, прожила более 5 лет.

При этом скорректированный показатель выживаемости для резекций пищевода составил $9,8 \pm 9,2\%$. В целом для всех больных, получивших хирургическое лечение за период 1967-1982 гг. скорректированная выживаемость была $4,5 \pm 4,3\%$.

Таблица 2

Выживаемость больных после хирургического лечения (1983-1997 гг.)

Операция	Кол-во вып.	Сроки жизни (%)				
		12-24 мес.	24-36 мес.	36-48 мес.	48-60 мес.	Свыше 60 мес.
Операция Льюиса	25	13 (52,0)	7 (26,0)	6 (24,0)	2 (8,0)	2 (8,0)
Операция Герлока	17	7 (41,2)	4 (23,5)	3 (17,6)	2 (11,8)	2 (11,8)
Прочие	3	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Всего	45	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

 $p > 0,05$

Расчет выживаемости в период 1983-1997 гг. осуществлялся по тем же правилам, что и в первом случае. Из 25 больных, выживших после операции Льюиса удалось проследить всех больных, но следует отметить, что 1 больной, проживший 37 месяцев погиб в результате дорожной аварии, судьбу трех больных проживших 36-38 месяцев проследить не удалось в результате переезда их семей на постоянное место жительства в

Россию и Германию (все указанные случаи составили 8,9% до конца не прослеженных больных). Среди 17 больных переживших операцию Герлока не удалось проследить судьбу одного больного, поэтому он был исключен из исследования при подсчете выживаемости (табл. 2).

Сводная выживаемость больных после различных видов радикальных операций по месяцам представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Выживаемость больных после различных видов операций.

Как видно из рисунка 1, средняя пятилетняя выживаемость после одномоментных операций составила 10,0%. В тоже время, после операции Добромыслова-Торека 5-летний рубеж не пережил ни один больной. При операции Льюиса данный показатель был 8,0%, при операциях Герлока - 11,8%. Скорректированная пятилетняя выживаемость при операции Льюиса составила $12,0 \pm 8,6\%$, при операции Герлока - $12,4 \pm 8,1\%$. При подсчете выживаемости актуальным методом, где учитывались все не прослеженные случаи, причины выбытия, причины летальности пятилетняя выживаемость после операции Льюиса составила 25,0%, после операции Герлока - 17,6%, в целом при всех операциях за весь период - 20,0%. Мы считаем подсчет выживаемости больных актуальным методом более объективным.

Анализируя выживаемость после одномоментных и многоэтапных операций по поводу рака пищевода

видно, что этот показатель выше при одномоментных операциях в среднем на 5-6%.

Для того, чтобы лучше разобраться в причинах летальности в поздние сроки после операции больных раком грудных отделов пищевода был проведен анализ выживаемости в зависимости от различных характеристик опухолевого процесса в пищеводе и за его пределами в группе больных получивших лечение с 1983 по 1997 год. В качестве основных критериев опухоли, в конечном итоге влияющих на продолжительность жизни оперированных больных взяты: стадия опухолевого процесса; протяженность по длиннику пищевода, анатомическая форма роста, гистологическая структура, глубина инвазии первичной опухоли; наличие регионарных метастазов. Во всех случаях $p > 0,05$, что говорит о недостоверности полученных результатов. Тем не менее, общие закономерности прослеживаются отчетливо.

Таблица 3

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от стадии опухолевого процесса

Стадия	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
T2N0M0	4	3	3	1	1
T2N1M0	1	1	1	1	1
T3N0M0	7	5	4	2	2
T3N1M0	9	3	2	1	1
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

$p > 0,05$

При анализе таблицы 3 видно, что на пятилетнюю продолжительность

жизни у оперированных больных стадия опухолевого развития не

оказывает существенного влияния. Тем не менее, можно сделать вывод, что при стадиях T₂NoMo и T₂NiMo вероятность жизни до 48 месяцев выше, чем у больных с распространенными стадиями заболевания (T₃N0M0 и T₃NiMo). Так, из 5 больных с ранними стадиями процесса до 36 месяцев дожили 4 (80,0%), а при

распространенных стадиях из 16 больных до указанного рубежа дожили только 6 (37,5% от числа переживших один год после операции). Здесь необходимо указать, что судьба двух пациентов с начальными стадиями, прожившими 36 и 37 месяцев соответственно, не была выяснена из-за их отъезда за пределы Кыргызстана.

Таблица 4

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от протяженности опухоли по пищеводу

Протяженность	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
До 3 см	3	3	3	2	2
3-6 см	12	7	5	3	3
6-9 см	5	2	1	-	-
Свыше 9см	1	-	-	-	-
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

$p > 0,05$

Из таблицы 4 видно, что протяженность опухолевого процесса оказывает выраженное влияние на продолжительность жизни у оперированных больных. Так, ни один больной с протяженностью опухоли по длиннику пищевода более 6 см не дожил до четырех лет. И, наоборот, из 3 больных с маленькой протяженностью (до 3 см) двое прожили больше 5 лет. Таким образом, можно сделать вывод, что чем меньше протяженность первичной опухоли в пищеводе, тем выше вероятность успеха оперативного вмешательства, и чем больше протяженность - тем ниже

выживаемость после хирургического лечения.

При анализе влияния анатомической формы роста первичной опухоли в пищеводе на выживаемость оперированных больных вытекает, что экзофитная форма роста опухоли имеет более благоприятный прогноз, чем эндофитный (инфильтративный). Так, из 7 больных с экзофитным характером роста, проживших более 1 года после операции, пятилетний рубеж пережили двое (28,6%), в то время как, при эндофитных опухолях указанное время прожили те же 2 больных, но из 13 переживших 1 год (15,4%) (табл. 5).

Таблица 5

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от анатомической формы роста опухоли

Форма опухоли	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
Экзофитная	7	4	4	2	2
Эндофитная.	13	7	5	2	2
Смешанная	1	1	1	1	1
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

$p > 0,05$

Из таблицы 6 вытекает, что инвазия опухоли в стенку органа на пятилетнюю выживаемость не оказала существенного влияния. Так, в тех случаях, когда опухолевый процесс ограничивался мышечным слоем, более 5 лет

прожили 3 больных (27,3% от больных проживших более 1 года). Приблизительно такой же процент (22,2%) переживших пятилетний рубеж отмечается и при прорастании опухоли всех слоев стенки пищевода.

Таблица 6

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от глубины опухолевой инвазии

Инвазия	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
Мышечный	11	7	6	3	3
Все слои	9	4	3	2	2
Нет препарата	1	1	1	-	-
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

$p > 0,05$

Таблица 7

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от наличия метастазов в регионарных лимфоузлах

Метастазы	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
Имелись	10	4	3	2	2
Не было	11	8	7	3	3
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

$p > 0,05$

Как видно из таблицы 7, достоверных различий в показателях пятилетней выживаемости больных, проживших после операции более 1 года, в зависимости от наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах не обнаружено. В группе больных, у которых были выявлены во время операции и подтверждены морфологически метастазы в регионарные лимфатические узлы более 5 лет прожили 2 из 10. Среди 11 больных, у которых метастазов не обнаружено, данный срок пережили 3 пациента.

Из анализа таблицы 8, можно сделать вывод, что наименее благоприятными в прогностическом плане оказались аденокарцинома и недифференцированный рак. Из 5 больных с аденокарциномой и 2 больных с недифференцированным раком пищевода, получивших оперативное лечение, все больные погибли в сроки до 1 года. Наиболее благоприятный прогноз при хирургическом лечении рака пищевода имеют больные с плоскоклеточным ороговевающим раком (26,7% от числа проживших 1 год после операции).

Таблица 8

Выживаемость больных после хирургического лечения в зависимости от гистологической структуры опухоли

Структура	Сроки в месяцах (%).				
	12-24	24-36	36-48	48-60	Свыше 60
ПлКлОР*	15	8	8	4	4
ПлКлНР**	6	4	2	1	1
Всего	21 (46,7)	12 (26,7)	10 (22,2)	5 (11,1)	5 (11,1)

*-плоскоклеточный ороговевающий рак

** -плоскоклеточный неороговевающий рак

Обобщая полученные данные о влиянии различных характеристик опухолевого процесса в пищеводе, можно сказать, что на прогноз у оперированных больных раком грудных отделов пищевода в большей мере влияют протяженность опухоли в пищеводе, ее морфологическая структура и наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах. Вопреки ожидаемым результатам, такие факторы опухолевого процесса как стадия, глубина опухолевой инвазии в стенку пищевода и анатомический

характер роста опухоли существенного влияния на прогноз у оперированных больных не оказали.

Выводы

1. Выживаемость после одномоментных операций (типа Льюиса и Герлока) выше в среднем на 5-6%, чем при операциях типа Добромыслова-Торека.

2. На показатели выживаемости оперированных больных наиболее существенное влияние оказывают протяженность опухоли по длинику пищевода, морфологическая структура опухоли и наличие

метастазов в регионарных лимфатических узлах.

3. В то же время, вопреки сложившемуся мнению, такие характеристики как глубина

опухолевой инвазии, стадия процесса и анатомический характер роста опухоли не оказали существенного влияния на показатели выживаемости.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ

Р.Г. Гаипов

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. Данное сообщение посвящено возможностям миниинвазивных хирургических вмешательств при острых абсцессах легкого.

Ключевые слова: абсцесс легкого, бронхоскопия, торакоабсцессоскопия, эндоскопическая санация.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE LUNG ABSCESSSES

R.G. Gaipov

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Summary. This article is devoted to the possibilities of minimally invasive surgical interventions for acute lung abscesses.

Key words: lung abscess, bronchoscopy, thoracoabssessoscopy, endoscopic sanation.

В клинике было проведено 33 торакоабсцессоскопии и 28 бронхоскопий у 29-ти больных с абсцессом легкого. Возраст больных был от 20 до 57 лет. Среди них мужчин-18, женщин - 11. Длительность заболевания от 3 до 6 недель.

Абсолютным показанием к торакоабсцессоскопии служили острые абсцессы легких диаметром более 8 см, плохо дренировавшиеся через бронх, в которых рентгенологически определялось большое количество гнояного содержимого, внутриполостные секвестры. Клинически были выражены явления гнойной

интоксикации. Как относительное показание мы рассматривали тяжелое состояние больных, при котором радикальное оперативное вмешательство было чрезвычайно опасно из-за низких показателей функциональных резервов организма больного.

У 10-ти больных абсцесс локализовался глубоко в толще ткани легкого, поэтому торакоабсцессоскопия проведена через 3 дня после создания канала по Манальди, а у 19-ти больных абсцесс примыкал к грудной клетке и им торакоабсцессоскопия была произведена сразу.

Торакоабсцессоскопия позволяет

ставить показания к различным методам лечения.

Манипуляции под контролем оптики во время торакоабсцессоскопии (удаление секвестров, пережигание спаек и бронхиальных свищей, коагуляция кровоточащих сосудов, лазерная и ультразвуковая обработка, взятие биопсии и т.д.) позволяют эффективно санировать полость абсцесса. После санации определяли состояние стенки абсцесса, размеры и форму полости, величину и наличие дренирующего бронха, наличие секвестров и связи их с деструкцией в легком. По этим признакам отличали гангренозный абсцесс от гнойного. Для точного определения формы абсцесса проводили дифференциально-диагностическое сопоставление.

Размеры острых гнойных абсцессов (у 17 больных) были меньшими по сравнению с гангренозными (у 12-ти больных), острые гнойные абсцессы не выходят за пределы одной доли. Гнойная капсула более плотная, меньше перифокальное воспаление, более быстро и легко эти абсцессы поддаются лечению. Эндоскопическая картина острых гнойных абсцессов представлена в виде полостей с более ровными стенками, местами с гнойным налетом, с горизонтальным уровнем жидкости бело-зеленого цвета, кроме того встречается наличие мелких крошковидных секвестров. Крупные секвестры не были обнаружены. Обычно в полости абсцесса открываются множественные разнокалиберные

бронхиальные свищи.

При гангренозном абсцессе (у 12 больных) размеры полости значительно больше, с выраженным перифокальным воспалением, без четкой демаркации, с уровнем жидкости и, как правило, в полости видны различной величины секвестры. Гангренозные абсцессы протекали весьма сложно, с выраженной интоксикацией и выделением большого количества гнилостной мокроты, кровохарканьем и дыхательной недостаточностью.

Эндоскопическая картина при гангренозном абсцессе представлена в виде полости с резко деформированными стенками, с напластованиями грязно-бурых некротических масс с обрывками тромбированных сосудов. Были обнаружены различной величины, фиксированные и свободно лежащие, некротические секвестры.

В лечении абсцесса использовались бронхологическая санация и «малая легочная хирургия» на фоне массивной антибактериальной терапии.

После санации, удаление секвестров проводили ультразвуковой или лазерной обработкой полости абсцесса. Для ультразвуковой санации использовали аппарат УРСК-7Н-22, торакоскопическая лазерная фотокоагуляция выполнялась неодимовым АИГ-лазером «Радуга-1», мощность излучения 40-50 Вт.

У больных с функционирующими бронхиальными свищами эндоскопическую санацию проводили после окклюзии долевых или

сегментарных бронхов.

Полость абсцесса заполняли антисептическим раствором в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия и выполняли ультразвуковую кавитацию в течение 2-х минут. Бронхиальные свищи коагулировали сфокусированным излучением неодимового АИГ-лазера. У больных с небольшими бронхиальными свищами после эндоскопической санации и коагуляции отмечалась герметизация полости абсцесса.

Под контролем торакоскопа после завершения санации в полости абсцесса устанавливали полихлорвиниловый катетер, а через гильзу троакара вводили резиновый дренаж. Полихлорвиниловый катетер использовали для ежедневных облучений полости абсцесса низкоэнергетическим лазером мощностью 2 мВт. Излучение передавалось посредством лазерного, световода. После эндоскопической санации отмечено резкое уменьшение количества отделяемого из полости абсцесса, а также уменьшился размер абсцесса.

Торакоабсцессоскопия четверым больным острым гангренозным абсцессом произведена повторно через канал дренажа по поводу ригидной остаточной полости, что

позволило диагностировать переход абсцесса в хроническую стадию. Этим больным своевременно произведено оперативное лечение.

Осложнения, связанные с бронхоскопией, торакоабсцессоскопией и манипуляциями во время ее проведения, из 33 исследований отмечены лишь у одного больного (пневмоторакс и подкожная эмфизема).

Вышеуказанные лечебные эндоскопические манипуляции в комплексе с активной санацией полости абсцесса, антибактериальной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией позволили добиться выздоровления, либо значительного улучшения без операции у 26-ти из 29-ти больных, что составило 89,7%; 7 (24,1%) больных были выписаны с ложными сухими кистами на месте абсцесса легкого. Уменьшилось также и количество хронических форм заболевания.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что торакоабсцессоскопия, бронхолегочная санация в комплексном лечении имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с традиционным дренированием и помогает в большинстве случаев улучшить результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

С.Э. Джантемиров, Ж.Т. Бектуров, К.С. Сыдыгалиев, К.К. Акназаров

НХЦ МЗ КР, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты лечения 39 больных с неспецифической эмпиемой плевры, находившихся на стационарном лечении в Национальном хирургическом центре МЗ КР. Проведен анализ причин возникновения ЭП, определены особенности клинической картины и вариантов лечения. Осложнения наблюдались у 7 больных, умерло 5 (12,8%) больных.

Ключевые слова: эмпиема плевры, торакоцентез, санация, осложнения.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH EMPYEMA

S.E. Dzhantemirov, J.T. Bekturov, K.S. Sydygaliev, K.K. Aknazarov

NSC MoH KR, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The article presents the results of treatment of 39 patients with nonspecific empyema of the pleura who were hospitalized at the National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. The analysis of the causes of EP, the features of the clinical picture and treatment options were determined. Complications were observed in 7 patients, 5 (12.8%) patients died.

Key words: pleural empyema, thoracocentesis, sanation, complications.

Введение. Эмпиема плевры - одно из наиболее тяжелых осложнений нагноительных заболеваний легких, она - в большинстве случаев является осложнением воспалительных и гнойно-деструктивных процессов в легких, а также травмы и оперативных вмешательств на органах грудной клетки [1,2,3,4,5].

Цель данного сообщения: анализ причинных факторов возникновения

и опыта хирургического лечения больных эмпиемой плевры.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии НХЦ с 1998 по 1999 год находились 39 больных с неспецифической эмпиемой плевры. Из них 28 (71,8%) мужчин и 11 (28,2%) женщин. В основном это были больные наиболее труднеспособного возраста (от 20 до 60 лет) - 30(76,9%).

Основными причинами

возникновения эмпиемы плевры явились следующие заболевания: пневмония - 87,2%, последствия травм - 7,6%, абсцессы легких - 5,1%. У одного больного эмпиема плевры развилась на фоне 2-х заболеваний - гашишной наркомании и сифилиса.

Основной контингент больных поступил в клинику в поздние сроки заболевания: в течение первой недели - 10,3%, на второй неделе - 20,5%, и в более поздние сроки - 69,2%. Это естественно повлияло на состояние больных, на динамику развития осложнений и на результаты лечения.

В клинику поступили в удовлетворительном состоянии - 2(5,1%), в средней тяжести - 20(51,3%), в тяжелом состоянии - 17(43,6%).

Правосторонняя эмпиема плевры - у 66,7% больных, левосторонняя - 30,8%, двусторонняя эмпиема у 2,5% больных.

Жалобы предъявляемые больными, разнообразны. Наиболее частые из них: боли в грудной клетке - 89,7%, повышение температуры - 76,9%, одышка - 61,5%, кашель - 56,4%, затруднение дыхания - 48,7%, озноб - 46,2%, чувство тяжести в грудной клетке - 33,3%.

Рентгенологические методы исследования использованы для уточнения диагноза. У 30 (70,9%) больных рентгенологически наблюдается уровень жидкости в плевральной полости и гомогенное затемнение нижних отделов лёгких у 6 (15,4%) больных.

Больные поступившие в клинику

подвергались торакоцентезу с последующим дренированием плевральной полости. Полученная жидкость или гной из плевральной полости подверглись микроскопическому исследованию и на микрофлору. Исследование на микрофлору: стрептококк - 5, сочетание 2-х-3-х микроорганизмов - 12 (стрептококки, синегнойная палочка, грибы t. Candida).

Результаты и их обсуждение. При лечении больных с эмпиемой плевры необходим комплексный подход. Основными методами местного лечения - это промывание и санация плевральной полости. Однако даже самое интенсивное промывание и санация плевральной полости не гарантируют полного уничтожения инфекции.

В целях лучшей санации плевральной полости промывание теплым озонированным раствором фурациллина с последующим введением мази на водорастворимой основе - Левомиколь.

Раствор фурациллина озонировался с помощью озонатора в течение 10 минут. Действие мази «Левомиколь» основана на её антимикробном, некролитическом и противовоспалительном на гнойную рану. Под действием озона повышается чувствительность патогенной микрофлоры к антибактериальным препаратам.

В результате комплексного лечения с применением пункции и дренирования плевральной полости у 31 больного последовало клиническое выздоровление. Однако у 2 пункции и дренирование плевральной полости оказались не

эффективными и они подверглись более широким оперативным вмешательствам. У 2 произведена торакотомия и у одного билобэктомия. Показанием явилось длительное дренирование плевральной полости, остаточные полости и неэффективность консервативного лечения.

Осложнения наблюдались у 7 больных: в 4 случаях бронхоплевральные свищи, у 2 больных подмышечный абсцесс и в одном случае развилась ползучая флегмона.

Умерло 5 (12,8%) больных. Основными причинами летальных исходов явились: продолжительная интоксикация и сердечно сосудистая недостаточность возникающая в результате бронхогенного рака с распадом и нагноением в плеврально расположенном паховом узле - 2, нарастающей дыхательной недостаточностью у 2х больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, каллезной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, в послеоперационном периоде развилась двусторонняя сливная бронхопневмония, плеврит, эмпиема плевры. У одного больного с эмпиемой плевры и портальным циррозом печени, смерть наступила от интоксикации дыхательной и печеночной недостаточности.

Заключение. Анализ результатов лечения больных с эмпиемой плевры показывает, что ещё высокий удельный вес умерших, конечный результат зависит от своевременной диагностики от сроков поступления в клинику и от вариантов фактических решений.

Поиск путей оптимизации санации плевральной полости при эмпиеме плевры является актуальной задачей торакальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенко Л.Н., Немченко В.И., Столбовой А.В., Диагностика и лечение эмпиемы плевры травматического происхождения // Вестник хирургии. - 1988. - Т. 140. - №3. - С. 108- 111.
2. Предупреждение лечения гнойных осложнений после ранения груди // Военно-медицинский журнал. - 1982. - № 12.-С. 39-41.
3. Колесников И.С., Лыткин М.И. Хирургия легких и плевры.- Л., Медицина, 1988. - 384 с.
4. Маслов В.И., Лечение эмпием плевры. - Л., Медицина, 1976.
5. Сопуев А.А. Местная сорбционно-дегидратационная терапия гнойных ран. – Бишкек, 1998. -С. 80-83.

ОМЕНТОБУРСОТОМИЯ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**Б.М.Иманов, А.А.Сопуев, Д.Т.Бектуров***НХЦ МЗ КР, г. Бишкек*

Резюме. Из 2166 поступивших больных с диагнозом «Острый панкреатит» оперированы 156, а остальные больные после проведенных консервативных мероприятий, выписывались с улучшением. Во время операции в 16 (10,2%) случаях обнаружен жировой панкреанекроз, в 52 (33,6%) случаях - смешанный, в 82 (52,5%) - геморрагический панкреанекроз и в 6 (3,8%) - гнойный панкреатит. Выполнена оригинальная методика оперативного вмешательства, разработанная в Национальном хирургическом центре Оментобурсостомия (ОБС) с париетальной деперитонизацией и мобилизацией поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренированием ретро-панкреатической клетчатки и желчевыводящих путей, тотальной продленной забрюшинной нейро-вегетативной блокадой, локальной гипотермией, последующими регулярными плановыми секвестрэктомиями и санациями полости сальниковой сумки.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, оментобурсостомия, локальная гипотермия.

OMENOBURSOTOMY AS A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS**B.M.Imanov, A.A.Sopuev, D.T. Bekturov***NSC MH KR, Bishkek*

Summary. Of the 2166 admitted patients with a diagnosis of Acute Pancreatitis, 156 were operated on, and the remaining patients, after the conservative measures taken, were discharged with improvement. During the operation, adipose pancreatic necrosis was detected in 16 (10.2%) cases, mixed in 52 (33.6%) cases, hemorrhagic pancreatic necrosis in 82 (52.5%) cases and purulent pancreatitis. Performed an original technique of surgical intervention, developed at the National surgical center omentobursostoma (OBS) with parietal deperitonizatsiey and the mobilization of the pancreas from the retroperitoneal space, drainage retro-pancreatic tissue and biliary tract, total extended retroperitoneal neuro-vegetative blockade, local hypothermia, followed by regularly scheduled sequestrectomy and sanitation cavity stuffing bags.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, omentobursostomy, local hypothermia.

Одним из наиболее трудных разделов абдоминальной хирургии является лечение больных деструктивными формами панкреатита. На сегодняшний день этот факт подтверждается как неуклонно возрастающей заболеваемостью, так и стабильно высокими показателями летальности, частоты гнойно-септических и других фатальных осложнений панкреонекроза. Во многом такое положение обусловлено сложностью патогенеза, определяющего состояния больных, недостатками традиционных методов прогнозирования течения болезни и лечения [5].

Общая летальность при остром панкреатите имеет слабую тенденцию к снижению и составляет 4-8%, а при деструктивных формах колеблется от 30 до 85%. Частота гнойно-септических осложнений достигает 21% среди всех случаев острого панкреатита, а среди причин смерти занимают 2-е место после шока и сопровождаются летальностью до 30-65% [1,4,5].

Особенностью острого деструктивного панкреатита является сложность его диагностики и лечения. До настоящего времени ещё не выработана единая тактика по этим вопросам. [6] В Национальном хирургическом центре за период с 1995 года по 1999 год находились на лечении 2166 больных с диагнозом «Острый панкреатит» (в это исследование были включены все формы острого панкреатита, в том числе легкие реактивные формы этого заболевания). У всех больных диагноз основывался на данных

ультрасонографии, компьютерной томограммы, исследованием уровня амилазы крови, мочи и перитонеального экссудата во время операции, интраоперационной ревизии и аутопсии. Возраст больных с различными формами острого панкреатита колебался от 20 до 78 лет и в среднем составил $49,9 \pm 1,8$ лет. Соотношение мужчин и женщин 1,2:1. Нами установлено что у половины числа больных этиологическим моментом служит билиарная патология, а на втором и третьих местах по частоте стоят алкогольные и посттравматические панкреатиты. В большинстве случаев тяжело протекающего деструктивного панкреатита этиология была неизвестна (идиопатический панкреатит) [3]. Из 2166 поступивших больных за этот период оперированы 156, а остальные больные после проведенных консервативных мероприятий, выписывались с улучшением. У больных с острым панкреатитом с целью профилактики прогрессирования процесса и тяжелых осложнений необходимо стремиться к проведению ранних оперативных вмешательств:

А) при выраженной клинической картине острого панкреатита очевидными признаками перитонита;

Б) при сочетании боли в верхнем отделе живота, наличии инфильтрата в брюшной полости, гектической температуре, увеличении палочкоядерных нейтрофилов выше 18% и СОЭ выше 30 мм в час, повышении диастазы мочи более чем на 50%. У 156 оперированных

больных выполнена оригинальная методика оперативного вмешательства, разработанная в Национальном хирургическом центре - Оментобурсостомия (ОБС) с париетальной деперитонизацией и мобилизацией поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренированием ретро-панкреатической клетчатки и желчевыводящих путей, тотальной продленной забрюшинной нейро-вегетативной блокадой, локальной гипотермией, последующими регулярными плановыми секвестрэктомиями и санациями полости сальниковой сумки.

После эвакуации экссудата вскрывали сальниковую сумку посредством рассечения желудочно-ободочной связки на протяжении 10-15 см и оценивали характер поражения и степень распространённости воспалительного процесса в поджелудочной железе, а также состояние парапанкреатической клетчатки и других органов. При этом у всех больных имело место обширный панкреонекроз, под которым мы подразумеваем субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы. Причем в 16 (10,2%) случаях это был жировой панкреанекроз, в 52 (33,6%) случаях - смешанный, в 82 (52,5%) - геморрагический панкреанекроз и в 6 (3,8%) - гнойный панкреатит. Одновременно производили осмотр, пальпацию желчного пузыря и при необходимости исследование и ревизию внепеченочных желчных протоков. Затем уточняли предполагающийся объём, характер оперативного вмешательства и дальнейшую лечебную тактику.

Следующим этапом продольно на всем протяжении пересекали

париетальную брюшину над поджелудочной железой и производили париетальную деперитонизацию последней, что при наличии обширного панкреонекроза не представляет особых трудностей и создаёт условия для секвестрэктомии тупым путём, чаще дигитоклазией. Париетальная деперитонизация поджелудочной железы также необходима для скорейшего отторжения оставшихся некротических тканей в послеоперационном периоде.

У всех больных с геморрагической и смешанной формами панкреанекроза с целью локализации процесса на задней поверхности железы к парапанкреатической клетчатке производили мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, так как у данной категории больных практически всегда поражается и задняя поверхность поджелудочной железы, не покрытая брюшиной. Отсюда ферменты и продукты распада поступают в забрюшинное пространство, в брыжейку толстой и тонкой кишки. Поражаются нервные волокна, развивается парез кишечника. В забрюшинной клетчатке возникают кровоизлияния, она некротизируется, иногда вплоть до малого таза. Ферменты и продукты распада легко всасываются, вызывая интоксикацию [2].

После мобилизации тела и хвоста поджелудочной железы из забрюшинного пространства мы предпочитали ретропанкреатическое пространство дренировать на всём протяжении широкой, резиновой полоской (102 случай), которая убирается в послеоперационном периоде через отверстие оментобурсостомы.

Такая методика расположения широкой перчаточной резиновой полоски по типу окутывания задней поверхности железы, во-первых, предотвращает дальнейшее поступление панкреатического экссудата в парапанкреатическую клетчатку, во-вторых, способствует оттоку экссудата с обеих сторон резинового полосочного дренажа в сальниковую сумку, откуда он эвакуируется наружу. В 102 случаях в ретропанкреатическом пространстве перпендикулярно оси железы устанавливали 2-3 микроирригатора с множественными отверстиями для промывания в послеоперационном периоде этой зоны растворами антисептиков. При поражении головки поджелудочной железы в 52 случаях производили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру для последующего дренирования резиновой полоской этой зоны парапанкреатической клетчатки.

Как правило, следующим этапом операции являлось вмешательство на желчевыводящих путях. При наличии конкрементов в желчном пузыре и признаках ферментативного холецистита производили холецистэктомию - 82 (52,5%) случаев. Из которых у 69 больных с признаками гипертензии в желчевыводящих путях производили наружное дренирование холедоха через культю пузырного протока (47 больных) или его дренированием по А.А. Вишневному в модификации М.М. Мамакеева (22 больных). У 19,8% больных в тяжелом состоянии при наличии проходимости пузырного протока накладывали холецистостомию.

Для борьбы с парезом кишечника мы применили у 112 тотальную продленную забрюшинную нейровегетативную

блокаду.

В клинике разработан и внедрен способ локальной гипотермии поджелудочной железы через герметичную резиновую хирургическую перчатку, расположенную в полости сальниковой сумки, на сквозном микроирригаторе концы которого выведены наружу. В послеоперационном периоде 2-4 дня путём заполнения перчатки охлаждённым 0,9% раствором натрия хлорида, периодически 3-4 раза в сутки по 2-4 часа осуществляем локальную гипотермию поджелудочной железы.

Заключительным этапом оперативного вмешательства является формирование оментобурсостомы путём подшивания к париетальной брюшине и апоневрозу верхней трети лапаротомной раны краев рассеченного участка желудочно-ободочной связки. Оставшаяся часть лапаротомной раны ушивалась.

Начиная на 2-сутки послеоперационного периода больных на фоне общего лечения проводили регулярные ревизии и санации сальниковой сумки, которые производились в условиях перевязочной с предварительным внутримышечным введением ненаркотических анальгетиков в обычной дозировке (баралгин, анальгин с димедролом). Путём введения в оментобурсостому двух печеночных крючков без особых затруднений добивались возможности осмотра всех отделов поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. При этом полость сальниковой сумки тщательно промывали раствором фурациллина и затем по мере возможности производили сэквестрэктомию из полости

сальниковой сумки, поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

Оценивая особенности операции «Оментобурсостомии» с комплексным включением, следует отметить следующие её преимущества по сравнению с традиционными способами хирургического лечения.

1. Возможность регулярных и активных санаций сальниковой сумки и ревизии поджелудочной железы без выполнения релапаротомии.

2. Своевременному вскрытию гнойников поджелудочной железы.

3. Позволяют предотвратить гнойное расплавление парапанкреатической клетчатки.

4. Ограничение патологического процесса от свободной брюшной полости.

5. Осуществляется локальная гипотермия поджелудочной железы без выраженного общего охлаждения и система для локальной гипотермии удаляется через оментобурсостомию.

6. При аррозивных кровотечениях прошивание кровоточащего сосуда через оментобурсостому в условиях перевязочной.

Послеоперационный период у наших больных длился 39,1±3,53 суток, среднее количество ревизий сальниковой сумки 30,3±2,67. Летальность у оперированных больных из 156 составила 27 (17,3%), а осложнение 15 больных, что составляет 9,6%. Ни у одного из 27 больных при аутопсии не выявлено наличие разлитого перитонита.

Проведенная в Национальном хирургическом центре работа по изучению ряда особенностей диагностики и лечения острого

панкреатита позволяет утверждать, что рациональное сочетание различных современных методик (ОБС), плазмосорбция, ГБО, препараты типа контрикала и гордокс приводит к снижению летальности среди больных с острым деструктивным панкреатитом (17,3%) в сравнении с традиционными методами лечения (69,5%).

Таким образом, выполняемая по строгим показаниям при обширном панкреанекрозе оментобурсостомия с париетальной деперитонизацией поджелудочной железы, её мобилизацией забрюшинного пространства, дренированием всех отделов ретропанкреатической клетчатки, операцией на желчных путях, локальной гипотермией поджелудочной железы, тотальной продлённой забрюшинной нейровегетативной блокадой и адекватным дренированием брюшной полости является патогенетически обоснованным, важным этапом излечения данной тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гагушин В.А. Некрэктомии и сэквестрэктомии в хирургическом лечении панкреанекроза // *Хирургия* - 1990.-№10 - С.100-104.

2. Иманов Б.М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите: Автореф. дис канд. мед. наук- Бишкек; 1999.-35 с.

3. Козлов В.А., Стародубов В.П., Никифоров А.П. Абдоминализация поджелудочной железы и локальная гипотермия при оперативном лечении панкреанекроза по способу

В.А. Козлова /ЛГр. XXX Всесоюзного съезда хирургов. - Свердловск, 1983. - С. 147.

4. Пугаев А.В., Багдасаров В.В. Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита // Хирургия - 1997. - №2 - С.79.

5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Соболев П.А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита// Анналы хирургической гепатологии. - 1996.- том 1.-С.58.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч.,
Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К.

Национальный хирургический центр, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В основу работы положен анализ результатов диагностики и тактики лечения 157 пациентов поступившие с различными формами СКН в НХЦ МЗ КР за 2008 г. 99,6% пациентов ранее перенесли операции на брюшной полости от 1 до 6 раз. 28% неоднократно оперированы по поводу ОСКН. Из 157-ми пациентов 88-ми больным с симптомами компенсированной СКН проведены консервативные лечебные мероприятия. Оперировано 69 пациентов (36 женщин, 33 мужчин). Во время оперативного вмешательства обнаруживали различные варианты сращений брюшной полости. Исходя из этого определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально, учитывая характер и распространенность спаечного процесса, уровень кишечной непроходимости, степень декомпенсации кишечника, наличие или отсутствие перитонита, состояние больного и квалификация хирурга.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, сращение, тактика лечения.

ИЧЕГИНИН ЖАБЫШЫП ТҮЙҮЛҮП КАЛЫШЫНАН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ДИАГНОСТИКА ЖАНА АЙЫКТЫРУУ ЖОЛДОРУНУН ЖЫЙЫНТЫГЫНА АНАЛИЗ ЖҮРГҮЗҮҮ

Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч.,
Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К.

Улуттук хирургия борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Төмөндөгү жумуштун негизин КР Саламаттыкты Сактоо Министрлигине караштуу Улуттук Хирургия Борборуна 2008 жылдын ичиндеги «Ичегинин жабышып түйүлүп калышынын» ар кандай түрлөрү менен кайрылышкан 157 оорулулардын диагностика жана айыктыруу жолдорунун жыйынтыгына анализ жүргүзүү болуп эсептелинет.

Оорулулардын 99,6% мурун 1-6 жолкуга чейин ич көңдөйүндөгү мүчөлөрүнө операция болушкан. Алардын 28% ичегинин жабышып түйүлүп калышы боюнча бир канча жолу операция болушкан. 157 оорулуунун 88-не ичегинин жабышып түйүлүп калышынын

компенсацияланган түрү менен жабыркагандарына, консервативдик айыктыруу иш чарасы жүргүзүлгөн. Операция жолу менен айыктыруу 69 (36 аял, 33 эркек) оорулууга жүргүзүлгөн. Операция учурунда ич көңдөйүнүн мүчөлөрүнүн жабышып, биригип бүтүп калышынын ар кандай түрлөрүнө туш болушкан. Ушул себептен, хирургиялык айыктыруу тактикасын аныктоодо, ичегинин канчалык денгеелде жабышып калуусуна, таратылышына, декомпенсациясына, перитониттин бар же жогуна, оорулуунун абалына жана хирургтун тажрыйбасына жараша конкреттуу жекеме чечилет.

Негизги создор: Ичегинин жабышып түйүлүп калышы, айыктыруу жолдору.

THE ANALYSIS OF RESULTS OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Sopuev A.A., Orozbekov B.K., Ovcharenko K.E., Elemanov N.Ch., Mamatov N.N., Ibragimov U.K.

National Surgical Center, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analysis of results of diagnostics and tactics of treatment of 157 patients arrived with various forms of adhesive intestinal obstruction (AIO) in NSC MH KR for 2008 is put in a work basis. 99,6 % of patients earlier have operations on an abdominal cavity from 1 to 6 times. 28 % are repeatedly operated concerning acute AIO. From 157 patients 88 patients with symptoms compensated AIO are carried out conservative medical actions. 69 patients (36 women, 33 men) are operated. During operative intervention found out various variants of unions of an abdominal cavity. Proceeding from it definition of surgical tactics in each specific case dares individually, considering character and prevalence of adhesive process, level of intestinal impassability, degree of decompensate of intestine, presence or absence of a peritonitis, a condition of the patient and qualification of the surgeon.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, adhesive, treatment tactics.

Введение. Спаечная кишечная непроходимость по-прежнему остается одной из сложных и до конца нерешенных проблем абдоминальной хирургии [6]. Количество заболеваний вследствие брюшинных спаек увеличивается из года в год, так как любое

оперативное вмешательство, травма, воспаление брюшины приводят к образованию послеоперационного и посттравматического спаечного процесса в брюшной полости. Количество больных с острой спаечной непроходимостью достигает 3,5% от общего числа

хирургических больных в стационаре [1]. Спаечная кишечная непроходимость сопровождается высокой летальностью достигающей, по последним сообщениям, 7,6-21% [7]. Основными причинами столь высокой летальности, а также большого количества гнойно-септических осложнений являются поздняя обращаемость больных, преобладание лиц пожилого и старческого возраста и высокий процент диагностических и тактических ошибок при лечении спаечной кишечной непроходимости [3,4]. Следует отметить, что спаечный илеус в 52,0-69,9% наблюдений удается купировать консервативными мероприятиями. При использовании хирургического метода устранения непроходимости имеется угроза рецидива спаек из-за повторной травматизации [1;6].

Острую спаечную кишечную непроходимость (ОСКН) отличает тяжесть и быстрота развития патофизиологических изменений, разнообразие клинических проявлений и связанные с этим

трудности диагностики [4,5].

Отсутствие ОСКН как нозологической формы в МКБ-10 и отсутствие общепринятой классификации обуславливает тактические и технические сложности хирургического лечения и профилактики. Результаты лечения больных с СКН на протяжении последнего десятилетия не имеют стойкой тенденции к улучшению [2].

Целью настоящей работы явился анализ результатов диагностики и тактики лечения больных с различными формами спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы.

Проанализированы 157 историй болезни пациентов поступивших в НХЦ МЗ КР за 2008 г. с различными формами спаечной кишечной непроходимости. Возраст пациентов от 16 до 86 лет, из них: мужчин - 61, женщин - 53 (таб. 1). 99,6% пациентов ранее перенесли операции на брюшной полости от 1 до 6 раз. 28% неоднократно оперированы по поводу ОСКН.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст пациентов						Всего	
	16-39	%	40-65	%	66-86	%		
М	19	22,6	44	52,4	21	25	84	53,5
Ж	21	29	23	32	29	39	73	46,5
Всего	40	25	67	43	50	32	157	100

Пациенты поступали в стационар в сроки от 4 часов до 3 суток от момента заболевания.

Всем пациентам были проведены: общеклинические лабораторные

исследования, обзорная рентгенография органов брюшной полости на наличие признаков острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН).

Также в 79 случаях для подтверждения диагноза проводилось ультразвуковое сканирование на аппарате «ALOKA SSD-1700» (Япония).

Результаты и их обсуждение. Из 157-ми пациентов 88-ми больных с симптомами компенсированной спаечной кишечной непроходимости проведены консервативные лечебные мероприятия, которые заключались в инфузионной терапии с дифференцированным применением спазмолитиков и средств, стимулирующих моторику кишечника, с восстановлением водно-электролитного и энергетического баланса организма.

При этом на фоне проводимого комплекса консервативных лечебных мероприятий, применялись способы диагностики (рентгенологический, ультразвуковой, ирригоскопия, рентгенография кишечника методом пассажа бария) вида и уровня СКН.

Оперировано 69 пациентов, из них 36 женщин и 33 мужчин. Оперативное лечение по поводу острой спаечной кишечной

непроходимости выполняли при отсутствии эффекта от проводимых консервативных мероприятий в течение 6-8 часов по экстренным показаниям. Наличие перитонита при установлении диагноза СКН является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению, которое проводится после кратковременной подготовки в течение 1-2 часов.

Все операции выполняли под общим интубационным наркозом с применением миорелаксантов и ИВЛ. Использовали срединную лапаротомию, при необходимости рану расширяли вверх или вниз.

Всем пациентам проведена интраоперационная антибиотико-профилактика с применением, комплекса антибиотиков широкого спектра действия и антибактериальных препаратов.

Произведены следующие варианты оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости (табл. 2).

Таблица 2

Варианты оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости

Тип операции	Адгезиолизис	Адгезиолизис. Сегментарная перитонизация тонкой кишки	Адгезиолизис. Мезосигмопликация по Гаген-Горну	Адгезиолизис. Резекция петли тонкой кишки	Адгезиолизис. Резекция большого сальника	Адгезиолизис. Иссечение дивертикула Меккеля	Адгезиолизис с наложением обходных анастомозов	Всего
Кол-во	42	1	3	10	8	3	2	69
%	61	1,4	4,3	14,5	11,5	4,3	3	100

Во время оперативного вмешательства обнаруживали различные варианты

сращений брюшной полости, которые мы разделяем по топографо-анатомическому

типу (табл. 3). Висцеро-висцеральные сращения наблюдались у 11 пациентов, висцеро-париетальные сращения - у 23, трансформативные сращения - у 9 пациентов. У многих больных наблюдались сочетания адгезивных изменений. Так, сращение кишечника с рубцом на передней брюшной стенке, которое стало причиной непроходимости, сочеталось с межкишечными сращениями у 26 пациентов.

Довольно частым осложнением при оперативном лечении ОСКН является вскрытие просвета

кишечника во время вхождения в брюшную полость и при разделении межкишечных сращении. Мы наблюдали 3 случая перфорации кишечника во время разделения плотных висцеро-висцеральных тяжей, дефекты были обнаружены вовремя, проведено ушивание и санация брюшной полости. Развития кишечных свищей впоследствии не отмечалось. У 10 пациентов была произведена резекция тонкой кишки. Все 10 пациенты были доставлены службой скорой медицинской помощи в сроки более 3 суток от момента заболевания.

Таблица 3

Основные причины, вызвавшие кишечную непроходимость

Причины	Число больных	
	абс	%
Висцеро-висцеральные сращения	11	15,9
Висцеро-париетальные сращения	23	33,3
Трансформативные сращения	9	13,1
Смешанные сращения	26	37,7
Всего	69	100

Резекция кишечника производилась с последующим наложением кишечных анастомозов в 3-х случаях «бок в бок», в 5-ти случаях «конец в конец», и в 2-х случаях «конец в бок».

Показаниями к резекции были нежизнеспособность кишки и конгломератные формы спаечного процесса кишечника, при которых выполнение адгезиолизиса без повреждения кишечной стенки не представлялось возможным.

У 2-х пациентов с выраженными конгломератными формами спаечной кишечной непроходимости были произведены наложение обходного

энтеротрансверзоанастомоза. С учетом консервативного лечения сопутствующих заболеваний у некоторых пациентов, послеоперационный период в стационаре составил от 8 до 20 койко-дней.

Выводы. Результаты нашей работы показали, что спаечный процесс в

брюшной полости отличается полиморфизмом. Исходя из этого, определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально, учитывается характер и распространенность спаечного процесса, уровень кишечной непроходимости, степень

декомпенсации кишечника, наличие или отсутствие перитонита, состояние больного и квалификация хирурга.

Использование дифференцированной тактики консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости основано на применении диагностических методов (рентгенологического, ирригоскопия, ультразвукового) как для постановки диагноза, так и для оценки эффективности проводимого лечения. Использование динамического контроля при проведении консервативного комплексного лечения пациентов с СКН позволяет объективно оценить эффективность проводимого лечения, принимать своевременное решение о коррекции и о необходимом хирургическом вмешательстве.

Наличие компенсированной СКН предполагает продолжение консервативного лечения до нормализации состояния пациента и при необходимости проведение планового оперативного лечения без выписки больного из стационара.

Тем не менее, улучшить результаты лечения своевременно диагностированной СКН можно главным образом за счет уменьшения травматичности вмешательства, а также разработки и использования патогенетических средств профилактики спайкообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости //Хирургия. – 2006. – №7. – С.56-59.
2. Лубянский В.Г., Комлева И.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотрансверзоанастомоза //Хирургия. - 2009.- С. 29-32.
3. Мамакеев М.М. Проблемы неотложной хирургии (Организационные и лечебно-тактические аспекты). - Бишкек, 1994. - С.32.
4. Сопуев А.А. Неотложная хирургическая помощь при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в кыргызской республике. - Бишкек, 2003. – С.216.
5. Сопуев А.А., Искаков М.Б. Ошибки при оказании неотложной хирургической помощи на ее этапах и их причины //Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002. - С 51-59.
6. Суфияров И.Ф., Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф. Лапароскопическое лечение послеоперационных перитонеальных спаек // Хирургия. - 2008. - №8. - С.49-51.
7. Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной непроходимости //Хирургия. - 2006. - №6. – С.38-43.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИНТРА-ЭКСТРАПУЗЫРНОЙ САНАЦИИ ПРИ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

М.М. Мамакеев, Дж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков, Э.Т. Омуралиева

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек

Резюме. В данном сообщении нами приводятся результаты использования интра-экстрапузырной санации при осложненном холецистите, состояние гемостаза и микрофлора желчного пузыря. Холецистэктомия под видеолапароскопическим контролем при деструктивном холецистите позволяет ускорить время операции, уменьшить количество конверсий, интра - и послеоперационных осложнений. После операции наблюдается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, снижение адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок, что необходимо учитывать при ведении послеоперационного периода. Микрофлора желчного пузыря у многих больных устойчива к большинству антибиотиков.

Ключевые слова: острый холецистит, деструктивный холецистит, видеоэндохирургия, лапароскопическая холецистэктомия, санация.

EFFICIENCY OF INTRA-EXTRACYSTIC SANATION AT VIDEO ENDOSURGERY OF ACUTE COMPLICATED CHOLECYSTITIS

M.M. Mamakeev, J.S. Abdullaev, K.M. Mamakeev, E.A. Tilekov, E.T. Omuralieva

NSC MH KR, Bishkek

Summary. In this report, we present the results of the use of intra-extracystic sanitation in complicated cholecystitis, the state of hemostasis and gallbladder microflora. Cholecystectomy under video-laparoscopic control with destructive cholecystitis allows to speed up the operation time, reduce the number of conversions, intra-and postoperative complications. After surgery, there is hypercoagulation and depression of fibrinolysis, a decrease in the adhesive and aggregation activity of the platelets, which must be considered when maintaining the postoperative period. The microflora of the gallbladder in many patients is resistant to most antibiotics.

Key words: acute cholecystitis, destructive cholecystitis, video endosurgery, laparoscopic cholecystectomy, sanitation.

Введение. Одной из актуальных проблем в хирургии является лечение больных острым холециститом, так как после оперативного вмешательства нередко возникают осложнения, которые могут явиться причиной летального исхода.

В данном сообщении нами приводятся результаты использования интра-экстрапузырной санации при осложненном холецистите, состояние гемостаза и микрофлора желчного пузыря.

Материал. Нами анализировано 561 ЛХЭ, которые были оперированы в НХЦ МЗ КР. Из них у 282 (50,3%) был острый холецистит. Катаральная форма холецистита у 92 (32,6%), флегмонозная у 165 (58,5%), гангренозная у 25 (8,9%) больных.

Возраст от 15 до 82 лет. Женщин было 91%, а мужчин 9%.

Результаты. Мы выработали технические приемы, позволяющие максимально уменьшить возможность возникновения осложнений, сократить время операции и время пребывания больного в стационаре.

Наличие обтурационного холецистита является показанием для пункции желчного пузыря, эвакуации содержимого, многократного промывания его полости раствором антисептиков и 70% спиртовым раствором хлоргексидина. При деструктивном холецистите или возникновении технических сложностей во время операции производим удаление

желчного пузыря через боковой прокол, расширенный до 3-4 см (минилапаротомия). Это позволяет санировать под- и надпеченочные пространства под визуальным контролем и эндоосвещением, произвести дополнительную коагуляцию или наложение швов при кровотечении с ложа желчного пузыря. При невозможности удаления желчного пузыря целиком, приходится прибегать к удалению его по частям.

Обязательно производим дренирование подпеченочного пространства трубкой, которая удаляется через 24-48 часов и резиновой полоской (при значительном инфицировании), последняя удаляется на 3-и и более суток, в зависимости от количества отделяемого: экссудат, желчь, кровь. Иногда приходится оставлять марлевый тампон на ложе желчного пузыря при упорном паренхиматозном кровотечении, обусловленным сопутствующими заболеваниями, как цирроз печени, гипертоническая болезнь, что нами было произведено у 5 (1,8%) больных. Тампон удалялся на 3-5 сутки и заменялся резиновой полоской. Конверсия произведена у 9 (3,22%) больных.

Средняя продолжительность операции составила 35 минут (от 25 до 55 минут), что в 2 раза меньше, чем при стандартной ЛХЭ. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 7,1 койко-дней, что также в 2 раза меньше чем при традиционном методе операции.

Послеоперационные осложнения встретились у 21 (7,4%) больных. Летальных исходов не было.

При этом установлено, что на первые сутки число тромбоцитов падает в 3 раза, хотя адгезивная и агрегационная их функции не меняются. Через 3 и 5 суток после операции число кровяных пластинок падает еще сильнее, одновременно уменьшается их адгезия и агрегация. Между тем, время рекальцификации плазмы, каолиновое и коалин-кефалиновое время в первые сутки послеоперационного периода увеличивается. Аутокоагуляционный тест свидетельствовал о развитии, после лапароскопической холецистэктомии выраженной гиперкоагуляции. При этом наступала более медленная активизация тромбина. Толерантность Плазмы к гепарину в первые сутки после операции уменьшалась, а к 3 и 5 дню повышалась. Концентрация антитромбинов снижалась, особенно сильно на 1 и 3 дни после холецистэктомии, тогда как тромбиновое время в 1 сутки удлинялось, а к 5 дню после операции сокращалось. Значительно повышалась у больных после операции концентрация фибриногена. Уже в 1 сутки после холецистэктомии угнетался эуглобулиновый фибринолиз и эти сдвиги сохранялись до конца пребывания больных в стационаре.

После лапароскопической холецистэктомии развивается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, а также снижение

адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок. Полученные данные не могут быть объяснены однозначно. Нет никакого сомнения в том, что во время лапароскопической холецистэктомии происходит выброс тромбопластина и активаторов пламиногена из печеночного ложа желчного пузыря. При этом наступает усиление образования протромбиназы и угнетение фибринолиза по внешнему пути. Мы считаем также, что во время лапароскопической холецистэктомии в циркуляции появляется тромбин, под влиянием которого тромбоциты собираются в агрегаты и уносятся током крови в капилляры. Резко увеличивается агрегация тромбоцитов, адреналин, еонцентрация которого при операционном стрессе значительно увеличивается.

Появление в кровотоке тромбина и адреналина неминуемо сопровождается внутрисосудистым свертыванием крови. Это приводит к потреблению тромбоцитов в результате чего их количество в циркуляции резко снижается. Необходимо заметить, что в процессе внутрисосудистого свертывания крови потребляются наиболее активные тромбоциты, обладающие повышенной адгезивной и агрегационной способностью. Также о наличии внутрисосудистого свертывания крови свидетельствуют положительные этаноловый и протаминсульфатный тесты.

Исследования микрофлоры желчного пузыря и ее

чувствительность к антибиотикам выполнены у 28 больных.

В содержимом желчного пузыря у 15 (54%) прооперированных больных *E. coli* встречалась у 5, стрептококк группы «А» - у 3, стрептококк группы «Д» - у 1 больного. *Acinetobacter* у 2-х, *Ent. Cloacens* - 1 больного. *Ent. Aerogenes* - у 1 больного и у 2-х больных выявлена смешанная инфекция (*E. coli* + стрептококк группы «А») и у больной (*Acinetobacter* + *Ent. Cloacens*). У 13 (46%) прооперированных больных посев содержимого желчного пузыря был отрицательным, у этих больных гистологически обнаружены следующие формы холецистита: катаральные-3, флегмонозные-7, гангренозные-3.

Обсемененность желчного пузыря была наивысшей при выявлении: *E. coli*, *Ent. Aerogenes*, *S. Frendini*. Наименьшее количество (колонеобразующих единиц) КОЕ определялось при высевании стрептококка группы «Д» и *Acinetobacter*. При смешанной инфекции содержимого желчного пузыря наибольшее число КОЕ при *Acinetobacter* + *Ent. Cloacens* и наименьшая обсемененность содержимого желчного пузыря была выявлена при сочетании *E. coli* + стрептококк группы «Д».

E. coli была устойчива к действию: карбенициллина, рифампицина, стрептомицина, канамицина, гентамицина, неомицина. *S. Frendini* был устойчив к:

ампициллину, карбенициллину, рифампицину, стрептомицину, канамицину, гентамицину. Стрептококк группы «А» имел устойчивость к линкомицину. Стрептококк группы «Д» был устойчив к пенициллинам и тетрациклину. Наибольшая устойчивость к антибиотикам была выявлена при смешанной инфекции (*Acinetobacter* + *Ent. Cloacens*). Эти микроорганизмы были чувствительны только к неомицину, а (*E. coli* + стрептококк группы «А») устойчивы к ампициллину, гентамицину, канамицину, рифампицину.

Заключение. Таким образом, в процессе лечения нами изучены показатели гемостаза после лапароскопической холецистэктомии. Холецистэктомия под видеолапароскопическим контролем при деструктивном холецистите позволяет ускорить время операции, уменьшить количество конверсий, интра - и послеоперационных осложнений. После операции наблюдается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, снижение адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок, что необходимо учитывать при ведении послеоперационного периода. Микрофлора желчного пузыря у многих больных устойчива к большинству антибиотиков.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мамакеев М.М., Абдуллаев Дж.С., Тилеков Э.А., Кадыров К.А.

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек

Резюме. Проведен анализ 1332 лапароскопических холецистэктомий. При наличии обтурационного холецистита необходимо предварительно произвести чрескожную пункцию желчного пузыря, эвакуацию содержимого и промыть полость желчного пузыря раствором антисептика дочиства.

Осложнения потребовали лапаротомии у 5 больных, релапароскопии - у 1 пациента и пункции под контролем ультразвука - у 6 больных.

Ключевые слова: острый холецистит, хронический холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, осложнения.

EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Mamakeev M.M., Abdullaev J.S., Tilekov E.A., Kadyrov K.A.

NSC MH KR, Bishkek

Summary. The analysis of 1332 laparoscopic cholecystectomy. In the presence of obstructive cholecystitis, it is necessary preliminarily make a percutaneous puncture of the gallbladder, evacuate the contents and wash the cavity of the gallbladder with an antiseptic solution clean.

Complications required laparotomy in 5 patients, relaparoscopy in 1 patient and puncture under ultrasound control in 6 patients.

Key words: acute cholecystitis, chronic cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, conversion, complications.

До недавнего времени «золотым стандартом» в лечении желчно - каменной болезни была открытая холецистэктомия (ОХЭ), с результатами которой и сравнивали другие методы лечения [1, 2]. Летальность при плановых ОХЭ не превышала 0,5%. Количество осложнений в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента составляло 5-15% [3].

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) завоевала достойное место в лечении заболеваний желчного пузыря. Она обладает неоспоримым преимуществом перед открытой холецистэктомией [4-9].

Лапароскопическая холецистэктомия, впервые произведенная во Франции в 1986 г. Nezhat и в 1987 г. Mourat, и названная «Вторая Великая Французская Революция» широко распространилась по всей

планете. Сейчас эта операция разработана до мельчайших деталей, открытые вопросы остаются лишь в отношении острого холецистита и сочетания с холелитиазом [10-15]. К настоящему времени накоплен опыт уже сотен тысяч лапароскопических холецистэктомий, варианты техники касаются в основном положения больного на операционном столе, точек введения троакаров, использования для препаровки лазера или электрокоагуляции, а также электрокрючка или ножниц. В отношении предоперационного обследования разногласия несущественны и касаются предоперационной экскреторной холангиографии. В то время, как в большинстве стран ее не считают достоверной и необходимой, в Европе, особенно во Франции, еще продолжают считать этот метод оправданным.

В НХЦ МЗ КР с февраля 1996 года по июнь 2000 года выполнено 1332 лапароскопических холецистэктомий, мужчин было 236, женщин - 1096; в возрасте до 20 лет было 16 больных, от 21 до 30 лет - 124, от 31-40 лет - 261, от 41 - 50 - 304; от 51-60 - 269, от 61- 70 - 235 и старше 71 года - 112.

Техника ЛХЭ в основном не отличалась от общепринятой. Желчный пузырь удаляли через боковой разрез и при этом ни в одном случае не имели осложнений, связанных с этим.

Хронический холецистит наблюдался у 583 (43,8%) больных, остальные 749 (56,2 %) пациентов оперированы по поводу острого холецистита.

При поступлении, на основании клиники и УЗ-исследования ставятся показания к экстренной операции или проводится медикаментозное лечение в течение 12-24 часов (в ночное время, при отсутствии выраженных деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, при отказе больных от операции). При отсутствии эффекта от консервативного лечения больные оперируются на второй день. При купировании приступа проводится срочная ЛХЭ через 48 - 72 часов. Оптимальным периодом для операции ЛХЭ являются первые 3-суток от момента заболевания, при поступлении больных через 72 и более часов с начала явлений острого холецистита, инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря затрудняют выделение пузырного протока и пузырной артерии, что вынуждает к переходу на традиционную холецистэктомию.

Перед операцией больные подвергались комплексному обследованию, включая УЗИ печени, внепеченочных желчных путей, поджелудочной железы. Больные, в анамнезе у которых были случаи желтухи, и с диаметром холедоха более 1 см, из-за отсутствия возможности произвести ЭРХПГ и эндоскопическую папиллосфинктеротомию оперировались обычным способом.

Хронический холецистит наблюдался у 583 больных.

Основным показанием в начале освоения лапароскопической холецистэктомии мы ставили хронический холецистит. Все этапы

этой операции были общепринятыми.

Катаральные изменения стенок желчного пузыря при ЛХЭ установили у 204 (15,3%) пациентов. У 88 из них выявили водянку желчного пузыря и у 23-серозный перитонит. 51 больных оперировали до 24 часов от начала заболевания, до 48 часов -35 и остальных через трое суток. Выделение желчного пузыря, пузырного протока и артерии технических трудностей не представляло.

У 419 (31,5%) больных выявили флегмонозный холецистит с эмпиемой желчного пузыря в 128 наблюдениях и в сочетании с перитонитом - в 56 случаях. До 24 часов от начала заболевания были оперированы -105 больных, до 48 часов -102 и более 48 часов 215 больных. Выраженный отек и инфильтрация тканей в области шейки желчного пузыря, фиксация сальника к его стенкам значительно затрудняли выделение и обработку пузырного протока и артерии.

Наибольшие трудности для ЛХЭ представляли 126 (9,5%) больных с гангреной желчного пузыря, которая сопровождалась перитонитом у 99 пациентов. В связи с поздней госпитализацией большинство больных этой группы оперировали на четвертый день заболевания (73 больных). Выраженность воспалительного процесса и хрупкость тканей требовали более длительного выделения желчного пузыря и его элементов, а также особенно деликатного обращения с тканями. Часто возникала необходимость дополнительного

клипирования пузырного протока и артерии.

Во время операции мы придерживаемся следующих правил: при наличии обтурационного холецистита необходимо предварительно произвести чрескожную пункцию желчного пузыря, эвакуацию содержимого и промыть полость желчного пузыря раствором антисептика дочиста.

-при наличии плотных спаек желчного пузыря с окружающими органами, как двенадцатиперстная кишка, поперечноободочная кишка, желудок, необходимо пересекать спайки максимально вблизи желчного пузыря, одновременно оттягивая припаянный орган во избежание его повреждения.

-препаровку пузырного протока необходимо начинать с шейки желчного пузыря и продолжать в сторону гепатикохоледоха до четкой ее визуализации.

-необходимо наложение 2 клипс на центральный и 1 клипсы на периферический концы пузырного протока и пересекать ее ножницами, без использования коагуляции, чтобы предупредить ожог культи пузырного протока и соскальзывание клипсы с нее в послеоперационном периоде.

-пузырную артерию необходимо выделять ближе к желчному пузырю и обязательно клипировать ее центральный конец, а периферический отдел нужно коагулировать на протяжении для образования тромба в ее просвете и только после этого пересечь.

-при инфильтративных и рубцовых изменениях в области

гепатодуоденальной связки необходимо своевременно переходить на традиционный способ холецистэктомии.

-при деструктивном холецистите, в случаях возникновения технических сложностей во время операции, как желчеистечение с выпадением конкрементов или кровотечение с образованием сгустков в подпеченочном пространстве, удаление желчного пузыря производим через боковую рану, расширенную до 3-4 см. При этом имеется возможность визуальной санации подпеченочного пространства. Операцию завершаем обязательным дренированием подпеченочного пространства дренажной трубкой и резиновой полоской, последняя удаляется на 3-5 сутки, в зависимости от количества и качества отделяемого (экссудат, желчеистечение, кровь). При невозможности удаления желчного пузыря целиком (при деструктивном или склерозированном желчном пузыре), возможно удаление его по частям и даже оставление его задней стенки, после тщательной коагуляции слизистой (мукоклазия). В подобных случаях и при паренхиматозном кровотечении ложа желчного пузыря, с гемостатической целью, приходится оставлять марлевый тампон на ложе желчного пузыря.

В большинстве случаев при остром холецистите операцию заканчиваем расширением бокового прокола до 3-4 см, санацией брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства трубкой и резиновым дренажом - полоской, последний удаляется на 3-

7 сутки в зависимости от количества и характера отделяемого (экссудат, желчь).

При проведении ЛХЭ встречаются все осложнения, присущие холецистэктомии открытым доступом, и специфические за счет применения эндохирургического инструментария. Одним из ведущих критериев оценки нового способа вмешательства, по нашему мнению, является частота серьезных интра- и послеоперационных осложнений. На 1332 предпринятых лапароскопических холецистэктомий серьезные осложнения (повреждение гепатихохоledoха, кровотечения из пузырной артерии, послеоперационный перитонит, и другие) наблюдались у 59 (4,4%). При этом надо отметить в первые годы освоения метода осложнения встречались часто, на первый год приходится 80% осложнений. Существенное снижение частоты серьезных осложнений, безусловно, связано с накоплением опыта и изменением некоторых деталей выполнения вмешательства. Осложнения наблюдались в 38 случаев, из них опасные для жизни больного - в 29. Интраоперационные осложнения отмечались у 29 больных: ранение воротной вены - 1, кровотечение из ствола пузырной артерии - 8, кровотечение из дополнительной пузырной артерии - 11, перфорация желчного пузыря - у 9 больных.

Под термином «конверсия» в лапароскопической хирургии понимается переход к лапаротомии, то есть отказ от продолжения операции лапароскопическим

способом.

Необходимость в конверсии по ходу ЛХЭ возникает в 3-7% случаев. Показаниями конверсии являются неясная анатомия в зоне треугольника Кало, невозможность идентифицировать элементы ворот печени из-за выраженных инфильтративных или рубцово-склеротических изменений, интраоперационные осложнения: ранение внепеченочных желчных протоков, кровотечение, которое невозможно остановить без риска повреждения элементов гепатодуоденальной связки, выявление по ходу лапароскопии заболеваний, не диагностированных до операции. Чаще это опухолевый процесс с локализацией в ободочной кишке.

Переход к лапаротомии не является поражением хирурга, признаком его слабости и некомпетентности. Лапаротомия - почетное отступление, позволяющее предотвратить тяжелые, иногда фатальные осложнения.

Переход на лапаротомию потребовался у 76 (5,7 %) больных и при этом в 20 случаях причиной перехода на лапаротомию было кровотечение, у 8 было повреждение внепеченочных желчных протоков. В остальных наблюдениях переход на лапаротомию был обусловлен сложностью ситуации в связи с инфильтративно-рубцовым процессом.

Эндоскопическая хирургия изменила принципы ведения больных после операции. Отсутствие болей в животе и мышцах брюшной стенки позволяет не ограничивать физическую

активность пациента уже в первые сутки после операции. Наркотические анальгетики не назначают. Полноценная экскурсия диафрагмы предотвращает гипостатическую пневмонию. Перистальтика восстанавливается через несколько часов, самое позднее - через сутки после операции. Тошнота и рвота редкое явление. В отличие от традиционной абдоминальной хирургии напряжения мышц передней брюшной стенки нет, незначительная локальная болезненность имеет место лишь в местах введения троакаров. Дефанс и вздутие живота настолько нетипичны для лапароскопических операций, что их появление всегда свидетельствует о послеоперационном осложнении (кровотечение, желчеистечение, повреждение кишечника и др.).

В послеоперационном периоде осложнения были у 21 (1,6%) больных: подпеченочный абсцесс - 1, подпеченочная гематома - 2, подпеченочный инфильтрат - 5, желчеистечение из ложа желчного пузыря - 5, несостоятельность культи пузырного протока - 2, спаечная деформация двенадцатиперстной кишки - 1 и нагноение послеоперационной раны было у 5 больных. Эти осложнения потребовали лапаротомии у 5 больных, релапароскопии - у 1 пациента и пункции под контролем ультразвука - у 6 больных.

Принимать пищу больному позволяют со вторых суток. Длительность нахождения в стационаре составляет 1-7 дней, что зависит от особенностей

заболевания и характера операции. Как правило, через 1-2 нед. после вмешательства пациент может вернуться к привычному образу жизни, включая легкий физический труд и занятия спортом.

Из 1332 лапароскопических холецистэктомий умерли двое больных (0,1%).

Сроки пребывания больных в стационаре находятся в прямой зависимости от длительности заболевания до операции и в среднем составили 7 койко дней, что в 2 раза меньше, чем при открытой холецистэктомии. Также

значительно уменьшается потребность в шовном, перевязочном материалах и в медикаментах, что в конечном итоге приносит значительный экономический эффект. Немаловажен и косметический эффект, так как более 80% больных составляют женщины.

Анализ полученных результатов диктует необходимость проведения следующих профилактических мероприятий:

- тщательной анатомической препаровки и мобилизации трубчатых структур в зоне треугольника Кало;

- своевременной пункции желчного пузыря с аспирацией его содержимого;

- внутривенного введения антибиотиков широкого спектра действия при попадании инфицированного содержимого желчного пузыря в брюшную полость;

- обязательного дренирования подпеченочного пространства; -

тампонирования ложа желчного пузыря при диффузном кровотечении из него, которое невозможно остановить эндохирургическими методами;

- в случае желчеистечения или развития местного либо диффузного желчного перитонита нужно активнее использовать метод релапароскопии с лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия является одним из основных методов хирургического лечения заболеваний желчного пузыря и позволяет максимально снизить послеоперационные осложнения, сократить сроки пребывания больных в стационаре и осуществить раннее восстановление трудоспособности пациентов после операции. Лапароскопическая холецистэктомия при всех видах холецистита, выполняемая при соблюдении определенных технических правил, является безопасной операцией и должна стать методом выбора при хирургическом лечении больных холециститом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Э.И.Гальперин, Н.В.Волкова. *Заболевания желчных путей после холецистэктомии*. М.: Медицина, 1988.- 265с.
2. Дж. С. Абдуллаев. *Первый опыт видеоскопической хирургии острого холецистита* //Торакоабдоминальная хирургия /Сб.науч. тр. Бишкек, 1998.- С.42-46.

3. О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990.-560с.
4. О.С. Кочнев, И.А. Ким. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. Казань: Изд-во Казанского Университета, 1988.-151с.
5. С.И. Емельянов, В.В. Феденко, Н.Л. Матвеев. Эндоскопическая хирургия: Status prearsens и перспективы. //Эндоскопическая хирургия. -1995. -№ 1. -С. 9-14.
6. И.В. Федоров. Особенности ЛХЭ при остром холецистите. //Эндохирургия сегодня.-1995.-№4.-С.7-11.
7. Дж.С. Абдуллаев, М.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии //Актуальные вопросы современной медицины. Бишкек, 1997.-С.45-46.
8. А.С. Балалыкин, Г.В. Азаров, В.В. Гвоздик и др. Принципы комплексного лечения холедохолитиаза. //Эндоскопическая хирургия. -2000. -№2. -С. 8.
9. Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев, М.Ш. Партов. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. //Эндоскопическая хирургия.- 2000.- №2.-С.46.
10. И.В. Федоров, Л.Е. Славин. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Казань, 1995.-72с.
11. М.М. Мамакеев, Ж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. //Труды 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М.:1997.- С.66-67.
12. М.М. Мамакеев, Ж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Наш опыт лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. //Холецистит и его осложнения. Бухара, 1997.- С.68-69.
13. Ю.С. Виник, С.В. Миллер, С.П. Мухин и др. Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. //Эндоскопическая хирургия.-2000.-№2.- С. 17-18.
14. А.Я. Коровин, В.В. Выступец, Д.Н. Зайченко и др. Эндоскопическая холецистэктомия при осложненном деструктивном холецистите. //Эндоскопическая хирургия.-2000.-№2.- С.34-35.
15. В.И. Малярчик, А.Е. Климов, Р.В. Тедорадзе. Особенности хирургической техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите //Эндоскопическая хирургия.-2000.- №2.-С.41-42.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Э.А.Тилеков, А.М.Калжикеев, А.Д.Алмалиева, Ю.К.Уметалиев, А.Т.Тойгонбаев

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек

Резюме. С целью анализа особенностей хирургической тактики при острых гнойно воспалительных заболеваниях органов малого таза с использованием лапароскопической техники нами проведен анализ 65 клинических случаев гнойных воспалительных образований органов малого таза. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет, составляя в среднем 36,4лет. Из анализа наших данных видно, что у больных потребовавших хирургического лечения, преобладали пиосальпинксы (45,3%), на втором месте по частоте - одно и двусторонние tuboовариальные образования (23%) и на третьем - одно- и двусторонние пиовары (21,7%).

Ключевые слова: придатки, матка, гнойные воспалительные заболевания, эндовидеохирургия.

PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES

E.A.Tilekov, A.M.Kalzhikeev, A.D.Amalmalieva, Yu.K.Umetaliev, A.T.Toigonbaev

NSC MH KR, Bishkek

Summary. In order to analyze the features of surgical tactics in acute suppurative inflammatory diseases of the pelvic organs using laparoscopic techniques, we analyzed 65 clinical cases of purulent inflammatory formations of the pelvic organs. The age of patients ranged from 17 to 45 years, averaging 36.4 years. From the analysis of our data, it is clear that piosalpinxes (45.3%) prevailed in patients requiring surgical treatment, one and two-sided tubo-ovarian formations (23%) ranked second, and one-way and two-sided pyovars (21.7%).

Key words: adnexa, uterus, purulent inflammatory diseases, endovideosurgery.

По данным Национального центра контроля заболеваемости в США ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев воспалительных

заболеваний органов малого таза. Из них 267000 пациенток госпитализируют и проводят им 119000 операций по этому поводу.

В США ежегодные затраты на лечение и реабилитацию гнойных воспалительных заболеваний женских половых органов составляют около 3,5 млрд. долларов США.

По данным МЗ РФ, более 50% женщин, обращавшихся в женскую консультацию, страдают воспалительными заболеваниями женских половых органов. При этом 50% их них нуждаются в стационарном лечении. У 25% женщин острый воспалительный процесс протекает с осложнениями [1, 2].

Лечение гнойных воспалительных образований органов малого таза является одной из актуальных проблем гинекологии. Несмотря на внедрение новых технологий в лечении указанной патологии оно продолжает оставаться сложной проблемой для клинициста и опасным недугом для больной. Более того, хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается одной из сложных задач оперативной гинекологии, а многие ее аспекты требуют дальнейшего изучения на новом методологическом уровне [3-6].

В последние десятилетия в лечении воспалительных заболеваний придатков матки наметились два направления - консервативное и хирургическое.

Значительная роль в консервативной терапии острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов

женщин принадлежит антибиотикотерапии. Выбор антибиотика зависит от чувствительности к нему микрофлоры, выделенной из очага поражения, т.к. каждый из них губителен для определенного вида микроорганизмов, оставаясь индифферентным к другим [2, 7].

Успешное применение в лечении острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов пенициллина, канамицина, мономицина объясняется высокой чувствительностью к ним штаммов стафилококка и кишечной палочки.

Повышение роли микробных ассоциаций в этиологии острых воспалительных заболеваний внутренних гениталий обуславливает применение антибиотиков широкого спектра действия, таких как неомидин, биомидин, тетрациклин.

Большую роль в эффективности антибиотикотерапии помимо правильного подбора препарата, играет поддержание терапевтической концентрации его в крови. Так как антибиотики быстро выводятся из организма, разрабатываются методы пролонгирования и повышения эффективности их действия путем комбинированного применения препаратов и назначения их во всевозрастающих дозах.

Заслуживает внимания метод лечения перитонитов, получивший широкое распространение в хирургии, при котором царяду с обычными методами введения лекарственных веществ, применяется метод проточного

орошения брюшной полости раствором антибиотиков. При проточном орошении брюшной полости раствором антибиотиков, препарат подводится непосредственно к пораженному органу, поддерживается его длительный контакт с пораженной брюшиной и создается достаточная его концентрация в очаге воспаления и в крови.

В гинекологической практике применяется введение антибиотиков в брюшную полость через задний свод влагалища, но преимущественно этот метод используется при консервативном лечении воспалительных мешотчатых образований придатков матки. При лечении же острых сальпингитов, сопровождающихся открытым пельвеоперитонитом, внутрибрюшное введение антибиотиков находит применение лишь тогда, когда эффект от комплексной противовоспалительной терапии не наступает и больная подвергается оперативному лечению.

Предлагаются два метода введения лекарственных препаратов в брюшную полость: 1) однократно во время операции с последующим зашиванием брюшной стенки наглухо и 2) многократно в послеоперационном периоде через микроиригатор и дренажные трубки, введенные в брюшную полость во время операции.

Отмечая большую эффективность применения внутрибрюшного введения антибиотиков при лечении острых воспалительных заболеваний

органов брюшной полости, следует учесть, что применение данного метода связано с чревосечением и поэтому ограничено.

Однако, в последние годы в связи с появлением все более совершенных видов эндоскопов со стекловолоконистой оптикой и развитием эндоскопической хирургии, стало возможным использование лапароскопии при некоторых острых воспалительных процессах в брюшной полости не только с диагностической, но и с лечебной целью [8-12].

При этом создаются условия для внутрибрюшного введения антибактериальных и дезинтоксикационных препаратов с постоянной эвакуацией из брюшной полости патологического экссудата без предварительного чревосечения. В хирургической практике уже достаточно широко и успешно используется дренирование брюшной полости с помощью лапароскопа при лечении острых заболеваний брюшной полости, такие как острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит и др.

С целью анализа особенностей хирургической тактики при острых гнойно воспалительных заболеваниях органов малого таза с использованием лапароскопической техники нами проведен анализ 65 клинических случаев гнойных воспалительных образований органов малого таза. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет, составляя в среднем 36,4 лет. Из анализа наших данных видно, что у больных потребовавших

хирургического лечения, преобладали пиосальпинксы (45,3%), на втором месте по частоте - одно и двусторонние тубоовариальные образования (23%) и на третьем - одно- и двусторонние пиовары (21,7%).

Подавляющее большинство гнойных процессов локализовалось в придатках матки, что совпадает с данными литературы и обусловлено восходящим путем инфицирования.

Острые воспалительные заболевания придатков матки протекающие под маской острого аппендицита, были выявлены у 65 больных.

Лапароскопическая картина при катаральных формах острого сальпингита характеризовалась утолщением, отеком стенок, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок усилен, хорошо виден на тазовой брюшине. Практически всегда определялись признаки оофорита. При гнойном сальпингите маточные трубы резко гиперемированы и отечны, часто определяется их четкообразное утолщение. Чаше наблюдается поступление из просвета труб мутного гнойного экссудата, что четко можно определить при пальпации и надавливании манипулятором.

Апоплексия яичника была обнаружена у 4 женщин. Первым признаком ее является наличие крови в малом тазу и брюшной полости, количество которой может быть весьма умеренным или значительным. Яичник, явившийся источником кровотечения, всегда

был отечен, и на его поверхности обнаруживался линейный или неправильной формы дефект.

Лапароскопическая диагностика перекрута кисты яичника у 2 больных не представляла трудностей. Киста выглядела напряженной, имела багрово-синюшную окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими и сливающимися кровоизлияниями.

Нарушенная внематочная беременность симулировавшая клинически острый аппендицит выявлена у 8 больных. Лапароскопическая картина внематочной беременности, протекающая по типу трубного аборта, характеризуется наличием в малом тазу и брюшной полости жидкой темной крови со сгустками. Следы крови обнаруживались в виде мазков на петлях кишечника, сальника. При незначительном количестве крови хорошо видна увеличенная матка, серозный покров которой, как правило, не изменен. Лишь иногда она имела синюшную окраску. Пораженная маточная труба имела веретенообразную форму, диаметр ее был увеличен, цвет багровый, цианотичный. Фимбрии трубы были отечны, гиперемированы, из просвета подтекала кровь.

У женщин с гнойными сальпингитами и сальпингоофоритами произведена тщательная аспирация выпота с помощью аквапуратора, который вводится через троакар манипулятора. Затем брюшная

полость промывалась раствором фурацилина и дренировалась одним или двумя полихлорвиниловыми дренажами диаметром 5 мм через этот же троакар. Дренаж во всех случаях сохранялся в течение суток.

При апоплексии яичника после аспирации крови и тщательного осмотра всех поверхностей обоих яичников и матки и обнаружения дефекта произведена его диатермокоагуляция биполярным электродом. Надежный гемостаз удалось выполнить во всех случаях.

У больных с разрывами кисты яичника после аспирации содержимого выполнена резекция кисты путем острого иссечения ее стенок с последующим коагуляционным гемостазом. Осложнений не наблюдалось.

Лапароскопическая операция при нарушенной внематочной беременности начиналась с аспирации крови из брюшной полости в стерильный сосуд с добавлением 1000 ЕД гепарина на каждые 1000 мл крови. Затем брюшная полость промывалась, эвакуировались сгустки крови. После санации и осушивания производилась мобилизация пораженной маточной трубы тупым и острым путем с коагуляционным гемостазом. После наложения на дистальный отдел двух клемм, практически на боковой поверхности матки, труба пересекалась электроножом и удалялась через рабочий троакар. В брюшную полость на 12 ч вводилась контрольная дренажная трубка. Осложнений не было.

У всех больных хирургическое

лечение гнойных образований органов малого таза сопровождалось массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией. В схеме антибактериального лечения использовали цефалоспорины 3-го и 4-го поколений в сочетании с метрогилом, проводили инфузионную терапию в объеме не менее 1,5 - 2,5 л в сутки при соотношении коллоидных и кристаллоидных растворов 2:1. С целью коррекции гиповолемии и восстановления микроциркуляции применяли реополиглюкин, желатиноль. В тяжелых случаях для снижения интоксикации вводили свежезамороженную плазму и альбумин, переливали одногруппную донорскую кровь.

Применение хирургической лапароскопии для лечения гнойных процессов органов малого таза, которая выполнялась в адекватном и достаточно радикальном объеме соответственно принципам общей хирургии в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, симптоматической терапией, позволило ускорить выздоровление больных, сократить срок их пребывания в стационаре, уменьшить число послеоперационных осложнений даже несмотря на относительно радикальный объем оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.-М.:Медпресс, 1999.- 234с.
2. Л.В. Адамян, С.И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, Э.Р. Ткаченко. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней, Москва.-2000.-С. 170-194.
3. В.И. Бодюжина. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.-М.:1978.- 158с.
4. И.С. Гаджиев, Н.Г. Гаджиева. Эффективность лапароскопии в диагностике заболеваний внутренних половых органов женщин. //Акушерство и гинекология.-1978.-№6.-С.57-59.
5. И.М.Грязнова. Диагностическая ценность гинекологической эндоскопии. //Новое в хирургии гинекологических заболеваний . Труды 2 МОЛГМИ.- Москва,1979.-С.9-13.
6. Д.В. Брюнин, А.И. Ищенко, В.М. Зуев, Т.А. Джигладзе, Н.В. Ведерникова. Одноэтапное эндохирургическое лечение женщин репродуктивного возраста с тазовыми абсцессами. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней, Москва. - 2000.-С. 195-197.
7. А.А. Семендяев, С.И. Кулинич, Н.А. Иванова, М.Н. Чертовских, С.С. Голубев Пролонгированный протеолиз гнойных придатков и позадидаточных образований лапароскопическим доступом // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней.- Москва, 2000.-С. 199-201
8. А.С. Гаспаров. Роль лапароскопии в диагностике поликистозных яичников и сопутствующей патологии органов малого таза //Проблема репродукции.-1995.-№2.-С.25-29.
9. А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. Оперативная лапароскопия в гинекологии. -М.: Медицина, 1995-184с.
- 10.Т.А. Паллади, О.С. Чернецкая, Ю.В. Пунчи. Лапароскопия в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1996.-№5.-С.43-44.
- 11.Е.А. Кудрина, А.И. Ищенко, И.А. Батурина. Перспективы лапароскопической хирургии в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1997.-№1.-С. 19-22.
12. Г.М. Савельева, С.В. Штырев, А.В. Тумарев. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических больных //Эндоскопия в гинекологии.-М., 1999.-С.267-269.

О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

Э.А. Тилеков

НХЦ МЗ КР, г.Бишкек

Резюме. **Цель:** сравнительная оценка клинико-лапароскопических данных острого аппендицита и острых воспалительных заболеваний придатков матки.

Материалы и методы. Обследовано 335 больных лечившиеся в НХЦ МЗ КР. Возраст колебался от 17 до 42 лет. Основную группу обследованных составили 101 больных с острым аппендицитом и 65 с острым воспалением внутренних половых органов, которым было произведено лапароскопическое исследование с целью дифференциальной диагностики.

Из 101 больных, которым было произведено лапароскопическое исследование, у 22 выявлен острый катаральный аппендицит, а у 79 – осложненные формы острого аппендицита с перитонеальными явлениями. Все больные, у которых установлен диагноз острого аппендицита, оперированы. Выполнена аппендэктомия лапароскопическая или традиционная. Осложнений не было.

Ключевые слова: острый аппендицит, придатки матки, диагностика, лапароскопия.

ABOUT DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC DIFFICULTIES IN ACUTE APPENDICITY IN WOMEN

E.A. Tilekov

NSC MH KR, Bishkek

Summary. Purpose: comparative assessment of clinical and laparoscopic data of acute appendicitis and acute inflammatory diseases of uterine appendages.

Materials and methods. A total of 335 patients who were treated in the NSC MH KR were examined. Age ranged from 17 to 42 years. The main group of the examined patients consisted of 101 patients with acute appendicitis and 65 with acute inflammation of the internal genital organs, who underwent laparoscopic examination for the purpose of differential diagnosis.

Of the 101 patients who underwent laparoscopy, 22 had acute catarrhal appendicitis, and 79 had complicated forms of acute appendicitis with peritoneal events. All patients diagnosed with acute appendicitis were operated on. Laparoscopic or traditional appendectomy was performed. There were no complications.

Key words: acute appendicitis, adnexa, diagnosis, laparoscopy.

Проблема изучения и лечения острой пельвеоабдоминальной патологии у женщин остается актуальной и далеко не разрешенной [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. В частности, несмотря на большое количество исследований, посвященных сочетанию острого аппендицита и острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ), решение вопросов диагностики и хирургической тактики нередко составляет значительные трудности. Опыт показывает, что иногда, даже при строгом соблюдении основных принципов дифференциальной диагностики и использовании специальных методов исследований, установления истинной патологии при сочетании острого аппендицита и ОВЗПМ становится возможным только во время операции. Отсутствие четких критериев дифференциальной диагностики заболеваний приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным чревосечениям [8, 9, 10, 11, 12].

По сводным данным Т.В.Иванова (1979), С.В. Штырова (1997) у 4,8 - 6% больных женского пола, оперированных по поводу вероятного диагноза острого аппендицита, во время лапаротомии распознавалась острая генитальная патология. В то же время у 4-7% женщин, поступивших в неотложную, чаще гинекологическую клинику и оперированных там по поводу якобы острой гинекологической патологии во время операции

диагностировался острый аппендицит [5, 6, 13, 14, 15, 16, 17].

Кроме того, до настоящего времени не выработана единая тактика ведения больных с острой пельвиоабдоминальной патологией у женщин, протекающими с явлениями пельвиоперитонита. Одни авторы предлагают срочное чревосечение с ликвидацией источника перитонита. Большинство же других авторов предлагают выжидательную тактику, во время которой назначается противовоспалительная терапия, включающая в себя комплекс антибактериальных, дезинтоксикационных, десенсибилизирующих, рассасывающих, общеукрепляющих мероприятий и лишь при отсутствии эффекта от проводимого лечения и при нарастании явлений пельвиоперитонита рекомендуют прибегать к оперативному лечению. В последние годы важное значение в диагностике и дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в том числе и острых гинекологических заболеваний, приобретает лапароскопическое исследование, с помощью которого в максимально короткий срок можно получить объективные сведения о характере заболевания и своевременно решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства. Необходимо отметить, что взгляды на использование лапароскопии при острых хирургических и гинекологических заболеваниях не однозначны; некоторые авторы

считают этот метод ценным [19-25], другие считают острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, в том числе внутренних гениталий абсолютным противопоказанием к применению лапароскопического исследования, указывая на возможность при этом генерализации процесса.

Ценность лапароскопии при клинической картине «острого живота» повышается в связи с возможностью дренирования брюшной полости с помощью лапароскопа и проведения внутрибрюшных капельных инфузий антимикробных и дезинтоксикационных препаратов с постоянной эвакуацией патологического экссудата по типу перитонеального диализа.

Целью нашего исследования явилось сравнительная оценка клинико-лапароскопических данных острого аппендицита и ОВЗПМ.

Материалы и методы. Для достижения этой цели нами обследовано 335 больных лечившихся в НХЦ МЗ КР. Возраст колебался от 17 до 42 лет, из них 200 больных страдали острым аппендицитом и 135 острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов женщин.

Основную группу обследованных составили 101 больных с острым аппендицитом и 65 с острым воспалением внутренних половых органов, которым было произведено лапароскопическое исследование с целью дифференциальной диагностики. В обеих группах

большинство составляло женщины молодого репродуктивного возраста (до 40 лет -95%).

В последние годы важное значение в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в том числе и при пельвиоабдоминальной патологии, приобретает лапароскопическое исследование, с помощью которого в максимально короткий срок можно получить объективные сведения о характере заболевания и своевременно решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства.

Исследование в основном производилось под местной анестезией и некоторых случаях индивидуально проводилось под внутривенным наркозом. Иглой Veress пунктировалась брюшная стенка в области пупка. Осуществлялся пневмоперитонеум введением 2-3 л углекислого газа под контролем внутрибрюшного давления. В этой же зоне в брюшную полость вводился троакар диаметром 10 мм с последующим проведением через него лапароскопа, соединенного в видеокамерой и видеомонитором.

Осмотр органов брюшной полости производился по общепринятой методике. Больные находились на операционном столе в положении лежа на спине с опущенным головным концом. В ходе исследования надежная визуализация червеобразного отростка и органов малого таза достигалась поворачиванием операционного стола вправо и влево

до 45°, а также использованием специального манипулятора. Манипулятор проводился в брюшную полость через троакар диаметром 5 мм, введенный в точке Мак-Бурнея.

Результаты и их обсуждение.

Основную группу обследованных больных составили 101 больные с острым аппендицитом, которым было произведено лапароскопическое исследование с диагностической (79) или диагностической и лечебной (22) целью.

Из 101 больных, которым было произведено лапароскопическое исследование, у 22 выявлен острый катаральный аппендицит, а у 79 – осложненные формы острого аппендицита с перитонеальными явлениями.

Показанием для лапароскопии у 101 больных с острым аппендицитом явилось:

- отсутствие четких данных при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острым аднекситом- у 50 больных;

- отсутствие четких данных при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острыми воспалительными заболеваниями половых органов малого таза.

По глубине и степени распространенности воспалительного процесса в малом тазу мы наблюдали 3 варианта лапароскопической картины.

У 22 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина не изменена, патологического выпота в

брюшной полости нет, червеобразный отросток гиперемирован, напряжен, т.е. соответствовал катаральному аппендициту.

У 16 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина несколько гиперемирована, блестящая, патологического выпота в брюшной полости нет. Червеобразный отросток утолщен, напряженный, местами фибриновые налеты, картина соответствовала острому флегмонозному аппендициту.

У 85 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина малого таза резко гиперемированная, блестящая, в малом тазу умеренное количество гнойного выпота, червеобразный отросток увеличен, имеются фибриновые налеты, местами черного цвета.

Острые воспалительные заболевания придатков матки протекающие под маской острого аппендицита, были выявлены у 65 больных. Наиболее часто определялись воспалительные процессы в придатках матки.

Лапароскопическая картина при катаральных формах острого сальпингита характеризовалась утолщением, отеком стенок, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок усилен, хорошо виден на тазовой брюшине. Практически всегда определялись признаки оофорита. При гнойном сальпингите маточные трубы резко гиперемированы и отечны, часто определяется их четкообразное

утолщение. Чаще наблюдается поступление из просвета труб мутного гнойного экссудата, что четко можно определить при пальпации и надавливании манипулятором.

Апоплексия яичника была обнаружена у 4 женщин. Первым признаком ее является наличие крови в малом тазу и брюшной полости, количество которой может быть весьма умеренным или значительным. Яичник, явившийся источником кровотечения, всегда был отечен, и на его поверхности обнаруживался линейный или неправильной формы дефект.

Лапароскопическая диагностика перекрута кисты яичника у 2 больных не представляла трудностей. Киста выглядела напряженной, имела багрово-синюшную окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими и сливающимися кровоизлияниями.

Нарушенная внематочная беременность симулировавшая клинически острый аппендицит выявлена у 8 больных. Лапароскопическая картина внематочной беременности, протекающая по типу трубного аборта, характеризуется наличием в малом тазу и брюшной полости жидкой темной крови со сгустками. Следы крови обнаруживались в виде мазков на петлях кишечника, сальника. При незначительном количестве крови хорошо видна увеличенная матка, серозный покров которой, как правило, не изменен. Лишь иногда она имела

синюшную окраску. Пораженная маточная труба имела веретенообразную форму, диаметр ее был увеличен, цвет багровый, цианотичный. Фимбрии трубы были отечны, гиперемированы, из просвета подтекала кровь.

У женщин с гнойными сальпингитами и сальпингоофоритами произведена тщательная аспирация выпота с помощью аквапуратора, который вводится через троакар манипулятора. Затем брюшная полость промывалась раствором фурацилина и дренировалась одним или двумя полихлорвиниловыми дренажами диаметром 5 мм через этот же троакар. Дренаж во всех случаях сохранялся в течение суток.

При апоплексии яичника после аспирации крови и тщательного осмотра всех поверхностей обоих яичников и матки и обнаружения дефекта произведена его диатермокоагуляция биполярным электродом. Надежный гемостаз удалось выполнить во всех случаях.

У больных с разрывами кисты яичника после аспирации содержимого выполнена резекция кисты путем острого иссечения ее стенок с последующим коагуляционным гемостазом. Осложнений не наблюдалось.

Лапароскопическая операция при нарушенной внематочной беременности начиналась с аспирации крови из брюшной полости в стерильный сосуд с добавлением 1000 ЕД гепарина на каждые 1000 мл крови. Затем брюшная полость промывалась, эвакуировалась сгустки крови.

После санации и осушивания производилась мобилизация пораженной маточной трубы тупым и острым путем с коагуляционным гемостазом. После наложения на дистальный отдел двух клемм, практически на боковой поверхности матки, труба пересекалась электроножом и удалялась через рабочий троакар. В брюшную полость на 12 ч вводилась контрольная дренажная трубка. Осложнений не было.

Все больные, у которых установлен диагноз острого аппендицита, оперированы. Выполнена аппендэктомия лапароскопическая или традиционная. Осложнений не было. Все больные выздоровели.

Таким образом, лапароскопия является надежным методом дифференциальной диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний, позволившим во всех случаях избежать диагностических ошибок. Лапароскопия позволяет эффективно осуществить оперативное лечение выявленных острого аппендицита или острых гинекологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Бодюжина. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.-М.:1978.- 158с.
2. И.С. Гаджиев, Н.Г. Гаджиева. Эффективность лапароскопии в диагностике заболеваний внутренних половых органов женщин. //Акушерство и гинекология.-1978.- №6.-С.57-59.
3. И.М.Грязнова. Диагностическая ценность гинекологической эндоскопии. /Новое в хирургии гинекологических заболеваний . Труды 2 МОЛГМИ.Москва.-1979.- С.9-13.
4. У.И. Мукашев, В.А.Сергеев, В.В.Быковский, Е.Б.Абугалиев. Острые гинекологические заболевания в экстренной хирургии //Современные проблемы экстренной хирургии.-1998.-С.154-155.
5. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.- М.:Медггпресс, 1999.-234 с.
6. Л.В. Адамян, С.И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, Э.Р. Ткаченко. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. -Москва.-2000.-С. 170-194.
7. Д.В.Брюнин, А.И.Ищенко, В.М.Зуев, Т.А.Джибладзе, Н.В.Ведерникова. Одноэтапное эндохирургическое лечение женщин репродуктивного возраста с тазовыми абсцессами. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. - Москва, 2000.-С. 195-197.
8. Т.В. Иванова. Значение лапароскопии в диагностике острого аппендицита и острого пельвиоперитонита у женщин: Сб.трудов 2-го Моск.мед.инс-та.- 1979.-Т.128, Вып.27.-С19-22.
9. Я.П.Кулик, В.М.Седов, В.В.Стрижелецкий и др. Лапароскопия в дифференциальной диагностике и лечении острого аппендицита и острых

гинекологических заболеваний // Вестник хирургии. -1996. -№3.-С. 31 - 33.

10. С.В. Штыров. Диагностическая и оперативная лапароскопия при острых воспалительных заболеваниях у гинекологических больных //Вест.Рос.ассоц. акушеров-гинекологов.-1997.-№3.-С.17- 19.

11. Semm K. New methods of pelviscopy //Endoscopy.-1976.- Vol. 11,№2.

12. Nase H.W., Kovalcik P.D., Cross C.H. The diagnosis of appendicitis //Amer.J.Surg.-1980.- Vol.46, №9.

13. В.Г.Дехтярь. Острый аппендицит у женщин. - М.: Медицина, 1971.

14. В.К. Константинов, И.И.Клюев. Трудности и ошибки диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний / /Вест, хир. -1981. -№ 1.-С.136-139.

15. В.Н.Четверикова, Э.П. Паладько. Роль лапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита и апоплексии яичника //Клин.хир.-1982.-№4.-С.49-50.

16. Ю.М. Корнилов, Г.В.Шилкин, П.А. Персуков. Лапароскопия в диагностике неотложных состояний в гинекологии и хирургии //Диагностика и лечебная неотложная эндоскопия /Сб.науч.работ.-М.,1983.-С.49-50.

17. О.С. Кочнев, И.А.Ким. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии.-КазаньЛ 988.-206с.

18. Т.М.Бараев. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии у больных молодого возраста. Автореф.дисс..канд мед наук.-Л.,1988-24с.

19. А.С. Гаспаров. Роль лапароскопии в диагностике поликистозных яичников и сопутствующей патологии органов малого таза //Проблема репродукции.-1995.-№2.-С.25-29.

20. А.Н.Стрижаков, А.И. Давыдов. Оперативная лапароскопия в гинекологии. -М.: Медицина, 1995-184с.

21. Т.А. Паллади, О.С.Чернецкая, Ю.В.Пунчи. Лапароскопия в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1996.-№5.-С.43-44.

22. Е.А. Кудрина, А.И.Ищенко, И.А.Батурина. Перспективы лапароскопической хирургии в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1997.-№1.-С.19-22.

23. Г.М.Савельева, С.В.Штьфев, А.В.Тумарев. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических больных //Эндоскопия в гинекологии.-М.,1999.- С.267-269.

24. А.А. Семендяев, С.И.Кулинич, Н.А.Иванова, М.Н.Чертовских, С.С.Голубев Пролонгированный протеолиз гнойных придатков и позадидаточных образований лапароскопическим доступом // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – Москва, 2000. -С. 199-201.

25. Semm K. Operations fur endoscopische Abdominal-Chirurgie. Operative Pelviocopie- Operative Laparoscopy.-Stuttgart, New York, T.-K. Schattauer Verlag,1984.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д.Т. Сыргаев, А. К. Кутманбеков, Б.С. Ниязов, А. Т. Тойгонбаев,
Т.И. Кудайбергенов, Абдыш уулу Э.

*Национальный хирургический центр МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме. Представлен анализ лечения больных с острой кишечной непроходимостью различной этиологии, находившихся на лечении в клинике НХЦ МЗ Кыргызской Республики. Использование предложенных авторами положений диагностики, тактики и лечения больных позволило стабилизировать летальность среди больных с острой тонкокишечной непроходимостью на уровне 8,1%.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, спаечная непроходимость, диагностика, хирургическое лечение, назоинтестинальная интубация.

MEDICAL TACTICS IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

D.T. Syrgaev, A. K. Kutmanbekov, B.S. Niyazov, A.T. Toigonbaev,
T.I. Kudaibergenov, Abdysh uulu E.

*National Surgical Center MH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Summary. An analysis of the treatment of patients with acute intestinal obstruction of various etiologies who were treated at the NHC clinic of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic is presented. The use of the diagnostic, tactical and treatment provisions proposed by the authors allowed the mortality rate to be stabilized among patients with acute small bowel obstruction at the level of 8.1%.

Key words: acute intestinal obstruction, adhesive obstruction, diagnosis, surgical treatment, nasointestinal intubation.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) продолжает оставаться одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии, рассматривается в работах

многочисленных авторов - Д.П. Чухриенко (1960), А.Е. Норенберг-Чарквилиани (1969), Ю.Н. Дедерера (1971), Н.Н. Александрова, М.И. Лыткина и соавт. (1980), Г.А. Ефимова, Ю.М. Ушакова (1984),

В.П. Петрова, И.А. Ерюхина (1989) [1, 2]. Сохраняется рост числа больных с ОКН. Больные с ОКН составляют от 2 до 4,3% от общего числа пациентов в хирургических стационарах, а в структуре неотложных хирургических заболеваний удельный вес их достигает до 27,1% [2, 3].

Значительно увеличился удельный вес ОКН среди лиц пожилого и старческого возраста, а вместе с этим участились поздняя обращаемость [3], ошибки диагностики на всех этапах и неэффективность лечения в поздних стадиях заболевания [4].

Не менее важной особенностью является изменение структуры причин ОКН. Значительно реже стали встречаться узлообразования, инвагинации [3, 4], что привело к снижению настороженности врачей к этим формам заболевания и утрате навыков их распознавания. В то же время возросшая частота обтурационной и спаечной непроходимости [2, 5, 6], стойких послеоперационных парезов тонкой кишки, отсутствие надежных способов ранней диагностики [7] и единой лечебной тактики нередко приводят к выполнению запоздалых операций, либо напрасных вмешательств, когда непроходимость можно устранить консервативным путем [4].

Несмотря на временные достижения хирургии и интенсивной терапии, результаты лечения ОКН нельзя признать удовлетворительными. Как известно, среди всех острых

хирургических заболеваний органов брюшной полости, ОКН сопровождается самой высокой летальностью [7], достигающей, по последним сообщениям 17-21% при неопухолевой этиологии [4, 6] и 14-60% при опухолевой, преимущественно толстокишечной [3].

Проблема эффективного лечения ОКН и перитонита еще далека от окончательного разрешения. Улучшение результатов лечения данного заболевания является одной из важнейших задач хирургии.

В настоящей работе представлен анализ лечения больных ОКН, находившихся на лечении в клинике НХЦ МЗ Кыргызской Республики с 1995 по 1999гг.

В связи с тем, что фактор времени при лечении больных ОКН играет часто решающую роль, основные диагностические исследования целесообразно проводить в приемно-диагностическом отделении, откуда одни больные направляются сразу в операционную, другие - в отделение реанимации и интенсивной терапии для предоперационной подготовки, а некоторые - для более детальной диагностики или консервативного лечения в специализированные отделения стационара. У 171 больных (12,5%) из 1368 поступивших с диагнозом ОКН, это заболевание было безошибочно отвергнуто при первичном осмотре в приемном отделении. Причины ОКН даны в таблице 1.

Таблица 1

Основные причины ОКН среди оперированных больных

Причины непроходимости	Кол-во больных	%
I. Тонкокишечная непроходимость	336	76,2
1. Спаечно-обтурационная	127	28,8
3. Обтурационно-тонкокишечная	30	6,8
А. Опухолевого генеза	12	
Б. Неопухолевого генеза	18	
4. Ущемленные грыжи, осложненные ОКН	35	7,9
5. Заворот тонкой кишки	12	2,8
6. Инвагинация тонкой кишки	4	0,9
7. Ранняя послеоперационная спаечная тонкокишечная	36	8,1
II. Толстокишечная непроходимость	105	23,8
8. Обтурационная толстокишечная непроходимость	85	19,2
А. Опухолевого генеза	84	
Б. Неопухолевого генеза	1	
9. Заворот ситовидной кишки	12	2,8
10. Спаечно-толстокишечная непроходимость	3	0,7
11. Динамическая толстокишечная непроходимость	5	1,1
ВСЕГО	441	100

Таблица 2

Операции при тонкокишечной непроходимости

Вид операции	Кол-во	%
1. Рассечение спаек	184	54,7
2. Наложение обходного межкишечного анастомоза	8	2,4
3. Резекция тонкого кишечника	62	18,5
4. Резекция спаечного конгломерата	9	2,7
5. Наложение илеоасцендоанастомоза	48	14,3
6. Интубация тонкого кишечника	19	5,6
7. Энтеротомия	6	1,8
ВСЕГО	336	> 100

Из 398 больных (29,1%), которым в приемном отделении был установлен диагноз ОКН, 263 (19,1%) были сразу направлены в операционную, где им выполнены неотложные оперативные вмешательства. Предоперационная подготовка в реанимационном отделении проводилась 135 (9,9%) больным с тяжелыми водноэлектролитными нарушениями и гиповолемией. при осложнении кишечной непроходимости

перитонитом или эндотоксиновым шоком. Она обычно занимала не более 1,5-2 часа и позволяла произвести операцию в более выгодных условиях, на фоне улучшенных показателей гомеостаза. Объем предоперационных инфузий составил 1,5-2 литра с обязательным включением кристаллоидов, антибиотиков, а также препаратов, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию.

Ответственным моментом в лечении ОКН является определение показаний к операции. В случае странгуляционной формы ОКН, этот вопрос решается однозначно в пользу экстренного хирургического лечения. Лечение спаечной тонкокишечной и обтурационной толстокишечной непроходимости при отсутствии признаков мезентериального кровотечения, перитонита и интоксикации тяжелой степени начали с интенсивной консервативной терапии. Особенно это касается пациентов, ранее оперированных по поводу спаечной непроходимости.

Консервативная терапия, направленная на восстановление водно-электролитного и энергетического баланса организма и, включающая медикаментозную нейровегетативную защиту, перидуральную анестезию и сакроспинальную блокаду, более чем в половине случаев дает положительный эффект. Необходимо учитывать, что спаечнокишечная непроходимость представляет собой смешанный вариант заболевания и может протекать с преобладанием странгуляционного компонента. В связи с этим при консервативном лечении необходимо избегать применения препаратов, сильно возбуждающих моторную активность кишечника. Диагностически ценным при этом является рентгенологический контроль пассажа бария по тонкой кишке, который производится через каждые 4 часа. В специализированных учреждениях целесообразно выполнять зондовую энтерографию по В.П. Петрову (1989).

Методика: исследование производят с использованием достаточно ригидного

зонда, который после опорожнения желудка проводят за пилорический жом в 12-перстную кишку. Через зонд по возможности полностью удаляют содержимое из проксимальных отделов тощей кишки, а затем под давлением 200-250 мм в.д. ст., в нее вводят 500 мл 20-процентной бариевой взвеси, приготовленной на изотоническом растворе натрия хлорида. В течение 20-90 мин. проводят динамическое рентгенологическое наблюдение. Если в процессе исследования в тонком кишечнике вновь накапливается жидкость и газ, то содержимое удаляют через зонд, после чего контрастную взвесь вводят повторно.

Нарастание симптомов эндогенной интоксикации и появление признаков перитонита являются показанием для оперативного лечения. Консервативное лечение следует признать эффективным лишь в случаях исчезновения болей в животе, прекращения рвоты, уменьшения вздутия живота, отхождения газов, исчезновения или резкого уменьшения «шума плеска», значительного уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой массы по тонкой кишке и появлении ее в толстой кишке через 8-12 час. от начала исследования.

При толстокишечной непроходимости, если отсутствуют признаки перитонита и явления пареза тонкой кишки, необходимо попытаться разрешить ее посредством очистительных клизм. При расположении опухолевого препятствия в прямой кишке целесообразно под контролем ректоскопа провести зонд выше препятствия и отмыть толстую кишку от каловых масс. При отсутствии

эффекта в течение 2-3 часов следует склоняться к операции.

Изначально настойчивой консервативной терапии требует и послеоперационный парез кишечника. При этом важно устранить причину, поддерживающую парез, обезболить и восполнить водно-электролитные и энергетические затраты организма, произвести декомпрессию верхних отделов ЖКТ и лишь после этого проводить стимуляцию двигательной активности кишечника, сочетая ее с применением различных видов нейровегетативных блокад. Эффективными в таких случаях является назо-интестинальная интубация с последующей активной декомпрессией начальных отделов тонкой кишки. Если консервативная терапия, проводимая в течение двух суток оказывается неэффективной, а также в случаях более быстрого нарастания симптомов эндогенной интоксикации и появления симптомов перитонита, показана срочная операция.

Целью хирургического пособия при ОКН является не только устранение препятствия, обусловившего непроходимость и восстановление пассажа по кишечной трубке, но и ликвидаций основного заболевания, ставшего причиной непроходимости, а также профилактика рецидива ОКН.

Выполнение этих задач должно быть осуществлено наиболее простыми и доступными способами. Важно отметить, что почти в половине случаев неблагоприятные исходы оперативного лечения ОКН связаны с тактическими ошибками во время операции. Наибольшее число из них относится к неправильной оценке жизнеспособности стенки кишки. Отсутствие надежных

способов определения границ нарушенного кровообращения в стенке кишки породило рекомендацию производить резекцию ее, отступя 40 см проксимальнее и 20 см дистальнее от видимого некроза. Такая рекомендация может быть приемлема при поражениях тонкой кишки в средней ее трети, а при субтотальном некрозе, при локализации некроза вблизи связки Трейтца или и около илеоцекального угла выполнение ее бывает часто сопряжено со значительными техническими трудностями или с наложением функционально невыгодных тонко-толстокишечных анастомозов, выключаяющих из пассажа химуса правую половину ободочной кишки. В связи с чем, в клинике неотложной хирургии НХЦ МЗ КР с 1989 г. выполняется операция: илеоасцендостомия с управляемой илеостомой.

Новизна данной операции состоит в следующем

1. Создание анастомоза, препятствующего обратному забрасыванию содержимого из толстой кишки тонкую.

2. Декомпрессия толстого кишечника и анастомоза с использованием Баугиниевой заслонки для предотвращения несостоятельности швов тонко-толстокишечного анастомоза.

3. Сохранение правой половины ободочной кишки и илеоцекального угла -регулятора моторной функции ЖКТ.

4. Клапанный илеоасцендо-анастомоз предупреждает развитие дисбактериоза тонкого и толстого кишечника.

5. Управляемая столбиковая илеостома закрывается в основном самостоятельно без повторных оперативных вмешательств.

Не менее важным вопросом в лечении ОКН является определение показаний и выбор способа дренирования кишечника. Чаще всего выполняется длительное дренирование. Оно показано при:

1. ОКН осложненной или в сочетании с перитонитом.
2. Ранней спаечной или паралитической послеоперационной непроходимости.
3. Резком перерастяжении стенки кишки и наличии в ней морфофункциональных и гемодинамических нарушений.
4. Резекции кишки или ушивание дефекта в ее стенке в условиях пареза или переполнении содержимым.
5. Повторных оперативных вмешательствах по поводу спаечной непроходимости.

Однократная декомпрессия показана при переполнении проксимальных отделов тонкой кишки содержимым при отсутствии перитонита, появления перистальтики в ответ на механическое воздействие и восстановление перистальтики вскоре после декомпрессии кишки, отсутствие спаечного процесса брюшной полости.

Среди способов дренирования кишки наибольшее распространение получило назоинтестинальное дренирование. Этот способ не только прост в техническом выполнении, но и является наиболее эффективным и безопасным. Однако, у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также в случаях, когда невозможно выполнить назоинтестинальное дренирование по техническим причинам и при преимущественном поражении

дистальных отделов тонкой кишки, следует выполнить цекоэнтеростомию.

К важным задачам лечения ОКН следует отнести определение объема и выбор рационального завершения оперативного пособия. Технические сложности оперирования возникают при обнаружении конгломерата петель тонкой кишки при спаечной непроходимости. В этих случаях целесообразно прибегать к наложению обходных тонкокишечных анастомозов или тонко-толстокишечных анастомозов, а если позволяют условия производить резекцию конгломерата.

При опухолевом поражении тонкой и толстой кишок следует стремиться к радикальному удалению опухолей. Однако, при крайне тяжелом состоянии больного выгоднее наложить обходной анастомоз или разгрузочную колостому. При резекции тонкой кишки предпочтение следует отдавать физиологически более выгодному анастомозу по типу «конец в конец», но при чрезмерном перерастяжении приводящей кишки безопаснее формировать анастомоз «бок в бок» (табл. 2, 3).

При толстокишечной непроходимости не следует накладывать первичный анастомоз в условиях перитонита и стойкого пареза. Ведение послеоперационного периода необходимо рассматривать как продолжение единой программы лечебного мероприятия, начатых в ходе предоперационной подготовки к операции. При этом основное внимание уделяем на борьбу с эндогенной интоксикацией и токсемией, коррекцию водноэлектролитных нарушений, устранению тканевой гипоксии и восстановлению двигательной активности кишечника. С

этой целью в нашей клинике широко применяются комбинированные методы экстра-корпоральной детоксикации с 1992 г. Учитывая тот факт, что главным

источником эндогенной интоксикации при ОКН является кишечник, важное место отводится кишечному диализу и энтеросорбции.

Таблица 3

Операции при толстокишечной непроходимости

Вид операции	Кол-во	%
1. Резекция пораженного сегмента с колостомой	12	11,4
2. Правосторонняя гемиколэктомия	14	13,4
3. Левосторонняя гемиколэктомия	10	9,5
4. Операция Гартмана	43	41
5. Операция Гаген-Торна	6	5,7
6. Пристеночная цекостомия	6	5,7
7. Пристеночная сигмостомия	8	7,6
8. Расправление заворота	6	5,7
ВСЕГО	105	100

При запущенных случаях, кишечный диализ и энтеросорбцию следует начинать уже вскоре после дренирования тонкой кишки и эвакуации ее содержимого. Наиболее простым и эффективным является фракционный метод промывания тонкой кишки до 5-7 раз в сутки с использованием 400 мл физраствора или воды. В качестве

энтеросорбентов можно использовать 5%-ный раствор энтеродеза, гемодез, реополиглюкин. Продолжительность кишечного диализа должна быть не более 3 суток после операции, а трубка должна находиться в кишечнике не менее 4 суток (табл. 4).

Таблица 4

Интубация кишечника при ОКН

Вид интубации	Кол-во больных	%
1. Однократная	38	15,7
2. Длительная, в том числе:	204	84,3
А. Назоинтестинальная	104	43
Б. По И.Д. Житнюку	26	10,8
В. По Майдлю	8	3,3
Г. Через цекостому	6	2,5
Д. Через илеостому	48	19,7
Е. Трансанально	12	5
ВСЕГО	242	100

Использование вышеизложенных положений диагностики, тактики и лечения больных позволило стабилизировать летальность среди больных с острой тонкокишечной непроходимостью на уровне 8,1%. Однако, продолжает оставаться высокой летальность при толстокишечной непроходимости, что связано в первую очередь с поступлением больных с запущенными формами опухолевого процесса, которые не поддаются радикальному лечению.

Таким образом, реальным путем улучшения результатов лечения больных с ОКН, по-нашему мнению является проведение более действенной санитарно-просветительной работы среди всех контингентов населения, повышение уровня специальных знаний медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений по ранней диагностике ОКН и в первую очередь - у больных пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг А.А., Богданов А.Е., Александрова Е.Г., Гилуянов С.В., Михальский В.В., Закиров Д.Б. Хирургическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. - Тезисы докладов и сообщений – Ташкент, 1996 - С. 79.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость, М., 1989.
3. Алиев С.А., Ашрафов А.А. Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском // Хирургия. - 1997- №1 -С. 46-50.
4. Ибадильдин А.С., Образцов М.С., Кадырбаев Р.В. др. Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости. // Первый Конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Тезисы докладов и сообщений. -Ташкент, 1996. - С. 82-83.
5. Наврузов С.Н., Мехманов Ш.Р. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова - Тезисы докладов и сообщений - Ташкент - 1996-С. 91.
6. Брискин, Б.С. Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость / Б.С. Брискин, И.А. Поляков // 9 Всерос. съезд хирургов. — Волгоград, 2000.-С. 148-149.
7. Богданов А.Е., Ступиц В.А., Закиров Д.Б., Михальский В.В. Функциональное состояние кишечника и хирургическая тактика у больных с ОКН // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. - Тезисы докладов и сообщений. –Ташкент, 1996 - С. 75.