

Тұжырым
СЕМІЗДІККЕ ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ВЕНТРАЛДЫ ЖАРЫҚТАРДЫҢ
ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНЕ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова
Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті,

Г. Султанова атындағы облыстық аурухана, Павлодар қ.

Семіздікке ұшыраған вентралды жарығы бар 65 науқасқа тексеру жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде жарық қақпасының пластика әдістерінің қандай түрлері қолданылды, операциядан кейінгі ерте кезеңде қандай асқынулар кездестіндігі анықталды. Хирургиялық емнің шалғай нәтижелері қадағаланды. Алынған мәліметтер бойынша жарық қақпасының созылмалы пластика әдістерін қолдану, жарық асқынуларының және рецидивтерінің пайызын азайтыны анықталды.

Негізгі сөздер: вентралды жарық, аллопластика.

Summary

ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIA FOR PATIENTS WITH OBESITY

O. Tashtemirova, A. Abitanova G. Zhakupova
Semey State Medical University, RK
Regional hospital. Mr. Sultanov, Pavlodar

The 65 patients with ventral hernia suffering obesity were examined. As a result of research the used methods of hernioplasty and complications in the early postoperative period were determined. The further results of surgical treatment were observed. The obtained data prove that application of non-tension methods of hernioplasty reduces the percent of complications and recurrences of hernia.

Key words: ventral hernia, alloplastica.

УДК 616.831-002.951/36-089

Д.К. Калиева, Е.М. Тургунов, М.М. Тусупбекова

Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Аннотация

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 149 больных эхинококкозом печени. Проведено сравнение традиционных методов хирургического лечения и разработанного метода на основе применения импульсного электрического разряда.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, хирургическое лечение.

Актуальность

Эхинококкоз человека, являясь тяжелым паразитарным заболеванием, распространенным во многих странах мира, остается серьезной проблемой [1]. Наиболее часто поражается печень от 59% до 78% случаев. В легких эхинококкоз локализуется в 15-27%. Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени по сей день остается хирургический. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии заболевания, лечение его остается сложной проблемой. Доказательство этому является большое число послеоперационных осложнений - 6,7-47,5%, высокая летальность - до 4,5%-10,2% и значительная частота рецидивов заболевания - 3,3-54% [3].

Цель исследования. Провести анализ хирургического лечения эхинококкоза печени.

Объектом клинического исследования являлись 149 больных находившихся на стационарном лечении в КГП УЗКО Областной клинической больнице г. Караганды с 2009 по 2013 гг. в возрасте от 16 до 70 лет, которым проведено оперативное лечение эхинококкоза.

Количество пациентов мужского пола составило 58 (48,9%), женщин - 91 (61,1%).

Средний возраст больных составил 36,3. Средний возраст мужчин составил 43,1, женщин - 37,3.

По месту проживания пациенты разделены на сельских жителей, что составило в общем - 63 (42,3%) человек, городских жителей - 86 (57,7%).

Все больные проходили клинический комплекс обследования, который включал жалобы, анамнестические и общеклинические данные, а также лабораторно-инструментальные методы исследования, проводимые по стандартным методикам.

Больным проведены различные методы оперативного лечения эхинококкоза печени: перицистэктомия, резекция печени, эхинококкэктомия.

Перицистэктомия проводилась в 72 (48,3%) случаях, резекция печени - 14 (9,3%), эхинококкэктомия - 63 (42,3%).

Во время операции при необходимости проводилась обработка остаточной полости химическим методом с применением 80% раствора глицерина (Гафаров Ч.Б., Шамсиев Ж.А., 2007г.) [4] 44 (32,0%) пациентам и

разработанным на кафедре хирургических болезней №2 Карагандинского государственного медицинского университета физическим методом с применением импульсного электрического разряда (18,1%).

Для проведения оценки результатов лечения больные были поделены на 2 группы сравнения: основную, где производились оперативные вмешательства с обработкой остаточной полости электроимпульсным разрядом и контрольную, где проведено оперативное лечение традиционными способами, с обработкой остаточной полости химическим методом.

I группа, основная, состояла из 25 (18,1%) пациентов. Мужчин было 13 (52,0%), женщин 12 (48,0%). Средний возраст больных составил $37,8 \pm 0,8$.

Единичные кисты отмечены в 16 (64,0%) случаях, множественные в 9 (36,0%).

Первичные кисты наблюдались 20 (80,0%) случаях, рецидивные в 5 (20,0%).

По размерам кисты до 10 см верифицированы в 8 (32,0%) случаях, от 10 см до 20 см в 15 (60,0%) случаях, от 20 см и больше – 2 (8,0%).

По локализации кист в печени отмечались следующие данные: в I S (сегмент) составило-3 (14,1%) наблюдения, II S-2 (20,3%), III S-2 (20,3%), IV S-3 (18,5%), V S-4 (38,9%), VI S-6 (43,3%), VII S-11 (51,3%), VIII S-11 (46,9%).

Сопутствующая патология отмечалась следующая: артериальной гипертензией страдали 2 (8,0%) пациентов, ишемической болезнью сердца 1 (4,0%), хроническим гастритом 1 (4,0%), хронический компрессионный перелом L₁ 1 (4,0%), хроническим холециститом 1 (4,0%), непаразитарная киста яичника 1 (4,0%).

II группа, контрольная, состояла из 113 (81,8%) больных. Количество пациентов мужского пола составило 42 (37,1%), женщин - 71 (62,8%). Средний возраст больных составил $38,3 \pm 0,8$.

По частоте возникновения кист первичные кисты встречались у 91 (80,5%) пациента, рецидивные у 22 (19,5%).

По количеству единичные кисты отмечены у 69 (61,1%) больных, множественные у 44 (38,9%).

По локализации поражения печени отмечались следующие данные I S составило - 16 (14,1%), II S-23 (20,3%), III S-23 (20,3%), IV S-21 (18,5%), V S-44 (38,9%), VI S-49 (43,3%), VII S-58 (51,3%), VIII S-53 (46,9%).

По размерам кисты до 10 см верифицированы в 90 (79,6%) случаях, от 10 см до 20 см в 56 (49,5%) случаях, от 20 см и больше – 5 (4,4%).

Сопутствующая патология отмечалась следующая: артериальной гипертензией страдали 7 (6,2%) пациентов, ишемической болезнью сердца - 8 (7,1%), анемией - 9 (7,9%), ожирением - 4 (3,5%), непаразитарные кисты яичников наблюдались у 2 (1,8%) пациенток, хронический пиелонефрит был у 1 (0,8%) больного, тиреоидит у 1 (0,8%), хронический холецистит - 1 (0,8%), хронический бронхит-2 (1,8%).

Результаты и их обсуждение.

В основной группе проведены следующие виды операций с обработкой фиброзной капсулы ИЭР. Эхинококкэктомия проведена у 22 (53,0%) пациентов, резекция - 2 (12,0%), перичистэктомия - 1 (6,0%).

Средний объем кровопотери составил $320,6 \pm 363,8$ мл. Объем гемотрансфузии составил в среднем $40,0 \pm 37,0$ мл. Послеоперационные осложнения отме-

чены в 3 (12,0%) случаях. Средние сроки госпитализации составили $12,8 \pm 2,2$ койко-дней.

В контрольной группе больным проведены различные методы оперативного лечения эхинококкоза печени: перичистэктомия, резекция печени, эхинококкэктомия.

Перичистэктомия проводилась в 56 (49,5%) случаях, резекция печени - 11 (9,7%), эхинококкэктомия - 46 (41,1%).

Средняя продолжительность оперативного лечения составила $128,8 \pm 46,2$ мин.

Объем кровопотери $393,5 \pm 350,1$ мл.

Гемотрансфузия проводилась в объеме $636,9 \pm 640,2$ мл.

В послеоперационном периоде отмечались осложнения 19 (76,5%) случаях.

Средние сроки госпитализации составили $14,0 \pm 5,8$ койко-дней.

Сопоставляя данные обеих групп отмечено следующее: по продолжительности операции достоверных различий в обеих группах нет ($p > 0,05$). Достоверные изменения были выявлены в сроках госпитализации, объеме кровопотери, которая в основной группе в 1,2 раза была меньше, чем в основной ($p < 0,05$). Так же достоверные изменения выявлены в необходимости и объеме гемотрансфузии, которая в основной группе была меньше в 15 раз, чем в контрольной группе $p < 0,05$. Количество послеоперационных осложнений в контрольной группе было в 6 раз больше $p < 0,05$.

Анализ приведенных сведений показывает, что применение импульсного электрического разряда не оказывает отрицательного влияния на степень операционного риска и травматичность операции, не влияет на ее продолжительность.

Разработанный метод не усугубляет сопутствующую патологию, не оказывает повреждающее действие на печень и прилежащие органы, а так же на организм в целом.

Эхинококкэктомия дополненная данным методом обработки может быть применена при интимном прилегании кист к крупным сосудам, желчевыводящим путям, соседним органам, в случае локализации кист по задней поверхности печени, внутривисцеральном расположении, при множественных кистах.

Данный метод хирургического лечения эхинококкоза может являться альтернативой таким радикальным операциям как перичистэктомия и резекция печени.

Литература:

1. Алышева Н.О. Эпидемиологический надзор за паразитарными инвазиями на примере эхинококкоза: автореф. ... к. м. н. - Алматы, 2010. - 21 с.

2. Skeletal Manifestations of Hydatid Disease in Serbia: Demographic Distribution, Site Involvement, Radiological Findings, and Complications/Djuric Marija, Jelena Sopta et. al // Korean J Parasitol. - 2013.- 51(4): 453-459.

3. Мнацаканян Э. Г. Место и значение высокотемпературных плазменных технологий в профилактике рецидивов заболевания при хирургическом лечении эхинококкоза печени: автореф. ... к. м. н.- Ставрополь, 2007.- 26с.

4. Гаффаров У.Б., Шамсиев Ж.А. // «Наука о человеке» Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов / Под ред. Л.М. Огородовой, Л.В. Капилич. - Томск: Сиб ГМУ. - 2007. - С. 273

Тұжырым

БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ**Д.К. Калиева, Е.М. Турғынов, М.М. Тусупбекова****Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан**

Жұмыста 149 бауыр эхинококкозмен науқастардың хирургиялық емінiң сараптамаларының нәтежелері анықталған. Дәстүрлі хирургиялық емдеу әдістері және импульстік электрлік разряд негізінде дайындалған әдістер жүргізілген.

Негізгі сөздер: бауыр эхинококкозы, хирургиялық ем.

Summary

THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS**D.K. Kaliyeva, Y.M. Turgunov, M.M. Tussupbekova****Karaganda state medical university, Karaganda, Kazakhstan**

The result of surgical treatment of 149 patient with liver echinococcosis were analyzed. The traditional methods of surgical treatment and the method with using impulse electric discharge were compared.

Key words: hidatid disease of liver, surgical treatment.

УДК 616.831-005

**Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,
Е.Х. Сулейменов, А.М. Нуременов, Р.С. Бакиева**

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Аннотация

В статье анализируются результаты хирургического лечения 372 больных с нетравматическими внутримозговыми гематомами, в том числе с субкортикальными – 141, латеральными – 135, смешанными – 60 и гематомами мозжечка – 31. Применялись пункционно-аспирационный и открытый способы операции. Общая летальность составила 19,1% и зависела в большей степени от возраста и состояния больных и в меньшей степени от объема гематомы и сроков операции.

Ключевые слова: нетравматические внутримозговые гематомы, пункционно-аспирационный способ, открытый способ.

Актуальность. Нетравматические внутримозговые гематомы (НВМГ) встречаются у 10-20% больных с инсультом [1], летальность при этом достигает по данным различных публикация от 35 до 85% [1, 2]. Около 80% кровоизлияний располагаются супратенториально, примерно 20% - в задней черепной ямке, из них 10% - в мозжечке и 10% - в стволе мозга. Супратенториальные НВМГ подразделяют на субкортикальные (лобарные) и далее, по отношению к внутренней капсуле – на латеральные (путаменальные) и медиальные (таламические). Отдельно выделяют смешанные гематомы, сочетающие признаки перечисленных супратенториальных кровоизлияний. До настоящего времени дискутируется вопрос целесообразности хирургического лечения НВМГ, не существует стандартов лечения больных с гематомами, предлагаются только рекомендации и опции [1, 3].

Цель исследования: определение возможности и эффективности хирургического лечения НВМГ в условиях нейрохирургического отделения региона Республики Казахстан.

Материал и методы исследования: работа основана на анализе результатов хирургического лечения 372 больных с геморрагическим инсультом в отделении нейрохирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей в 2001-2012 гг. В группу вошли 167 мужчин и 205 женщин в возрасте от 19 до 82 лет. Причиной кровоизлияний у 84,9% пациентов предположительно была артериальная гипертензия. Диагноз НВМГ во всех наблюдениях подтвержден компьютерной или магнитно-резонансной томографией.

При этом оценивались локализация, объем гематомы, состояние желудочковой системы, базальных цистерн, срединных структур и ствола мозга. С кровоизлияниями в мозжечок оперирован 31 (8,3%) пациент, с НВМГ супратенториальной локализации – 336 (90,3%), из них 141 (37,9%) – с субкортикальными, 135 (36,3%) – с латеральными, 60 (16,1%) – со смешанными гематомами. Также оперировано 5 (1,3%) больных с внутримозжечковыми кровоизлияниями. Операции производились на 1-31 сутки от начала заболевания.

Удаление НВМГ производилось двумя способами. При пункционно-аспирационном способе после наложения фрезевого отверстия на своде черепа производилась пункция гематомы мозговой канюли и ее удаление-аспирация шприцем. Способ применен у 198 (54,0%) больных в основном с латеральными и смешанными латерально-медиальными кровоизлияниями на глубине 3,5-4 см. При типичной латеральной гематоме фрезевое отверстие располагалось на 4 см выше и 2 см впереди наружного слухового прохода.

При открытом способе фрезевое отверстие, наложенное над проекцией гематомы и с учетом функционально значимых зон мозга, расширялось до 3,0-3,5 см в диаметре, дугообразно вскрывалась твердая мозговая оболочка, производилась энцефалотомия длиной до 1,5-2 см, мозговая рана разводилась шпательями, гематома удалялась с помощью электроотсоса и отмывания раствором фурацилина.

Способ использован у 169 (46,0%) лиц преимущественно с субкортикальными и смешанными латераль-