

3. Алексеева О.П., Курышева М.А. Алкогольная болезнь печени. / Актуальные вопросы гастроэнтерологии – 2007. – спец. выпуск журнала - С.37-43.

4. Справка по запросу № 501 от 04.11.10 Павлодарского областного департамента статистики.

5. G. Artee, C.J. McClain, F. Bentley. Advances in alcoholic liver disease. / Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. - 2003. - Vol.17. - no 4. - С.625-647.

6. Антикеев А.М. Этиология, основные проявления и тактика при циррозе печени. / Наука и здравоохранение. – 2008. - № 1. – С.84-85.

Between 2006 and 2010 the analysis of mortality from was done in Pavlodar region. Mortality rate was 30.8 per 100 thousand people of population. In average 228 people die every year because of liver cirrhosis, that consists about 2,77% from all causes of death. There is a tendency of increasing mortality rate.

Павлодар обласы бойынша бауыр циррозынан 2005 – 2010 жылдар арасындағы өлім көрсеткішіне анализ жүргізілді. Өлім көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда 30,8 адам болды. Жыл сайын облыс бойынша орташа 228 адам қайтыс болады. Бұл көрсеткіш барлық өлімдердің 2,77% құрайды, және оның жоғарлауы байқалады.

УДК 616.36-053.2

К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

М.Т. Аубакиров

Государственный медицинский университет г. Семей

Общепринятым является мнение о том, что большинство носителей эхинококка заражаются в детстве и медленный рост кисты позволяет обнаружить её спустя много лет (2,3). В детском организме эхинококковый паразит проявляет четко выраженный экспансивный рост (3) и волнообразное течение. Всё это свидетельствует о важности ранней диагностики и своевременного хирургического лечения. Однако, до настоящего времени нет более и менее четких критериев тяжести эхинококковой болезни, ранней диагностики заболевания с учетом анатомо-физиологических особенностей растущего организма и требуется дальнейшее совершенствование методов хирургического лечения, также спорными остаются методы закрытия остаточной эхинококковой кисты.

Цель исследования: разработать наиболее физиологически способ закрытия остаточной полости при эхинококковых кистах печени.

Материал и методы исследования.

С 1991 по 2010 годы в клинике детской хирургии Государственного медицинского университета г. Семей пролечились 44 детей с эхинококкозом печени. Все обследованные пациенты разделены на две группы: основную 17 (45,4%), и контрольную – 24 (55,6%). Мальчиков было 18 (40,9%), девочек – 26 (59,1%). При анализе эндемичности отдельных районов выявлено, что часто дети поступали в детское хирургическое отделение из юго-восточных регионов области.

По локализации эхинококковых кист распределение больных выглядело следующим образом: изолированное поражение печени у 26 детей, причем пациенты от 3-х до 7-и лет было лишь 3, а в 23 случаях в возрасте от 8 до 14 лет. Множественное поражение печени обнаружены у 14 больных. Сочетанное поражение печени, почек и легких зарегистрировано у 4 - пациентов.

При анализе клинических проявлений удалось установить, что в начале заболевания отсутствовали какие либо признаки присутствия паразита. Однако, в следующем у детей наблюдались беспричинная температура, похудание, недомогание и слабость. Дети обращались в амбулаторное учреждение по поводу острой респираторной вирусной инфекции, болей в животе, аллергии и дерматитов. Сочетание болей в животе и образование в брюшной полости с увеличением печени отмечено в 16 наблюдениях.

Клиническому обследованию подвергались все больные, с целью уточнения диагноза проводились следующие обследования: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ брюшной полости, компьютерную томографию, ЯМР исследование, серологическую реакцию-латекс агглютинации и т.д.

Предоперационную подготовку осуществляли с учетом изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пораженного органа и интоксикации организма. Все операции по поводу эхинококкоза включала эхинококкэктомия, меры по предупреждению обсеменения соседних органов и полостей и ликвидации остаточной полости.

44 больным выполнено 48 операции: 40 пациентам операция выполнена в один этап, в два этапа выполнено – 3, в три – 1 ребенку.

Метод капитонажа при малых эхинококковых кистах печени, который заключается в ушивании остаточной полости отдельными узловыми и непрерывными швами в два и – три этажа, применен у 2 пациентов, пломбиринг остаточной полости фиброзной капсулы по Н.Ф. Березкину у -10, ликвидация полости поэтапным вворачиванием краев фиброзной капсулы внутрь в виде «рулета» с послойным ушиванием в 2-3 этажа у – 12. При локализации кисты у края печени краевая резекция печени – у 2, в одном наблюдении при множественных, расположенных близко друг к другу кистах, произведена левосторонняя гемигепатэктомия.

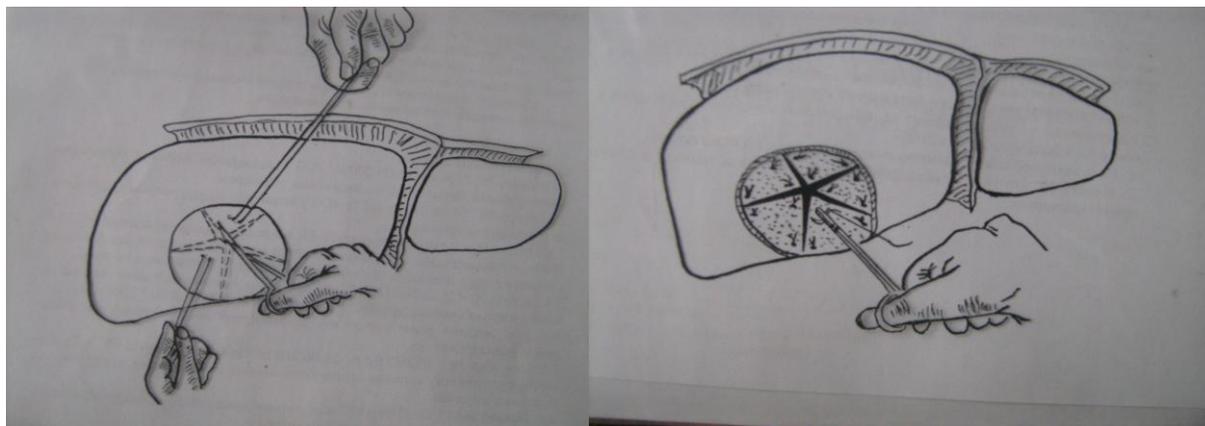
При эхинококкэктомии малых кист широко известен метод капитонажа, который заключается в ушивании остаточной полости отдельными узловыми и непрерывными швами в два и – три этажа.

Однако, при достаточно широкой остаточной полости вворачиванием их внутрь и фиксацией эластических краев не удается ликвидировать полость. В таких случаях целесообразно пломбировать ее ввернутыми краями последней, прядью сальника на сосудистой ножке. Способ ликвидации остаточной полости вворачиванием эластических краев, как правило, лишь частично уменьшает ее, и при этом все же остается замкнутая полость и в послеоперационном периоде чревато скоплением жидкости и развитием нагноения. При заполнении остаточной полости печени сальником не исключаются натяжения, перегиб либо перекут у основания

сальника, что приведет к нарушению кровообращения в пломбируемой его части.

Учитывая все это, нами разработан способ закрытия эхинококковой остаточной полости. Способ осуществляется следующим образом: 1) эхинококковая киста тщательно отгораживается от окружающих тканей и органов марлевыми салфетками; 2) делается толстой иглой пункция напряженной кисты с эвакуацией содержимой кисты; 3) фиброзная капсула берется на держалки и по возможности вскрытие просвета фиброзной капсулы; 4) удаление хитиновых оболочек либо дочер-

них пузырей и удаление оставшуюся эхинококковую жидкость; 5) обработка остаточной полости дезинфицирующим раствором; 6) из фиброзной капсулы иссекается звездчатой формы лоскут (рис. 1.) так, чтобы по краю образовавшейся полости оставались треугольные лепестки, вершины которых обращены к центру фиброзной площадки; 7) на края треугольников предварительно накладываются узловые гемостатические швы; 8) лоскуты вворачиваются в полость кисты, укладываются на ее дно и фиксируются 3-4 швами.



На способ получено авторское свидетельство Казпатента РК. По этой методике оперировано 17 детей (основная группа). В контрольную группу были включены 24 пациента, оперированных традиционными способами.

Отсутствие замкнутых полостей и скопление экссудата и желчи за счет щелей между треугольными лепестками обеспечило хорошие результаты в плане развития гнойных осложнений со стороны печени, раны и рецидивов заболевания. Анализ послеоперационных осложнений приведен в таблице №1.

Таблица 1. - Сравнительная характеристика частоты и структуры осложнений.

Группа больных	Количество	Виды осложнения			
		Нагноение раны	Рецидив	Абсцесс печени	Желчные свищи
основная	17	1	-	-	-
контрольная	24	2	1	1	1

Из таблицы видно, что у больных основной группы было зафиксировано только нагноение раны (1,2%), которое носило ограниченный характер и было купировано дренированием раны и и параэнтеральным ведением антибиотиков. Тогда как, в контрольной группе, осложнений пять раз (25%) выше чем в основной группе: три случаев – гнойных осложнений, абсцесс печени – у 1, рецидив заболевания - у 1.

Таким образом, при предложенном способе закрытия остаточной полости при эхинококковых кистах печени не образуются замкнутых полостей и не происходит скопления экссудата и желчи за счет щелей между треугольными лепестками и имеет преимущество перед

известными методами, обеспечивая хорошие результаты в силу физиологичности.

Литература:

1. Березкин Н.Ф. К вопросу о принципах и технике лечения эхинококковых кист печени. – Хирургия. -1946. - №11. – С.47-49.
2. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста.- Москва. - «Медицина». – 1982.- с. 384.
3. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей. – Ленинград. – «Медицина», - 1983. –с. 167.
4. Krammer B., Auer H., Pernezky E. and p. Wiesbauer. Echinokokkose in Kindersaltu. Diagnostische Moglichkeiten und Richlinien zur Behandlung Paediatr. -2003/ -P. 59-69.

УДК 618.2+616.155.194

ПРИМЕНЕНИЕ СУМАМЕДА ПРИ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА

А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А. Глядинцева

НИИ радиационной медицины и экологии, Семей, Казахстан

Учреждение Семейная поликлиника «Гармония», Семей, Казахстан

Цель исследования - оценить клиническую эффективность сумамеда в комплексном лечении больных с сочетанной патологией с хроническим пиелонефритом и хроническим аднекситом.

Материалы и методы.

В рандомизированное исследование было включено 50 пациентов с обострением хронического пиелонефрита и хронического аднексита. Средний возраст пациентов составил 34,6±1,2 лет. Длительность заболевания составила 5,1±1,2 лет. Группу контроля