

Порталдық гипертензия және бауыр циррозы кезіндегі асқазан ішек жолдарынан қан кету қазіргі кезде асқазанның, ұлтабардың өз ауруларынан, басқа да геморрагиялық аурулардың ішінде І ші орында тұр [1]. Е.М. Тареев және И.Е. Тарееваның деректері бойынша бауыр циррозы 1/3 науқастарда асқазан ішектік қан кетулер, қанды құсу және меленамен көрініс береді. Осы сырықат кезіндегі өлім көрсеткіші бірінші рет пайда болған қан кетуде 45-55% ал екіншілік қан кетуде 70-80% құрайды [2, 3].

Семей жедел жәрдем ауруханасында 2007-2009 ж.ж. асқазан-ішектен қан кетумен 392 науқас емделген, соның ішінде 139-інің (35,4%) себебі бауыр циррозы, порталды гипертензия болды. Науқастардың жасы 35-60 жас аралығында. Ер адамдар басым - 83. Науқастардың көпшілігінің анамнезінде алкогольді артық мөлшерде қолдану анықталған. Барлық науқастарға тексеру хаттамаларына сәйкес ЭГДС жүргізілген, бұл зерттеулер науқастарда өңеш пен асқазанға қан кету болғанын көрсеткен. Стационарда бұл науқастардың барлығына жедел анемияны жою және қан кетуді тоқтату үшін барлық шұғыл шаралар жасалды. Басқа этиологиялы жедел асқазан-ішек қан ауруларына кетулерге қарағанда АҚҚ күрт төмендеуі, организмнің, сонымен қатар циррозды өзгерген бауыр жасушаларының ұзаққа созылған гипоксиясы, бауырлық қаның дамуын жеделдетіп, науқастың қан кетуден өліміне әкеледі. Жаңа цитратты қанды құюға тырыстық. Қатаң төсектік тәртіп, дәстүрлі гемостатикалық дәрілер тағайындалып (CaCl₂, викасол, аминокәпрон қышқылы, жүрек гликозидтері, көктамырға аскорбин қышқылы 0,5г, К витамині 5-20 мг глюкозамин, В₁ витамині 200 мг), жедел геморрагиядан кейін, алғашқы сағаттарда оттегін беру гипоксияның алдын алу мақсатында тағайындалады. Қанды тоқтатқаннан кейін науқастарға сұйық белокты-көмірсулы-витаминді тағам берілді. Ішекті клизма арқылы тазаладық, Блэмор зондын 13 науқасқа ауыр болса да оң динамикамен қолдандық. Консервативті ем 118 науқасқа жүргізілген, 17 науқасқа операция өмірлік көрсеткіштері бойынша жасалынды: лапаротомия, гастротомия, өңеш және асқазанның кардиалды бөліміндегі варикозды кеңейген тамырларды тігу және байлау, асқазанның сол жақ артериясын байлау операциялары жүргізілді.

Барлығы 34 науқас қайтыс болды, операциядан кейін 5. Ауруханаға кеш 49 (12,5%) науқас түсті, бұл

жалпы және операциядан кейінгі өлім көрсеткішін жоғарылатты, жалпы өлім көрсеткіші 24,4% операциядан кейін 29,4% құрайды. Сонымен, өңештің варикозды кеңейген тамырларынан қан кету ауруларын консервативті және оперативті жолдармен емдеу кезіндегі нәтижелер жұбанышты емес. Порталды гипертензия кезіндегі асқазан-ішек қанауы нәтижесі әр авторларда әртүрлі. М.Д. Пациора [4] 102 науқасты консервативті емдеген, олардың 41-і қайтыс болған, операция жасалған 72 науқастың 25-і өліммен аяқталған. Братусь В.Д. емдеген 49 науқастың 9-ы қайтыс болған.

Қорытынды:

1. өңештің варикозды кеңейген тамырларының қанауын консервативтік әдіспен емдеу тактикасы оперативті емге қарағанда тиімдірек.
2. Қатты қан кету кезінде гемостаз мақсатында Блэмор зондын қолданған тиімдірек.
3. ЖМКЕ ауруханасы жағдайында, абдоминалды ену жолымен, өңештің және асқазанның қанаған варикозды тамырларын гастротомия операциясы арқылы байлау жүргізіледі.
4. Абдоминалды ену жолына қарағанда торокалды ену жолы науқастарға ауыр тиеді, сонымен қатар торокалды ену жолында өңеш пен асқазанның жіптерінің шешіліп кетуі плевра эмпиемасына әкеледі. [5, 6].

Әдебиеттер:

1. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения // Здоровье. – Киев. - 1972. – С. 288-347.
2. Соломатин А.Д. Гемостаз при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Хирургия. – 1991. - № 9. - С. 33 – 35.
3. Крылов А.А. с соавт. Неотложная гастроэнтерология // М., - 1988. – С. 120 -139.
4. Пациора М.Д. с соавт. Спленэктомия у больных циррозом печени, осложненным портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 60-63.
5. Еромишанцев А.К. с соавт. Сравнительная оценка различных методов перевязки варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 63-69.
6. Шерцингер А.Г. с соавт. ЭГДС у больных с портальной гипертензией // Хирургия. - 1983. - № 7. - С. 69-73.

УДК 616.366–089.87[–089.157–06

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М. М. Байтанатов

Главный военный клинический госпиталь МОРК, г. Астана

Вероятность осложнений лапароскопической холецистэктомии возрастает при остром холецистите. Тщательный отбор пациентов по показаниям, знание типичных осложнений, связанных с проведением эндовидеохирургических вмешательств являются важными моментами безопасной лапароскопической холецистэктомии, позволяет снизить риск и частоту послеоперационных осложнений.

Тұжырым

Лапароскопиялық холецистэктомияның асқынулары

Жедел холецистит кезінде лапароскопиялық холецистэктомияның асқыну мүмкіндігі арта түседі. Эндовидеохирургиялық операцияларға науқастарды көрсеткіші бойынша қатап таңдау және оған тән асқынуларды терең білу лапароскопиялық холецистэктомияның қауіпсіз жүргізілуіне қолайлы жағдай жасайды, операциядан кейінгі асқынулардың даму қаупі мен жиілігін төмендетеді.

Summary

Complications of laparoscopic cholecystectomy

The probability of complications of laparoscopic cholecystectomy increases in case of acute cholecystitis. Careful selection of patients by indications, knowledge of the typical complications during the laparoscopic procedures are important points of safe laparoscopic cholecystectomy, allows to lower risk and frequency of postoperative complications.

С внедрением в практику лапароскопической холецистэктомии соответственно изменился и характер осложнений.

По данным современной литературы частота повреждений желчных протоков во время открытой холецистэктомии колеблется от 0,1 до 0,4%. Частота повреждений желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии изменяется в более широких пределах, и составляет приблизительно 0,1-0,6%.

При наличии острого воспаления пузырный проток может быть укорочен, анатомия этой области искажена, могут вовсе отсутствовать различные анатомические ориентиры в области ворот печени, что в значительной степени затрудняет препаровку тканей с помощью лапароскопической техники. Лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита, сопровождается вполне умеренной частотой перехода на открытую операцию и составляет не более 8 % [1,2].

Основными показаниями к переходу к полостной операции являются: выявление непредвиденной патологии, сложность выполнения хирургического вмешательства, а также в очень редких случаях технические ошибки и осложнения хирургической лапароскопии.

Частота перехода на традиционную открытую операцию у пациентов с острым холециститом приблизительно в 2-4 раза выше, чем при выполнении плановых операций по поводу хронического холецистита. Даже у опытных хирургов, частота конверсии обычно составляет 3-5% [3].

Целью настоящего сообщения является изложение часто встречающихся осложнений из практики в результате использования лапароскопической холецистэктомии, такие как повреждения желчных протоков.

В данной статье мы приводим из нашей практики 3 случая лапароскопической холецистэктомии, осложненной повреждением общего желчного протока в течение последних 3 лет. В 2 случаях подтекание желчи и повреждение общего желчного протока диагностировано во время лапароскопической холецистэктомии, в 1 случае мы выявили осложнение на 3-ие сутки после операции, когда у больной появилась желтуха. По нашим данным частота повреждения желчных протоков составила 0,8%.

Результаты: у наших больных, оперированных сразу или в ближайшие дни после лапароскопического вмешательства, уровень повреждения желчных протоков оказался высоким — на расстоянии не более 1 см от места слияния долевых печеночных протоков. В 100% случаев повреждения потребовали реконструктивных операций. Конверсия имела место у 2 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, в одном случае релaparотомия на 3-е сутки после первой операции. Во всех случаях проведены реконструктивные операции - **холедохоеюноанастомоз** по Ру на сменном транспеченочном дренаже.

Прежде всего, у пациентов с острым холециститом большую проблему вызывает перерастянутый, воспаленный желчный пузырь с толстыми стенками. В таких случаях для облегчения захвата стенки перерастянутого желчного пузыря зажимом необходимо выполнить

его декомпрессию с помощью специальной пункционной иглы. Стенку желчного пузыря можно захватывать зубчатым зажимом, но в таких случаях может возникнуть перфорация стенки желчного пузыря, поэтому во избежание подтекания желчи в брюшную полость этот зажим не следует снимать до конца операции.

Другой проблемой, возникающей перед хирургом во время выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита, является выделение и клипирование пузырного протока и пузырной артерии из-за потенциальной опасности повреждения желчных протоков в связи с воспалительным инфильтратом гепатодуоденальной связки.

Соответственно, для более уверенного ориентирования в нарушенной анатомии желчных протоков в таких ситуациях лучше выполнять интраоперационную холангиографию. Если при этом ни лапароскопическая препаровка тканей, ни интраоперационная холангиография не позволяют полностью разобраться в анатомии желчных протоков, то для безопасности пациента следует переходить на открытую традиционную холецистэктомию лапаротомным доступом.

За отчетный период повреждения желчных протоков в ходе операций из открытого и минилапаротомного доступа не наблюдалось.

Литературные данные свидетельствуют, что ранения желчных протоков во время операции случаются как у начинающих, так и у опытных хирургов [4]. Результаты нашего исследования подтверждают это – все случаи протоковых повреждений возникли у хирургов, имеющих опыт лапароскопической холецистэктомии не менее 10-15 лет. Это можно объяснить, видимо тем, что по мере приобретения навыков хирургии берутся за все более сложные операции, при которых риск осложнений возрастает.

Выводы:

Вероятность осложнений лапароскопической холецистэктомии возрастает при острых воспалительных изменениях в желчном пузыре и окружающих его тканях, при наличии спаек в брюшной полости, при атипичных вариантах анатомии и любых других обстоятельствах, затрудняющих выполнение операции лапароскопическим способом. Поэтому к выполнению операций на протоках необходимо привлекать наиболее опытных хирургов, либо переводить больных в отделение специализированной гепатобилиарной хирургии.

Тщательный отбор пациентов по показаниям, знание типичных осложнений, связанных с проведением эндовидеохирургических вмешательств являются важными моментами безопасной лапароскопической холецистэктомии.

Литература:

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П., Кубачев К.Г., Лисицин А.А. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения // Учебное пособие для врачей, 2001.-188с.
2. L.L., Goh Y.C., Chew S.P. et al. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a collective appearance of four teaching hospitals and results of repair // De-

partment of Surgery, Singapore General Hospital, Singapore, 1998.

3. Madani A., Badawy A., Henry C., Nicolet J., Vons C., Smadja C., Franco D. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis // *Chirurgie*.— 1999. — Vol. 124. — № 2. — P. 171-176.

4. Завгороднев С.В., Григашкина Т.А., Тимофеев Д.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Тактические и технические приложения // *Эндоскопическая хирургия* 1997. -№ 1.-С. 65-66.

УДК 617.52-018.6-089.844

ПОДФАСЦИАЛЬНАЯ «УДАВКА» МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ГЕМАТОМОЙ

П.И. Какенова, Д.К. Шайпранова, С.Ж. Мантыкова
Павлодарская городская больница №1, г. Павлодар,
Врачебная амбулатория с. Каратомар

При незначительных механических травмах нижних конечностей (больной не придал значения), могут возникнуть повреждения измененной стенки сосуда с кровотечением под неповрежденную фасцию. При этом возникает боль, припухлость. В поликлинике чаще диагностируют: Ушиб мягких тканей. В последующие дни нарастает лимфостоз, увеличивается объем конечности, усиливаются боли. Диагностируется: Тромбофлебит глубоких вен. Несмотря на интенсивное консервативное лечение, состояние резко ухудшается, присоединяются признаки полиорганного поражения. На самом же деле врачами допущена диагностическая и тактическая ошибка. У больного в плотном, неподатливом фасциальном мышечном футляре образовалась гематома, которая тампонирует мышечные волокна, лимфатические сосуды, систему микроциркуляции. Сдавление микроциркуляции ведет к гипоксии, ишемии, некрозу тканей. Постепенно растет лимфостоз, нарушение кровотока в магистральных сосудах. Продукты распада из раздавленных мягких тканей вызывают отравление организма и полиорганное повреждение. В данном случае конечность не попала под пресс, под обвал, тем не менее, развитие ишемии от кровоизлияния, в мышечный фасциальный футляр, в замкнутое пространство дает патоморфологическую и патоанатомическую картину сдавления мягких тканей. Подобная патология может быть при наложении циркулярной гипсовой повязки на конечность при свежих переломах.

Пример: больная З. 1930 г.р. лечилась в терапевтическом отделении по поводу артрита правого коленного сустава. Заболевание свое связывает с пункцией сустава, хотя из анамнеза выяснили, что через неделю после пункции сустава при «неудобном» повороте в постели правой нижней конечности, что-то «хрустнуло», «щелкнула» сразу почувствовала боль, затем припухлость в области голени. Боль с каждым днем усиливалась, нарастал отек всей конечности, повысилась температура 38-38,5°, озноб. При осмотре: правая нижняя конечность отекая, плотная, кожа натянутая, лоснистая, бледного цвета. При обследовании – магистральный кровоток сохранен. Консультант, в срочном порядке, больную

в тяжелом состоянии перевел в хирургическое отделение с диагнозом анаэробная флегмона мягких тканей правой нижней конечности. Фасцит. Миозит. Сопутствующий диагноз: хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей. После кратковременной дезинтоксикационной, по системной симптоматической терапии проведено декомпрессирующее хирургическое вмешательство – фасциотомия, нэкрэктомия, дренирование, раны мазью на водорастворимой основе.

В области разреза вид фасции тусклый, выделения в небольшом количестве жидкое, мутное, темно-коричневое с черными хлопьями.

Хирургическая обработка многоэтапная. Продолжена целенаправленная интенсивная терапия. Заживление ран вторичным натяжением.

Таким образом, незначительная травма нижней конечности может повредить патологически измененную стенку сосуда с кровотечением, сдавлением мягких тканей в фасциальном футляре, причем распространение патологического процесса, длительно не сопровождается никакими внешними проявлениями на коже. Диагностика сложна, чаще запоздалая. Осложнение данного процесса анаэробной флегмоной увеличивает ишемический гипертензионный синдром. Лечение основано на принципах активного хирургического вмешательства с удалением нежизнеспособных тканей, адекватного дренирования и ранних восстановительных операций.

В комплекс интенсивной терапии входят антибактериальная (с учетом бактериологического исследования и чувствительности), детоксикационная, коррекция функций органов и систем, иммунотерапия, плазмаферез, гиперборическая оксигенация.

Литература:

1. Федоров А.А., Святухин А.А. Избранные лекции по гнойной хирургии. М. 2004
2. Нечаев Э.А., Ревской А.К., Савицкий Г.Г. Синдром длительного сдавления. Руководство для врачей. М. 1993 г.