

УДК 616-08-039.57-089

**ЗНАЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ХИРУРГА****М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев****Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии № 2 с урологией****Тұжырым****ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЛАРДА АМБУЛАТОРЛЫ-ПОЛИКЛИНИКАЛЫҚ ХИРУРГИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ****М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев**

Қорыта келе былай деуге болады, поликлиникадағы жасалатын хирургиялық араласулар көлемінің ұлғаюы – денсаулық сақтау саласының негізгі міндеті болып табылады. Поликлиникада жасалған операциялар нәтижесі стационарда жүргізілгендерден еш ерекшеленбейді. Операциядан кейінгі кезеңде өзін-өзі күту процессі, науқастың аз уақыт ішінде сауығып кетуіне себеп болады.

**Summary****THE VALUE OF AMBULATORY SURGERY IN MODERN CONDITIONS OF THE SURGEON****M.M. Gladinets, Z.S. Sapkin, Sh.Sh. Nurashev**

In summary it must be saint that the widening of volume of the surgical operations in policlinic – it is one of the available task of public health. The results of operation pehforining in polyclinic font differ from same operations in hospital. Active postoperative period in progress of self – service promote to mare frequent rehabilitation of patient.

В последние годы в стране в результате процесса перестройки ставится перед органами здравоохранения ряд конкретных задач, это внедрение в практику прогрессивных и экономически выгодных методов лечения, в том числе расширение объема хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Более 80% больных обращающихся за хирургической помощью, лечатся в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Несмотря на некоторые достижения, уровень развития амбулаторной хирургии ещё существенно отстает от уровня современной стационарной хирургии. Немаловажную роль в этом играют старые, шаблонные представления о возможности и объеме оперативной помощи оказываемой в поликлинике. Несмотря на увеличение коечного фонда, постоянно существует разрыв между числом больных нуждающихся в госпитализации и возможностью её осуществления. Отчасти это объясняется тем, что в стационаре часто лечатся больные, которым медицинская помощь может быть оказана в условиях поликлинической службы. В последнее время строятся и начинают функционировать современные поликлинические объединения, включающие хирургические отделения, которые оснащены операционными блоками, а также палатами для наблюдения за больными после операции. При достаточном материально-техническом оснащении и высокой квалификации хирургов существует реальная возможность производить в условиях поликлиники операции. Большинство больных по поводу различных заболеваний первоначально обращаются в поликлинику, где начинается первый этап их лечения. Известно много болезней, которые можно лечить и вылечить амбулаторно в СВА. В то же время правильный выбор лечебной тактики зависит от квалификации кадров, которые работают в поликлинике. В то же время, в учебной программе для студентов не отводятся учебные часы в освоении амбулаторной хирургии. А тем более хирургу в поликлинике приходится: оказывать неотложную помощь при острых хирургических заболеваниях до восстановления утраченной трудоспособности, реже проводить лечение пациентов в домашних условиях. Начиная работать хирургом в поликлинике, молодой специалист часто теряется, не может разобраться в заболевании и это сказывается на качестве лечебного процесса. Почему? Хирург в поликлинике работает часто один и не имеет возможность

получить консультацию у своего коллеги, как это бывает в стационаре. Это требует от хирурга СВА, поликлиники иметь большой запас умений по хирургическим болезням. Отсюда, во многом ограничивается время для постановки диагноза и выбора правильного метода лечения.

Нами проводились малоинвазивные операции по поводу неосложнённой малой пупочной грыжи – 58 с наложением кисетного шва, удаление варикозных кровотокающих узлов на нижних конечностях - 7, удаление эпителиальных копчиковых ходов и кист - 10, водянки яичка - 2, проведение склеротерапии при лечении варикозных узлов на голени, устранение фимоза, парафимоза, электрокоагуляция полипов прямой кишки, иссечение трещины прямой кишки - 7, выпавшего геморроидального узла - 28, наружного геморроя - 35, большое количество малых доброкачественных опухолей наружных покровов тела человека.

На современном этапе медицины следует, чтобы хирург, работающий в поликлинике располагал достаточным объёмом знаний, умений и владел необходимыми практическими навыками по OSCE. Эти задачи, стоящие перед поликлиническими учреждениями, сводится в оказании населению квалифицированной медицинской помощи и проведению оздоровительных профилактических реабилитационных мероприятий. Эти задачи отводятся хирургической службе. Мощность поликлиники определяется числом посещений в день и делится на 5 групп:

- \*1600 посещений в день - 1 группа
- \*1200-2 группа;
- \*800-3 группа;
- \*600-4 группа;
- \*400-5 группа.

Исходя из мощности поликлиники, определяется организация кадровой системы хирургической службы. Правильная организация работы поликлинического хирургического отделения позволяет улучшить приём пациентов и значительно повысить качество диагностической и лечебной работы. Нормативные нагрузки хирурга поликлинике на один час работы составляет 9 пациентов, уролога, онколога по5, травматолога и ортопеда 7. Среди этой категории первичные больные составляют до 50% от всех посещений хирурга поликлинического звена.

Наша позиция - контактная анестезия технически является наиболее простым видом местного обезболивания - новокаин 0,25%, дикаин 0,5-1,0%, лидокаин 1,0%, инфильтрационная анестезия используется 0,25-0,5% раствор новокаина или 1% раствор дикаина. Проводниковая - регионарная анестезия 20 - 30 минут обезболивающий эффект наступает через 2 - 3 минуты.

Методика местной анестезии по Оберсту - Лукашевичу, является проводниковой и применяется при лечении панарициев пальцев кисти с обезболиванием 2% раствором новокаина с двух точек пальца, как с медиальной, так и латеральной сторон. Операции выполняемые в условиях амбулаторно-поликлинического звена - это неотложные операции и манипуляции, временная и окончательная остановка кровотечения кроме проникающих ран; операции при парафимозе - рассечение ущемления кольца, а так же вправление головки полового члена; вскрытие поверхностно - расположенных абсцессов подкожной клетчатки при абсцедирующем фурункуле, карбункуле, гидроадените, гнойников связанных с панарициями, исключая флегмон и абсцессы шейной области. Развитие у пациентов признаков тяжелой общей гнойной интоксикации и сахарного диабета. Для выполнения операции на пальцах необходимо пользоваться способом проводниковой анестезии по Оберсту-Лукашевичу инфильтрация тканей пальца 2 % раствором новокаина осуществляется с двух точек у основания пальца с медиальной и латеральной сторон. Для получения обезболивающего эффекта достаточно ввести 5 мл раствора новокаина. Операцию можно начинать если пациент перестал испытывать боль при нанесении уколов в ткани кончика пальца. Если заинтересована ногтевая фаланга пальца то раствор новокаина следует вводить в область средней фаланги пальца. При выполнении операции экзартикуляции пальцев инъекцию раствора новокаина, для снятия болевого синдрома инфильтрируют все слои на передней и задней поверхности кисти или стопы из отдельных точек во встречном направлении.

При хирургическом вмешательстве на голове по поводу нанесения случайных ран используется местная анестезия 0,5 % раствора новокаина на всю глубину ткани по ее окружности, где обрабатывается антисептиками раневой процесс, иссечение разможенных тканей и наложение герметичных швов.

Приступая к ПХО раны следует помнить, что она должна выполняться в условиях строгой асептики. Если рана расположена на лице в области кисти или пальца, широко иссекать кожу по краям раны не следует, на поскольку это может привести к ее деформации и вызвать образование косметического дефекта или нарушению функции кисти и пальцев. ПХО раны не показана в следующих случаях: сквозных пулевых ранениях с ровными входными и выходными отверстиями; небольших по размеру колотых ранах; множественных слепых ранениях; когда в тканях находится большое количество мелких металлических осколков.

Плановые операции: удаление доброкачественных опухолей мягких тканей - атером, липом, фибром, гигром, с обязательным гистологическим исследованием удаленных препаратов; иссечение слизистых сумок при локтевых и препателлярных бурситах; удаление вросшего ногтя; удаление поверхностно расположенных организовавшихся гематом; наложение ранних вторичных швов на гранулирующие раны; удаление поверхностных пальпируемых инородных тел. Склеротерапия при варикозной болезни: Германия - полидокалин-гидроксиполиэтоксидокан. Россия - этоксисклерол 0,5% - 1,0% - 2-3%, зарегистрирован РФ, США -

SOTRADECOL, Канада - Tromboject, Франция - Trombovar, Великобритания - Fibro-Vein (0,2; 0,5; 1,0; 2,0%).

В поликлинике хирурги БСМП за последние 3 года выполнили по поводу различных форм панариция, кроме осложненного костным остеомиелитом выполнено - 1112. Вскрытие гнойников - 1268. Первичная хирургическая обработка ран - 1790. За последние 5 лет работы врачей в поликлинических звеньях по отчетности выполнили более 5,5 тысяч оперативных пособий больным обращающихся к врачам семейно-врачебных амбулаторий с хорошими показателями. В странах дальнего зарубежья с 2001года амбулаторно-поликлиническая служба осуществляет работу в крупных поликлинических объединениях. Факторами, определяющими возможность выполнения операции в поликлинике, являются: согласие больного, возраст пациентов не старше 60 лет, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные жилищные и бытовые условия, включающие возможность ухода за больным, наличие телефона, доставка на лифте. Всем больным проводят полное клиническое обследование, затем назначают срок операции. Вмешательства выполняют по общепринятым методикам, с соблюдением правил работы в операционном блоке и в дневное время. После операции больного на каталке транспортируют в палату, где за ним осуществляется наблюдение в течение 2-3 часов. Палата оснащена соответствующей аппаратурой и медикаментами в целях проведения лечения и при необходимости выполнения реанимационных мероприятий. Затем больного транспортируют домой машиной скорой помощи. В течение того же дня, контроль за состоянием больного осуществляют по телефону или при необходимости посещения медицинской сестры или врача семейной врачебной амбулатории. В последующие 3-4 дня врач и медсестра посещает больного на дому, при надобности производят перевязку. В дальнейшем больной в обычном порядке посещает поликлинику.

В последние годы улучшаются возможности послеоперационного ведения больных в связи с организацией в поликлинике дневного стационара, где больной может находиться под наблюдением врача и квалифицированных медицинских сестер. Средняя длительность временной нетрудоспособности после амбулаторных операций имеет тенденцию к снижению койко-дней. Считаем реальной возможностью сократить сроки пребывания на больничном листе - 15-20%. Частота послеоперационных осложнений в виде частичного расхождения операционной раны, серомы, гематомы без нагноения составила - 0,27%. После подобных операций выполненных в стационаре отмечалось - 1,23%, что подтверждается вспышкой внутрибольничной инфекции.

Нагноения операционной раны в поликлиническом объединении наблюдалось весьма редко. Возможно, это обусловлено тем, что больной не подвергался воздействию госпитальной инфекции, неукоснительно соблюдались правила асептики и антисептики.

Если в стационаре применялись наркотические средства при проведении перед операцией даже под местной анестезией, внутривенным обезболиванием выполнялись обязательно в первые дни после операции, то в поликлинике эти лекарственные препараты назначали для премедикации не всем даже пациентам, а после операции их практически не вводили. Объективно и субъективно нами не отмечено ухудшение состояния больных. В послеоперационном периоде пациентам анестезия проводилась в комбинации с ненарко-

тическим лекарственными средствами, редко с применением седативных и нейролептических препаратов.

Важное значение для благоприятного исхода проведенных оперативных вмешательств имело пребывание пациентов в привычных домашних условиях после операции, ранняя активизация способствовало восстановлению функции оперированного органа при таком обслуживании. Проведение реабилитационных мероприятий в полном объеме осуществлялись в реабилитационном отделении, которые имеются во всех поликлинических объединениях, где осуществлялись физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная гимнастика, частично проводились некоторые процедуры на дому.

В заключении следует отметить, что расширение объема хирургических вмешательств в поликлинике, является одним из перспективных задач современной службы здравоохранения. Результаты операций, которые выполнялись в поликлинике ничем не отличаются

от аналогичных в стационарных условиях. Ведение ранней реабилитации в послеоперационном периоде в процессе самообслуживания на дому способствует повышению качества жизни пациентов.

#### Литература:

1. Рывкин В.Л., Амбулаторная колопроктология, М., 2009 г.
2. Черноусов А.А., Хирургические болезни, М., 2010 г.
3. Евсеев М.А., Уход за больными в хирургической клинике, М., 2010 г.
4. Вёрткин А.Л., Скорая медицинская помощь, М., 2007 г.
5. Ветшев С.П., Атлас амбулаторная хирургии, М., 2009 г.
6. Савельев В.С. с соавт.; Национальное руководство по хирургии, Том 1-2. – 2008 г. Том 3. – 2010 г.

УДК 616.22-089.819.3-616.24-008.41

## СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КАШЛЯ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ

Т.Б. Тулеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Токенов

Государственный медицинский университет города Семей

### Тұжырым

#### ЭКСТУБАЦИЯДАН КЕЙІН ЖӨТЕЛДІҢ АЛДЫН АЛУ ӘДІСІ

Т.Б. Төлеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Төкенов

Наркоздың соңында қолданылған препараттардың әсері төмендеп науқас ояна бастайды. Осы кезде кеңірдек – бронх рефлекстері қалпына келіп /жұтыну, жөтелу/, жөтел пайда болуы, жөтелгенде науқастың жүйелі қан қысымын, көз ішіндегі және бас-ми қысымдары жоғарылап, тахикардияға соқтырады.

Бұл асқынулардың алдын алу үшін, біз интубациялық түтіктің манжеткасына ауаның орнына, лидокаинмен толтырдық. Интубациялық түтіктің манжеткасы липофильді болғандықтан, лидокаин кеңірдектің шырашты қабатына өтіп, жөтелуді басады.

### Summary

#### WAY OF THE PREVENTION OF TUSSIS AFTER EXTUBATION

T.B. Tuleutayev, E. Omirkhanov, M.K. Jakianov, D.S. Tokenov

One of the main tasks of the anaesthesiologist is the softening undesirable hemodynamic and nervous - the muscular reactions of the patient caused by an intubation of a trachea.

The probability of occurrence of tussis at extubation fluctuates from 6,6 to 96%. Weakening of reflex communication of system of a circulation and respiratory tracts plays an important role at patients with warm - a vascular and reactive pathology of respiratory tracts, at neuro-surgical patients and at patients with damage of a brain.

In our observations of 18 cases of extubation served as control at which манжетку ЭТТ, as usual, filled with air, and 18 cases have made the basic group at which cuff ETT filled with peer volumes on 5 ml of a solution of lidocaine of 2% and 0,9% of a normal saline solution. Duration of an operative measure in both cases has made more than 1 hour of 30 minutes.

Thus, despite a small amount of observations, it is possible to assert that Introduction lidocaine is the safe and effective method warning tussis after extubation.

Одной из главных задач анестезиолога является смягчение нежелательных гемодинамических и нервно – мышечных реакций пациента, вызванных интубацией трахеи. Обычно, препараты, используемые для вводной анестезии и мышечные релаксанты сглаживают процесс интубации трахеи. Во время операции достаточная глубина анестезии в сочетании ингаляционных анестетиков с опиоидами облегчает реакцию больных на эндотрахеальную трубку.

Однако во время экстубации уменьшение глубины анестезии и восстановление глоточно-трахеальных рефлексов вызывают кашель, тахикардию и повышение внутричерепного, внутриглазного и системного ар-

териального давления за счет рефлекторной связи дыхательных путей и системы кровообращения.

Вероятность возникновения кашля при экстубации колеблется от 6,6 до 96% (1). Ослабление рефлекторной связи системы кровообращения и дыхательных путей играет важную роль у больных с сердечно – сосудистой и реактивной патологией дыхательных путей, у нейро–хирургических пациентов и у больных с повреждением головного мозга (2).

Для предупреждения кашля, связанного с экстубацией можно воспользоваться известными методами: во-первых, отказ от применения интубации трахеи во время общей анестезии, используя масочную анестезию; во-вторых, проведение экстубации на фоне глубокой

анестезии; в-третьих, введение местных анестетиков путем их инстилляций в трахею (4).

Использование неионизированного лидокаина связано с тем, что препарат хорошо диффундирует по градиенту концентрации через липофильный пластик, из которого сделана манжетка эндотрахеальной трубки (ЭТТ) и этого достаточно, чтобы вызвать анестезию слизистой оболочки трахеи (3, 4). При заполнении манжетки равными объемами 0,9% раствора натрия хлорида и лидокаина частота возникновения кашля после экстубации составляет 60 и 38% соответственно. При наполнении манжетки 0,9% раствором натрия хлорида кашель возникал с той же частотой, что и при наполнении ее воздухом.

В наших наблюдениях 18 случаев экстубации служили контролем, при котором манжетку ЭТТ, как обычно, наполняли воздухом, и 18 случаев составили основную группу, при котором манжетку ЭТТ наполняли равными объемами по 5 мл 2% раствора лидокаина и 0,9% физиологического раствора. Длительность оперативного вмешательства в обоих случаях составила более 1 часа 30 минут. После прибытия больного в отделение интенсивной терапии продолжалась искусственная вентиляция легких с контролем всех известных параметров гемодинамики (ЧСС, АД,  $SO_2$ ).

Экстубация проводилась на фоне эффективного спонтанного дыхания, при которой контролировали вышеуказанные параметры, степень восстановления со-

знания и нервно – мышечного тонуса. При этом особое внимание уделяли на появление или подавление кашля после экстубации.

Результатом наших наблюдений было то, что в контрольной группе практически во всех случаях после экстубации наблюдалась тахикардия, гипертензия и кашель. Тогда как в основной группе после экстубации пациенты чувствовали себя более комфортно, и кашлевой рефлекс у них был подавлен.

Таким образом, несмотря на небольшое количество наблюдений, можно утверждать, что инстиляция лидокаина является безопасным и эффективным методом, предупреждающим кашель после экстубации.

#### **Литература:**

1. Altinas F./ Bozkurt P./ Kaya G. et.all. "Lidocaine 10% in the indotracheal tube cuff; blood concentrations, haemodynamic and clinical effects" // Eur. J. Anesthesiology. – 2000. – Vol. 17., №7. – P. 436–442.
2. Burton A.W., Zornow M.H. "Laryngotracheal lidocaine administration". // Anesthesiology – 1997. - Vol. 87., №1. – P. 185-186.
3. Кэтрин Маркуччи с соавт. «Анестезиология. Как избежать ошибок», - М., 2011. - С. 90-97.
4. Estebe J.P., Dollo G., Le Corre P. et.all. "Alkalinization of intracuff lidocaine improves endotracheal tube – induced emergence phenomena", // Anesth. Analg. – 2002. - Vol. 94. - №1. – P. 227-230.

УДК 616.34-007.272+616.346.-002.1-089-053.2

## **ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ**

**М. Санбаев**

**Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра детской хирургии**

#### **Резюме**

### **ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ**

**М. Санбаев**

Представлены результаты анализа релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии у 50 больных.

Предложенный комплекс лечебных мероприятий, включающий оперативное лечение и интубацию кишечника в сочетании с дроперидолом позволяет улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей.

#### **Summary**

### **TREATMENT OF EARLY ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER APPENDECTOMY AT CHILDREN**

**M. Sanbayev**

Represented following results of relaparotomy analysis over the early adhesive intestinal obstruction after appendectomy operation at 50 patients.

Proposed complex of treating-measures, including operative treatment and intubation of intestine with combination of Droperidolum permits to improve results of treatment of Early adhesive intestinal obstruction at children.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии является одним из самых актуальных и трудно разрешимых проблем urgentных заболеваний брюшной полости у детей [1,2].

Несмотря на усовершенствования методов лечения, данная патология возникает в различные сроки после аппендэктомии от 0,15 до 4,2% случаев и является причиной релапаротомии до 60%. Также до настоящего

времени сохраняется высокая летальность – до 5-7% [3]. Поэтому выбор рациональной лечебной тактики при ранней спаечной кишечной непроходимости у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей путем разработки современных способов лечения.

**Материалы и методы исследования:** Проведен анализ 50 релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, осложненных после аппендэктомии, произведенных в клинике в клинике ГМУ г. Семей за 1980-2010 годы. Всего за указанный срок произведено 8963 аппендэктомии. Из них мальчиков было - 4221, девочек - 4742.

Из клинко-морфологических форм чаще встречался флегмонозный аппендицит в 51,6%, гангренозно-перфоративный - 40,9%, катаральный - 7,7%.

**Результаты и обсуждения.** Как осложнение после аппендэктомии ранняя спаечная кишечная непроходимость возникла у 50 детей. Среди наблюдаемых нами пациентов мальчиков было 29 (58%), девочек 21 (42%). Распределение больных по возрастным группам: от 1 года до 3 лет – 7 (14%), 4-7 лет – 19 (38%), старше 7 лет -24 (48%). Тщательно анализируя характер изменений, найденных во время первой операции, и сопоставляя эти сведения, с теми находками в брюшной полости, которые имелись в момент релапаротомии, мы пришли к выводу, что одной из основных причин составляющих комплекс осложнений, является инфекция и неустраненная дооперационная спаечная спаечная кишечная непроходимость.

Высокий удельный вес инфекционного фактора в развитии внутрибрюшных спаек и спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии, по нашему мнению, обусловлен поздним обращением и вследствие – поздней госпитализацией и оперативным лечением. Это доказывает данные, что после аппендэктомии произведенных в первые 12 часов от начала заболевания только у 2 пациентов обнаружены явления спаечно-кишечной непроходимости, что

составило 0,12%, до 24 часов у 11 больных (0,18%) от общего числа оперированных в эти сроки, все остальные 37 пациентов (1,7%) оперированных позднее 24 часов.

У 5 больных ранняя спаечно-кишечная непроходимость возникла после простого (катарального) аппендицита в 0,12% случаев от общего числа оперированных с данной формой аппендицита, у 13 (0,26%) – после деструктивного аппендицита. На долю деструктивного аппендицита с перфорацией и перитонитом приходится 32, что составило 4,6% от общего числа оперированных данной формой.

Также развитию ранней спаечной кишечной непроходимости в большем количестве 31(62%) предшествовал послеоперационный парез кишечника.

Диагностика ранней спаечной кишечной непроходимости крайне сложна из-за большого разнообразия проявлений послеоперационного периода. В клинической картине схваткообразная боль отмечена у 47 (94%), рвота у 40 (80%), задержка стула и газа у 38 (76%), метеоризм и асимметричный живот у 42 (84%), кишечная перистальтика видимая на глаз у 26 (52%), симптом Щеткина-Блюмберга у 9 (18%), рентгенологически чаши Клойбера у 29 (58%).

Анализ нашего клинического материала так и литературные данные свидетельствуют, что при подозрении на раннюю кишечную непроходимость лечение следует начинать с консервативных мероприятий.

Отсутствие улучшения в клинике и признаков восстановления кишечного пассажа служило поводом для релапаротомии (табл.№1).

**Таблица №1. - Общая характеристика оперативных вмешательств при различных формах ранней спаечной кишечной непроходимости по данным стационара.**

| Формы непроходимости                                   | Характер вмешательства         |              |             |                                                   |                                     |              | Всего |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------|
|                                                        | Разъединение, рассечение спаек |              | Энтеростома | Разъединение спаек, вскрытие абсцесса энтеростома | Разъединение спаек и резекция кишки |              |       |
|                                                        | без интубации                  | с интубацией |             |                                                   | без интубации                       | с интубацией |       |
| Спаечно-паретическая форма                             | 4                              | 8            |             |                                                   | 1                                   | 2            | 15    |
| Простая форма                                          | 8                              | 12           |             |                                                   | 1                                   | 1            | 22    |
| Непроходимость обусловленная абсцессом брюшной полости | 3                              | 4            |             | 1                                                 |                                     |              | 8     |
| Ранняя отсроченная форма                               | 1                              | 1            |             |                                                   |                                     | 3            | 5     |
| Всего                                                  | 16                             | 25           | -           | 1                                                 | 2                                   | 6            | 50    |

Важнейшим этапом оперативной тактики после выполнения операции релапаротомии при ранней спаечной кишечной непроходимости является декомпрессия его путем интубации или так называемое «шинирование».

Интубация кишечника осуществлялась разными путями: через гастростому (1), аппендикостому (14),

цекостому (9), ретроградно, т.е. через прямую и толстую кишку (7).

Из послеоперационных осложнений при традиционном способе наблюдались спаечная кишечная непроходимость у 5 (26,3%), динамическая непроходимость – у 4 (21%), кишечные свищи – у 1 (5,2%). Когда при интубации кишечника в сочетании с дроперидолом кишечные свищи не наблюдались.

**Таблица №2. - Эффективность интубации кишечника**

| Методы борьбы с р.с.к.н.       | Всего    | Осложнения и рецидивы |                             |                |
|--------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------------|----------------|
|                                |          | Р.С.К.Н.              | Динамическая непроходимость | Кишечные свищи |
| Традиционные меры              | 19 (38%) | 5 (26,3%)             | 4 (21,5%)                   | 1 (5,2%)       |
| Интубация кишечника+дроверидол | 31 (62%) | 2 (6,4%)              | 2 (6,4%)                    | -              |

Для предупреждения ранних послеоперационных осложнений кроме декомпрессии имеет значение своевременное разрешение пареза желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим нами в послеоперационном периоде в целях снятия вазоконстрикторных эффектов симпатической нервной системы применен дроперидол из расчета 0,25% раствора по 0,04 мл/кг массы тела вводили внутривенно 3 раза в сутки на фоне инфузионной терапии. Дроперидол предупреждает нарушения кровообращения в паретических расширенных петлях кишечника и улучшает микроциркуляцию [4]. Способ применен у 20 больных после релапаротомии по поводу ранней спаечной

кишечной непроходимости в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта. Результаты лечения данным способом сравнивали с общепринятым методом борьбы с парезом кишечника. При сопоставлении клинических данных, лечившихся обычным путем, и больных, которым применен дроперидол в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта выявлено преимущество последнего (табл. №3).

Как видно из таблицы интубация желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом способствует более раннему восстановлению моторики кишечника.

**Таблица №3. - Сравнительная оценка способов лечения послеоперационного пареза кишечника.**

| Методы лечения                   | Количество больных | Разрешение |        |        |        |
|----------------------------------|--------------------|------------|--------|--------|--------|
|                                  |                    | 2 сут.     | 3 сут. | 4 сут. | 5 сут. |
| Традиционные методы с интубацией | 30                 | 4          | 7      | 11     | 8      |
| Интубация + дроперидол           | 20                 | 14         | 5      | 1      | -      |

По нашим данным раннее разрешение пареза кишечника предусматривает как профилактическое мероприятие спайкообразования, так при традиционном методе борьбы с парезом кишечника спаечная кишечная непроходимость отмечена у 5, напротив при интубации желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом у двух больных.

Выводы:

1. В генезе развития ранней спаечной кишечной непроходимости основная роль принадлежит инфекции, неустраненной дооперационной спаечной кишечной непроходимости и послеоперационному парезу кишечника.

2. Разработанный способ профилактики послеоперационного пареза кишечника, включающего интубацию кишечника в сочетании дроперидола является эффективным способом профилактики ранней спаечной кишечной непроходимости и позволяет снизить риск ее возникновения с 26,3% до 6,4%.

#### **Литература:**

1. Алибаев А.К., Мамлеев И.А., Гумеров А.А., Изосимов А.Н. Ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость у детей, диагностика и лечение // Пермский медицинский журнал. - 2008. - Том 25. №3. - С.28-33.
2. Ерекешов А.Е., Разумов А.А., Разумов С.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М. Диагностика и лечение ранней спаечной кишечной непроходимости при аппендикулярном перитоните у детей // Астана медициналық журналы. - 2005. - №1. - С.80-82.
3. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство // под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.: ГЭОТР - Медиа, - 2009. - С.379-380.
4. Новые возможности лечения пареза кишечника у детей с перитонитом // В кн.: Новые направления в диагностике и лечении хирургической инфекции у детей. - Москва. - 1988. - С.126.

УДК 616.345-002-053.2

## **ОМЫРАУ ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ПАРАПРОКТИТТИ ЕМДЕУ**

**М. Санбаев**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,  
балалар хирургиясы кафедрасы**

#### **Резюме**

**Лечение парапроктита у грудных детей**

**М.С. Санбаев**

На основании изучения результатов лечения 167 новорожденных и грудных детей с парапроктитом, установлено, что хирургическое лечение парапроктита целесообразно осуществлять одновременно с коррекцией дисбиотических расстройств.

#### **Summary**

**TREATMENT OF PARAPROCTITIS AT CHILDREN**

**M.S. Sanbayev**

On the base on results of 167 newborns and babies with paraproctitis was determined, that surgical treatment of paraproctitis is advisable to realize simultaneously with correction of disbiotic disorders.

Балалардағы парапроктитке көптеген жұмыстар арналса да, кейбір сұрақтар әлі де өз шешімін таппаған. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің жиілігі өте жоғары 22-60%-ды құрай отырып, 50% жағдайда аурудың қайталануы байқалады [1]. Сонымен қатар парапроктиттің дамуы туралы білім жеткіліксіз болғандықтан жасалған емнің нәтижесіздігі байқалады. Сондықтан парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуді зерттеу маңызды мәселе болып есептеледі.

Зерттеу мақсаты. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Семей қ. ММУ балалар хирургиясы клиникасында парапроктитпен емдеуде жатқан 167 науқастың емдеу нәтижелері сарапталды.

Емдеу нәтижелері қарау және анкета толтыру арқылы 6 айдан 2 жылға дейін жүргізілген. Қабыну аймағындағы және шеттегі микрофлораны бактериологиялық зерттеу, іріңді және нәжісті әртүрлі орталарға себу арқылы аэробты және анаэробты бактерияларды санау жүргізілді.

Нәтижелер мен талқылау. Парапроктиттің бір жасқа дейінгі 167 науқастың арасында таралу жиілігі зерттелінді.

Аурудың байқалуы 10 тәулікке дейінгі омырау жасындағы балаларда (10%), туғаннан кейін 12 тәуліктен 30 тәулікке дейін (39%), 1 айдан 2 айға дейін (26%), 3 айдан 6 айға дейін (22%), 6 айдан 1 жасқа дейін (3%). Ұл балалар - 35%, қыз балалар 65% құрады. Аурудың жедел ағымы 90,7% нәрестеде, рецидивті түрі 7% және созылмалы 2,3% балаларда кездеседі.

Аурудың дамуына көп жағдайларды транзиторлы ішек бұзылыстары (диарея - 46%, іш қату - 2%) және 42% жағдайда жедел респираторлық вирустық инфекция себеп болған.

Омырау жасындағы балаларда жедел парапроктит дене температурасының көтерілуінен, мазасыздану және тәбетінің төмендеуінен басталған. Балалардың мазасыздануы нәжіске отырған кезде, шат аралығын тазалап жуу кезінде күшейе түскені анықталған. Көпшілік ауруларда іш өтуі, ал аурулардың 1/3 бөлігінде іш қату байқалған. Аурудың басталуынан 2-3 тәулік өткеннен кейін артқы тесіктің айналасында инфильтрат анықталды. Көп жағдайларда анальды тесікке жақын орналасқан тері қатпарлары инфильтрат аймағын саусақпен басып қарағанда ауырсыну анықталады.

Ауруханаға көш түскендіктен іріңдіктің тік ішек ішіне жарылуы 0,7% жағдайда байқалды. Парапроктиттің созылмалы түрі жедел қабыну үрдісінен кейін ұзақ уақыт жарадан серозды бөліністің ағыуымен сипатталатын жыланкөз пайда болған. Парапроктиттің рецидивті түрі 7% науқастарда байқала отырып, 6,3% 3 рет, 2,4% 4 рет қайталанып, 1% науқастарда тік ішекке жарылуы болды.

Парапроктит диагнозы аурудың клиникалық көріністері және тік ішекті саусақпен тексеру нәтижесінде қойылды. Соңғысы парапроктиттің жоғары орналасқан түрін уақытында анықтауға мүмкіндік туғызады. Тексеру кезінде 87,1% жағдайда

тек анальды тесік аймағында инфильтрат анықталған, флюктуация белгілері болмаған, тек ауырсыну симптомы анықталғандықтан, инфильтратқа пункция жасау арқылы диагноз қойылған.

Жедел парапроктиттің негізгі емі – хирургиялық жолмен іріңдікті ашу және дренаждау болып табылады. Ол кезде 0,5-2,5 мл мөлшерінде сұйықсұр-ақ түсті ірің бөлінуі байқалды.

Іріңнен грамм оң кокктар: 63%, грамм теріс оң кокктар 31% и 6% жағдайда іріңдік стерильді болды. Ішек микрофлорасын зерттеу кезінде негізінен дисбиотикалық өзгерістер анықталды. Дисбактериоз диагнозын клиникалық мәліметтермен және микробиологиялық тексеру арқылы дәлелденіп отырды. Дисбактериоздық белгілері 76,3% омырау жасындағы балаларда анықталды. Омырау жасындағы балаларды жалпы жағдайының нашарлауы, тәбетінің төмендеуі, ішектік синдром байқалады. Микробиологиялық дәлелдемелерде эшерихиялардың жоғарылауы, қасиеттері өзгерген штаммалар, кокктар санының көбеюі, шарты патогенезі грамм теріс таяқшалардың анықталуы байқалды.

Иммунологиялық зерттеулер жүргізгенде Т және В лимфоциттердің функциональды белсенділігінің төмендеуі анықталды.

Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенезін ескере отырып жедел іріңдікті ашумен қатар антибиотиктер тағайындау және ішек дисбиозын түзету қажет. Кейінгі емді биоактивті қосындылар мен қорғаушы факторлармен толықтырылған езбелерді қолданады. Ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бифидумбактерин, лактоглобин препараттарымен 7-20 күн аралығында жүргізіледі.

Жінішке ішек функциональды жағдайын жақсарту үшін мезим форте, фестал, энзистал қолданылды. Сонымен қоса құрамында зат алмасудың стерильді концентраты бар хилак-форте қолданылды. Міндетті түрде дәрумендермен оның ішінде В тобы тағайындалды.

Баланың иммундық жүйесінің даму заңдылығын ескере отырып, иммуностропты препараттар өте сирек қолданылды.

Емдеудің клиникалық әсерін (10 күннен кейін, ал микробиологиялық әсері 1 айдан кейін анықталды).

Омырау жасындағы балаларда парапроктитті хирургиялық емдеу тәсілдерінен кейін комплексті консервативті ем шараларымен бір мезгілде дисбиотикалық бұзылыстарды түзету нәтижесінде жараның жазылуы 14,5+1,6 тәуліктен 9,6+0,5 тәулікке дейін қысқарды.

#### Әдебиеттер:

1. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Парапроктиты // В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.-М.: ГЭОТР - Медиа, 2009. - С.522 - 527.