

Тұжырым

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОТАДАН КЕЙІНГІ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТИҢ ҚЫСЫП-БУЫНУЫ

С.Б. Имангазинов, Е.К. Қайырханов, Р.С. Қазангапов, Д.Н. Ардабаев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

Жатырдың лапароскопиялық ампутациясынан кейін манипуляциялық жарада жіңішке ішек буына қысылуының клиникалық жағдайы суреттелді, кейін бұл жіңішке ішектің резекциясын қажет еткен.

Негізгі сөздер: жіңішке ішек, қысып-буыну, лапароскопиялық ота.

Summary

ENTRAPMENT OF THE SMALL INTESTINE AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

S.B. Imangazinov, E.K. Kairhanov, R.S. Kazangapov, D.N. Ardabaev

Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.

Described a clinical case of entrapment of the small intestine in handling the wound after laparoscopic hysterectomy. In the subsequent was required a resection of the small intestine.

Key words: small intestine, entrapment, laparoscopic surgery.

УДК -616.346.2.602.1-003.2-089

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шерьязданова, Т.Б. Бирназарова

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Аннотация

Аппендикулярный инфильтрат у больных острым аппендицита встречается 3,4% [1,5]. В литературе имеются подходы о лечении его чаще консервативно [2], реже оперативная тактика введения аппендикулярного инфильтрата [4] не утратили своей актуальности до настоящего времени [3]. Лечение гнойно-воспалительных острых заболеваний органов брюшной полости остаются актуальной проблемой хирургии. Несмотря на совершенствование методов диагностики, а также техники оперативных вмешательств, внедрение новых методов инновационной технологии прогнозы среди больных остаются серьезными.

Ключевые слова: УЗИ, рассасывание инфильтрата, периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный абсцесс.

Актуальность: На современном этапе развития медицины, особенно хирургической дисциплины, осложнения острого аппендицита протекают тяжело с развитием гнойного перитонита, а из дооперационного осложнения актуален аппендикулярный инфильтрат. Часто своевременно не диагностируется, и больные доставляются в хирургический стационар с нагноением аппендикулярного инфильтрата. Если наступило нагноение его, то прогноз у больных бывает серьезным. Ключом разгадки острого аппендицита, является ранняя диагностика и своевременное проведение операции аппендэктомии.

С 2000 по 2010 годы находилось на лечении в хирургической клинике 92 - пациентов с осложнением острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом. Всего лечилось 75 - мужчин, 17 - женщин. Возраст их был: от 18 до 57 лет. На догоспитальном этапе диагноз аппендикулярного инфильтрата установлен врачами скорой помощи только у 4 пациентов из 92 больных. На госпитализацию доставлены с диагнозом острого аппендицита - 78, с другой патологией острый холецистит, дизентерия, перфорация язвы желудка, перитонит неясной этиологии - 14 больных. В приемном отделении хирургического стационара диагноз аппендикулярного инфильтрата при поступлении установлен у 20 больных. Остальные направлены на операцию с диагнозом:

- острый аппендицит - 72,

- разлитой перитонит аппендикулярной этиологии - 4,

- перфоративная язва желудка - 2.

Высокий процент неправильной диагностики аппендикулярного инфильтрата на догоспитальном этапе, в клинике 7,8%, что указывает на недостаточное знание врачами осложнения острого аппендицита.

В клинике аппендикулярный инфильтрат лечится консервативно и в случае нагноения проводится операция.

Через сутки с момента заболевания поступили - 7, через 2 сут. - 25, через 3 сут. - 30 больных, на 4 сут. - 22, через 5 сут. - 8 пациентов. У всех пациентов были обнаружены постоянные боли в правой подвздошной области, из них у 34 имела иррадиация болей в спину и промежность. Тошнота наблюдалась в 10% случаев. Температура тела высокая была у 67 больных, у остальных - 37,2°. Общее состояние больных отмечалось удовлетворительным, реже средней и тяжелой степени тяжести. У 45 - больных в брюшной полости определялся плотный болезненный инфильтрат занимавший правую подвздошную область, у 8 - был до середины расстояния между пупком и гребнем подвздошной кости, у 7 - до гребня, а у 19 - инфильтрат выявили ниже гребня. У 13 больных аппендикулярный инфильтрат диагностирован при пальцевом исследовании прямой кишки в малом тазу. У 34 - больных диагноз аппендикулярного инфильтрата до операции не обнаружен, так как его не удалось пальпировать ввиду малых размеров, стойкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Гемограмма показывала: лейкоцитоз -

9250 у 12 больных, 12000 - у 30, 15000 - у 12, выше 15000 - у 20 больных. Высокое СОЭ – у 49 - у остальных значительно повышались, редко ближе к норме. Основная масса больных лечилась консервативно, при плотном, больших размеров инфильтрата без признаков абсцедирования в момент поступления. Общее состояние средней тяжести, симптомов раздражения брюшины не выявлено. В первые 5-7 дней этим больным назначался холод на живот, строгий постельный режим, диета первый стол, антибиотики 2-3 поколения, витаминотерапия, рассасывающая терапия - аллоэ, лидаза. Лечение данной категории больных в стационаре в среднем длилось до 3-х недель. По истечении 1,5-2 месяцев после выписки больным рекомендовалась плановая операция аппендэктомия, как хронический аппендицит. Оперированы 92 больных, технических трудностей не представлялось, в отдельных случаях находили спаечный процесс в области илеоцекального угла. В отдельных случаях, при появлении у пациентов высокой температуры тела, увеличение лейкоцитоза в крови, появление симптомов раздражения брюшины, напряжения мышц брюшной стенки, независимо от сроков заболевания, обнаруживался симптомокомплекс абсцедирования аппендикулярного инфильтрата.

Этим больным немедленно осуществлялось оперативное пособие, так как промедление с операцией может привести к опасным осложнениям: прорыву гнойника в свободную брюшную полость, развитие забрюшинной флегмоны, образование абсцессов брюшной полости и даже образования кишечных свищей. Адекватно выполненная санация, тампонирование и дренирование полости аппендикулярного абсцесса, подведение дренажных трубок с боковыми отверстиями к этой области, для введения антибиотиков в брюшную полость. Иногда удается удалить деструктивно-измененный червеобразный отросток с обработкой его культи. Необходимо помнить в случае отсутствия в полости абсцесса червеобразного отростка необходимо его отыскивать в инфильтрате, не нарушая спайки, отграничивающие гнойники от брюшной полости. Ибо это может привести к развитию разлитого перитонита. При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения необходимо провести срединную лапаротомию, которая позволяет выполнить полноценную ревизию, адекватную санацию брюшной полости. Однако, тампонаду и дренирование аппендикулярного абсцесса, иногда из доступа косого разреза в правой подвздошной области. У всех 23 пациентов, которым производилось вскрытие аппендикулярного абсцесса, было гладкое послеоперационное течение. При изучении отдаленных результатов у них установлено хорошее состояние, и они приступили к своей прежней профессии. У 5 пациентов после произведенного вскрытия и дренирования аппендикулярного абсцесса, обнаружив, удалить червеобразный отросток не удалось. При изучении отдаленных результатов выявлено, что 3 пациента из этой группы были оперирова-

ны по поводу хронического аппендицита. Операции представляли определенные технические трудности ввиду выраженного спаечного процесса в брюшной полости. У 6 больных инфильтраты были маловыраженные и при осторожном разъединении тканей, образующих инфильтрат, удалось обнаружить и удалить червеобразный отросток только в 2 случаях, отросток был у одного флегмонозный, в 4-х гангренозный с последующим дренированием брюшной полости. Послеоперационное течение гладкое, отдаленные результаты вполне удовлетворительные. При изучении отдаленных результатов было установлено, что один пациент страдает спаечной болезнью, остальные приступили к своей работе по профессиям.

Выводы

Вопрос о хирургической тактике при аппендикулярном инфильтрате должен решаться после достаточно полного обследования больного и наблюдения его в стационаре квалифицированными хирургами. При случайном обнаружении аппендикулярного инфильтрата в ранние сроки до 2-3 сут. с момента заболевания возможно разделение рыхлых спаек инфильтрата по ходу червеобразного отростка, выполнение аппендэктомии и дренирования брюшной полости ниппельной трубкой для введения антибиотиков.

При клинических признаках абсцедирования аппендикулярного инфильтрата необходима срочная операция, включающая обязательное опорожнение и дренирование полости гнойника через косой разрез в правой подвздошной области, а если имеется возможность, даже - удаление червеобразного отростка, с обработкой его культи.

При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения оперативное вмешательство необходимо использовать ниже-срединный разрез, который позволяет осуществить полноценную адекватную ревизию, санацию брюшной полости. Консервативное лечение аппендикулярного инфильтрата допустимо при клинических признаках обратного рассасывания инфильтрата, под контролем-УЗИ. Этой категории больным после рассасывания инфильтрата рекомендуется плановая операция через 1-2 месяцев после выписки из стационара, как хронический аппендицит.

Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия. «Хирургические болезни», Т.2, - М., 2008. - 864 с.
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита, Ленинград. Медицина, - 1989г. - С.111-114.
3. Попов П.В. и др. Аппендикулярные инфильтраты и абсцессы // Вестник хирургии. - 1972, №9. - С. 33-35.
4. Родионов В.В. Послеоперационные осложнения и летальность при остром аппендиците // Хирургия. - 1975, №9, - С. 110-113.
5. Утешов Н.С. и др. Острый аппендицит. М., Медицина. - 1975. - С. 44-52.

Тұжырым

АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ИНФИЛЬТРАТТЫҢ ЕМІ

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шеръязданова, Т.Б. Бирназарова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Хирургия және травматология кафедрасы

Аппендикулярлы инфильтрат кезінде хирургия тактика жөніндегі шешім науқасты толықтай тексергеннен кейін қабылданады және стационарда білікті хирургтардың қарауында болады. Аппендикулярлы инфильтрат 2 – 3 тәулік бұрын ерте, кездейсоқ анықталған кезде, ауру басталғаннан құрттарізді өсінді болбыр және жабысқақ болады. Осы кезде аппендэктомия және құрсақ қуысына антибиотик енгізу үшін дренажды түтікше қойылады. Аппендикулярлы инфильтраттың абсцедирленген клиникалық белгілері болса, оң жақ сүйегінен жоғары қизаш кесу арқылы іріндіктен босатып және құрттарізді алып тастау арқылы шұғыл түрде отаға алады. Құрттарізді өсіндінің салдарының кеткен перитонит кезінде, құрсақ қуысының санациясын

және толық адекватты ревизияны жасауға мүмкіндік беретін төменгі ортанғы тілу арқылы операция жасаймыз. Аппендикулярлы инфильтратты УДЗ арқылы тексергенде, инфильтраттың кері сіңірілуі болса оны консервативті емдейді. Бұл категориядағы науқастарға инфильтрат сіңіп, ауруханадан шыққанан кейін, созылмалы аппендицит ретінде жоспарлы түрде операция жасалады.

Негізгі сөздер: УДЗ, инфильтраттың сіңірілуі, пераппендикулярлы абсцесс, аппендикулярлы абсцес.

Summary
ON THE TREATMENT OF APPENDIGULAR INFILTRATION
M.M. Gladinets, N.M. Abishev, D.Ye. Sheryazdanova, T.B. Birnazarova
Semey State Medical University,
Department of surgery and traumatology

The authors observed 92 cases of appendicular. 9 patients were treated conservatively, 83 patients were operated upon. The indications for various surgical procedures are described.

The problem of the surgical approach in case of appendicular lump should be dealt after the sufficient total examination of a patient and the monitoring by qualified surgeons in a hospital environment. In the case of incidental detection of appendicular lump in the early stages up to the period of 2-3 days since the moment of disease an incoherent adhesiotomy of infiltration along the appendix, performance of appendectomy and abdominal drainage using pipe nipple for the antibiotics injection are potential. In the case of clinical signs of abscess formation of appendicular lump emergence surgery is needed including mandatory emptying and drainage of the abscess cavity through an oblique incision in the right iliac region, and if possible, removal of the appendix to the processing of its stump is even needed. In the case of diffuse peritonitis of appendiceal origin of surgical intervention it is necessary to use lower-midline incision which allows for fulfilling proper abdominoscopy. Conservative treatment of appendicular lump is acceptable in the case of clinical signs of back infiltrate resorption under ultrasound guidance. For this category of patients after the infiltrate resorption elective surgery as chronic appendicitis is recommended in 1-2 months after the discharge from the hospital.

Key words: ultra sound investigation, peri-appendicular abscess, appendicular abscess, recessive infiltration.

УДК. 616.8-005:612.822.2.

А.А. Дюсембаев, Ж.А. Асетов, М.Т. Аубакиров

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра детской хирургии и неотложной помощи в педиатрии**

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Приводятся результаты диагностики и лечения 42 детей грудного возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Выявлено, что чаще ОНМК по геморрагическому типу наблюдается в возрасте от 1 до 2 месяцев. Клинико-неврологическая картина характеризуется наличием синдрома нарушения сознания и очаговой полушарной неврологической симптоматики. Основной причиной, обуславливающий ОНМК по геморрагическому типу, по данным патологоанатомическим исследованиям, является аномалия развития сосудов головного мозга.

Ключевые слова: сосуды, мозговое, кровообращение, аномалия, острое нарушение мозгового кровообращения.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из актуальных проблем нейрохирургии, что обусловлено частотой и неудовлетворительными результатами лечения [1, 2].

До применения методов визуальной диагностики (МРТ, КТ) острое нарушение мозгового кровообращения считалось прерогативой лиц старческого возраста. Однако статистические данные свидетельствуют о значительном омоложении данной патологии, которая нередко наблюдается и у детей раннего возраста [1,2,5].

По данным литературы частота ОНМК у детей составляет от 1,5 до 13 случаев на 100 000 детского населения [1,5,7] при этом около 40% из них наблюдаются в возрасте до 1 года [3, 4].

Значительный удельный вес и неудовлетворительные результаты лечения ОНМК по геморрагическому типу объясняются недостаточной изученностью этиопатогенетических механизмов данных заболеваний, а полиморфность клинической картины затрудняет своевременную диагностику и адекватное лечение.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось изучение особенностей клинико-неврологической картины и этиологических факторов, обуславливающих ОНМК по геморрагическому типу у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В детском хирургическом отделении Государственного медицинского университета города Семей с января 2010 по февраль 2013 г. находились под наблюдением 42 детей с острым нарушением мозгового кровообращения в возрасте от 1 до 7 месяцев, которые были распределены по полу и возрасту. Девочек было 18 (42,8%), мальчиков 24 (57,2%). Дети в возрасте 1 месяца составили 3 (7,1%), до 2-х месяцев 31 (71,8%), от 2 до 5 месяцев 5 (11,5%), от 5 до 7 месяцев 3 (7,1%). Как видно приводимые данные свидетельствуют, что ОНМК чаще всего наблюдаются у детей мужского пола и в возрасте от 1 до 2 месяцев.

Все больные обследовались по единой схеме: общеклиническое, неврологическое, лабораторное, нейросонография, КТ, МРТ. Результаты исследования под-