

2008-2009 жж аралығында, №1 қалалық ауруханада және Ғ. Сұлтанов атындағы облыстық клиникалық ауруханасында өткір деструктивті панкреатит ауруы бар 13 науқастың (дәрілік құралдардың бағытталған транспорты (БТ ДҚ)) күре тамыр арқылы (аденозин трифосфат) АТФ және антибиотиктің инкубациясынан кейін қан аутогенді клеткалық бөлшемінің реинфузиясын қолдану нәтижелері ұсынылды. Науқастар панкреонекрозының дәрілік құралдардың бағытталған транспорттық әдістемесі эндогенді улану факторларының қозуын тоқтатуына әсерін тигізуі, аурудың клиникалық көріністерін жылдам және нәтижелі купациялауына көмегін тигізуі, бактерияларға қарсы терапияның ұзақтылығын төмендетуі, стационарлық емдеудің орта ұзақтығын 6,4 койко - күнге кемітілуі, сонымен қатар, ірінді-септикалық асқынулар 24,6% және адам өлімі 13,7% азайғаны анықталды.

There are results of the refusing of the autogenic cellular meal of the blood after its incubation with antibiotics and adenosine triphosphate intravascular method in 13 patients with acute destructive pancreatitis which were the patients of the regional clinics named after G. Sultanov and hospital № 1 during the period 2008-2009. It was denoted that the method of the derived medicines in patients with pancreatonecrosis lets reduce the tension of factors of the endogenous intoxication, lets arrest clinical manifestations of the disease, reduce average duration of the stationary treatment on 6.4 days, gives opportunity to reduce the rate of the purulent septic complications on 24.6 % and the rate of lethality on 13.7 % in comparison with controlling group.

УДК 616.351-002-08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ГЕМОРРОЯ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М.М. Гладинец, Т.Х. Оразғалиев, А.В. Дрокова, Е.Б. Хромова, А.В. Писмарева, А.А. Расторгуев
Государственный медицинский университет г.Семей

Геморрой от греческого - кровотечение. Синоним – варикозное расширение вен прямой кишки, преимущественно области анального канала. Геморроем страдают свыше 10% населения страны, а среди болезней прямой кишки страдают этим недугом в пределах 40%. В норме геморроидальные узлы представляют собой кавернозные сосудистые образования, располагающиеся в подслизистом слое прямой кишки над анальным каналом, внутренние узлы, наружные локализируются в анальном канале над кожей промежности. Причиной увеличения и в последствии выпадения геморроидальных узлов являются застой крови в геморроидальных кавернозных сплетениях и ослабление связочного аппарата узлов, удерживающего их в нормальной позиции над аноректальной линией. Основным клиническим проявлением геморроя является кровотечение из прямой кишки во время акта дефекации, отсюда и само название заболевания, второй своеобразный критерий, это выпадение геморроидальных узлов при натуживании. Боли при геморрое носят характер неприятных ощущений в заднем проходе и усиление во время дефекации заставляет пациентов обращаться к проктологу. Во времени могут учащаться кровотечения и развитие тромбоза воспаленных геморроидальных узлов. Присоединяются постоянная влажность и зуд в анальном канале.

В этиопатогенезе геморроя участвуют предрасполагающие и производящие факторы – в особенности врожденная, наследственная недостаточность анатомического строения вен, повышение внутрибрюшного давления, которое способствует ретроградному току крови из вен брюшной полости в сторону малого таза и застой в венозном русле прямой кишки, пролонгированная двухмоментная дефекация, половые излишества, алкоголизм, сидячая работа. Началом заболевания считается появление одного или ряда типичных патогномических признаков геморроя – кровотечения, болей, выпадения, ущемления геморроидальных узлов.

В клиническом течении геморрое в хирургической практике различают 4 стадии: I ст. - узлы не выпадают, II –III ст. – выпавшие узлы требуют ручного вправления и в IV ст. - постоянное выпадение узлов вместе с слизистой оболочкой, даже ручное невозможно вправление

их. Часто осуществляются малоинвазивные хирургические методы лечения. Это склеротерапия, инфракрасное облучение, электрокоагуляция. Эффективным способом лечение геморроя является лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, которые используются при поздних стадиях заболевания. Наиболее распространенной геморроидэктомией получившей распространение методика Миллигана и Моргана, который заключается в радикальном иссечении геморроидальных узлов на 11, 15, 19 часах.

Цель работы: Патогенетическое обоснование и внедрение новых методов операций при геморрое, которые бы отвечали следующим критериям: иссечение радикально внутренних кровоточащих геморроидальных узлов появляющихся на 11, 15, 19 ч., надежная обработка сосудистых ножек внутренних геморроидальных узлов и радикальное удаление наружных узлов. Кроме того, важное значение придается адекватному доступу к операционному полю, полноценное обезболивание и тщательная ревизия анального канала, а также щадящее отношение к анальному сфинктеру. По выражению В.Д.Федорова и соавт. «даже при отработанной методике не каждая геморроидэктомия приносит удовлетворение от выполненной операции, прежде всего из-за сложного и неудобного операционного доступа. Невольно приходят мысли к хирургу, каким образом облегчить себе задачу».

Для удобного выполнения манипуляции на кавернозных тельцах «озерках» и на ранах после их иссечения на 3, 7, 11 ч. геморроидальных узлов нами использовалось зеркало – расширитель с боковыми вырезками на 11,15,19 часах. В анальном канале имеются три зоны: столбовая, промежуточная, кожная. Столбовая зона представлена анальными столбами, высота ее от 1,5 до 3,0 см. Это самый удаленный и труднодоступный участок анального канала, где выполняется основной этап геморроидэктомии. Здесь в этой зоне, на 11, 15, 19 часах в положении больного на спине, расположены геморроидальные узлы и их сосудистые ножки. Учеными установлено, что из всех артерий, принимающих участие в кровоснабжении прямой кишки, основным и постоянным источником является верхняя прямокишечная артерия, то есть, конечная ветвь нижней брыжееч-

ной артерии, она обеспечивает кровью весь ее тазовый отдел, слизистую оболочку, кавернозные системы (структуры) анального канала. Высокая перевязка сосудистых ножек и иссечение кавернозных коллекторов обеспечивают радикальность операции.

В клинике больницы скорой медицинской помощи лечилось за последние 10 лет 272 больных с неосложненной и осложненной формой геморроя, возраст больных был от 16 до 78 лет. Больных до 20 лет – 17 (6,25%), с 21 до 30 – 58 (21,32%), 31-40 – 80 (29,41%), с 41 по 50 – 73 (26,84%), 51-60 – 25 (9,19%), и старше 60 лет – 6,99%. При анализе заболеваемости подавляющее большинство больных с острым и хроническим геморроем составляли пациенты трудоспособного возраста от 28 до 62 лет, чаще болели мужчины. Тромбофлебит геморроидальных вен и тромбоз наружных узлов составил в общем числе больных – 8,9%. Пребывание больных в стационаре – от 7 до 12 дней, средний койко-день – 9,2 % с дальнейшим амбулаторным лечением в условиях поликлиники, в среднем процент рецидива по литературным данным составляет от 2 до 7%, в нашем хирургическом отделении отмечено 2,3% у пациентов, обнаруженных в поликлиническом звене. Для изучения отдаленных результатов отбирали пациентов, у которых со дня операции прошел 1 год и более. Наибольший срок наблюдения был 6 лет. Больные не предъявляли жалоб, дефекация была регулярной – 1 раз в сутки, безболезненной и отсутствовали выделения из заднего прохода. Из основной группы 5,6% и из контрольной 9,6% пациентов жаловались на незначительные периодические возникшие боли в области заднего прохода во время дефекации, связанные с погрешностями в питании и развитием запора, только у 2,3% пациентов в наблюдении отмечен рецидив заболевания из-за несоблюдения техники операции.

Появившиеся после геморроидэктомии осложнения и рецидивы заболевания являются погрешностями при выполнении оперативного пособия, а отсутствие рецидивов заболевания в отдаленные сроки свидетельствует, что геморроидэктомия по Миллигану-Моргану есть радикально проведенная операция.

Консервативные методы лечения: назначение суппозиториев, содержащих кровоостанавливающие, рассасывающие средства. Для остановки кровотечения из внутреннего геморроидального узла необходимо применять тампонаду по Локкхарт-Маммори, при частых кровотечениях переливание одногруппной крови, белковых кровезаменителей.

Инъекционный метод лечения широко применяется за границей. Ученые предложили значительное количество различных коагулирующих и склерозирующих лекарственных препаратов в геморроидальные узлы. Сморщивание больших узлов происходит медленно и не достигается излечения полностью. Инъекционный метод при небольших узлах применяется амбулаторно, без освобождения от трудовой деятельности.

Оперативное лечение применяется при геморрое, не поддающемся консервативному, инъекционному методам. Показанием к операции является наличие больших узлов, которые часто воспаляются или выпадают, ущемляющихся, особенно при частых кровотечениях, а также с подозрением перерождение узлов.

На сегодняшний день предложено и используются в практике хирурга-проктолога многие методы оперативного лечения геморроя. Операция Уайтхеда – иссечение геморроидальных узлов и сшивание слизистой с краями кожи. Получили распространения различные варианты иссечения и перевязки геморроидальных узлов. Простой метод перевязки предложил проф.

Н.В.Склифосовский: основание узла захватывают гемморoidalным зажимом, прошивается двойной лигатурой №4-5 и перевязывают на обе стороны, потом узел отсекается. М.М.Субботин в 1895 г. внедрил в клинику метод иссечения гемморoidalных узлов с зашиванием получающихся кожных дефектов. Недостаток его, рецидивы выявляются у пациентов от 10 до 12%.

Границей между столбовой и промежточной зонами является аноректальная линия. Это позволяет строго выполнять раздельное удаление внутренних и наружных геморoidalных узлов, если они дифференцируются предохраняя от повреждений важные анатомические образования. Пролабировавший в просвет зеркала-цилиндра узел захватывают зажимом Люэра и подтягивается и отсекается вместе с сосудистой ножкой, потом накладываем отдельные швы нитью 3,0 или 4,0 применяя рассасывающийся шовный материал. Операция заканчивается введением в анальный канал тонкой марлевой турунды, пропитанной мазью на полиэтиленокислотной основе. Такая технология геморроидэктомии при хроническом геморрое. Отличие геморроидэктомии с применением спецзеркала при остром геморрое заключается в строгом порядке удаления геморoidalных узлов. В начале иссекаются тромбированные наружные узлы, если такие имеются, потом только удаляют внутренние узлы на 3,7,11 часах. Эта последовательность продиктована лишь желанием максимально щадить наряженные легко ранимые тромбированные наружные геморoidalные узлы. Полноту иссечения геморoidalных узлов оцениваем визуально и по результатам морфологического исследования удаленных узлов. Гистологические исследования удаленных внутренних геморoidalных узлов во всех препаратах отмечено наличие в подслизистом слое кавернозных вен и многокамерных сосудистых телец. Достоверным и единственным критерием оценки радикальности геморроидэктомии – это отсутствие рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде.

За рубежом и в России в последние годы стали широко применять 3-методики геморроидэктомии:

I. Закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала узловыми или непрерывными кетгутowymi швами. Используется при III-IV стадии при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморoidalными узлами.

II. Открытая геморроидэктомия, когда наружные и внутренние геморoidalные узлы удаляют единым блоком с перевязкой узла кетгутовой нитью и оставлением открытой раны анального канала. Эту операцию выполняют у больных с теми стадиями болезни, но осложненных парапроктитом или трещиной анального канала.

III. Методикой является подслизистая геморроидэктомия. При этой методике слизистую оболочку анального канала не иссекают вместе с геморoidalным узлом, а рассекают дугообразными разрезами, из подслизистого слоя острым путем с помощью коагулятора выделяют геморoidalный узел, его ножку перевязывают, узел отсекается, оставляя культю удаленного узла в подслизистом слое.

В клинической картине острого геморроя выделяется 2 основных компонента: тромбоз геморoidalных узлов и воспаление их. При остром геморрое I-II степени осуществляется консервативное лечение, местное применение противовоспалительных и обезболивающих лекарственных препаратов: гепариновая мазь + декспантеном + алантоин, в сочетании мази хлорамфеникол + метилурацил. Показано лечение флеботоническими средствами: рутозид, трибенозид, диосмин+гесперидин. Механизм действия их повышают резистентность капилляров,

улучшают микроциркуляцию в геморроидальных узлах, реологические свойства крови.

Применение современных способов оперативного лечения геморроя, позволяет купирование болевого синдрома у пациентов, сокращение койко-дней пребывания в стационаре до одной недели.

Дифференцированный подход к выбору способа лечения геморроя в зависимости от стадии и индивидуальных особенностей течения заболевания, позволяет получение достаточно хороших результатов лечения у 98% больных страдающих этим заболеванием, а также улучшение их качества жизни. Возникшие после геморроидэктомии общепринятыми способами осложнения и рецидивы заболевания являются результатом технических погрешностей выполнения основных этапов операции. Профилактика рецидива заболевания в отдаленные сроки свидетельствует, что геморроидэктомия

Геморрой проктологиялық аураын патогенетикалық емдеу бағдарламасы

Геморрой шапшаң емдеуі замандас тәсілдерінің қолдануы, бір аптаға дейін күндізгі бөлімде мекендеу аурулық синдромын жою, керует - күндердің қысқартуы рұқсат етіледі. Сатының тәуелділікте геморрой емдеуі тәсілі таңдау дифференциаланған жақын келу және дара ерекшеліктердің ауру ағымдары, емдеу жеткілікті жақсы нәтижелерінің алуы рұқсат етеді мына аурумен 98% ауру азап шегушілердің, сонымен қатар олардың өмір сапаларының жақсаруы. Көрінгендер геморроидэктомиядан кейін шиеленісу танымал тәсілдерімен және ауру қайталанулары операция негізгі кезеңдерінің орындалу техникалық қателіктерінің нәтижесімен келеді. Алыс мезгілдерге ауру қайталану сақтандыруы куәландырады, не радикал геморроидэктомиямен Миллиган - Морганмен келеді және патогенетикалық негізді операциямен.

Pathogenetic management of hemorrhoids at proctologic patients

Application of modern ways of operative treatment of hemorrhoids, allows knocking over of a painful syndrome at patients, reduction days of staying in a hospital about one week. The differentiated approach to choice of way of treatment of hemorrhoids depending on stage and specific features of current of disease, allows reception enough good results of treatment at 98 % sick suffering this disease, and also improvement their quality of life. Arisen after hemorrhoidectomy in the standard ways complications and relapses of disease grow out of technical errors of performance of the basic stages of operation. Preventive maintenance of relapse of disease in the remote terms testifies, that hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan is radical and pathogenetically proved operation.

УДК 616.329-089

ОЦЕНКА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ФУНКЦИИ ЭЗОФАГОКРУОФУНДОПЛИКАЦИИ, КАК КОМПОНЕНТА ОПЕРАЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА, ПО ДАННЫМ СУТОЧНОЙ pH-МЕТРИИ

О.Б. Оспанов¹, Н.Р. Рахметов², Т.А. Булегенов², Г.А. Елеуов¹, И.С. Волчкова¹, А.А. Сукашев¹

**Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана¹,
Государственный медицинский университет, г. Семей²**

Одним из существенных недостатков эзофагокардиомиотомии по E. Heller, стандартно выполняемой по поводу ахалазии кардии, является частое возникновение недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, которые многие авторы считают наиболее частым и тяжелым осложнением кардиомиотомии и находят его у 14 - 37% оперированных больных, несмотря на выполненную фундопликацию [1, 2]. Длительно протекающий рефлюкс-эзофагит сам вызывает дисфагию в результате воспалительного процесса и последующее развитие пептической структуры пищевода [3].

Учитывая, что проблема хирургического лечения ахалазии заключается в несовершенстве хирургических методов коррекции нарушения проходимости пищевода в области ахалазии и отсутствии надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита нами разработан метод лапароскопической внеслизистой эзофагокардиомиотомии с расширяющей эзофагокрус-пексией, оментопластикой и фундопликацией с миотомическим компонентом, позволяющий снизить вероятность развития не только реахалазии, но и послеопера-

по Миллигану-Моргану является радикальной и патогенетически обоснованной операцией.

Литература:

1. Аминев А.М. Геморрой, К., - 1979 - 300с.
2. Рывкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. - М., 1984. - 176 с.
3. Федоров В.Д. и соавт. Геморроидэктомия, №8, 1979. - С.66-72
4. Мельман Е.П. соавт., Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя, М., 1986, - 176 с.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., Клиническая оперативная колопроктология – М., Медицина, 1994. - 250с.
6. Воробьев Г.И., Основы колопроктологии., Фенкис, Р. на Д, 2001. - 330с.

ционного рефлюкс-эзофагита (положительное решение Роспатента по экспертизе заявки № 2010105459 от 25.02.2010г).

Суточная (24-часовая) pH-метрия, является «золотым стандартом» диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса и поэтому позволяет объективно и точно выявить данный рефлюкс до и после кардиомиотомии [4, 5].

Целью работы была оценка антирефлюксной функции разработанного антирефлюксного компонента вышеуказанной авторской операции по поводу ахалазии при сравнении со стандартной фундопликацией по Дору с применением суточной pH-метрии.

Материал и методы

Клинический материал набирался в хирургических отделениях ННМЦ МЗ РК и областной больницы г. Семей. Суточная pH-метрии проводилась в РГП «ННМЦ». Из 53 больных с ахалазией кардии 24 прооперировано традиционно из лапаротомного доступа в период с 1995 по 2010 годы, а 29 пациента - с использованием видеолапароскопической технологии за период с 2003 по 2010 годы.