

УДК 616.34-007.272-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л.Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ЖАБЫСҚАҚТЫ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІНІҢ ОПЕРАТИВТІ ЕМІНІҢ КЕМ САЛДАРЛАРЫ М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л. Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов

Жедел жабысқақты ішек өтімсіздігі бар науқастарға операция кезінде және операциядан кейінгі кезінде гидрокортизон, фибринолизин, новокаин, канамицин, 5% аминокпроп қышқылын және полиглюкинді қолдану жабысқақты үрдістің дамуының және рецидивтің алдын алуда маңызды критерий және операциядан кейінгі кеш кезінде статистикалық жақсы нәтижелерді көрсеткен.

Құрсақ қуысының жабысқақты үрдісінің алдын алуда нақты хирургиялық техника операцияны жасауда жарақаттанудың жоқтығы басты орын алады. Көптеген ғалымдарымен ұсынылған механикалық, химиялық, биологиялық әдістер лапаротомиядан кейінгі жабысқақты үрдістің алдын алуда тәжірибеде қанағаттанарлық нәтиже бере алмады, сондықтан да тәжірибелік хирургтар арасында кеңінен тарамдады. Жедел жабысқақты ішек өтімсіздігінен сырхаттанған науқастарды емдеудің нәтижесін зерттеу қалағатталарлық көрсеткіштер науқастарды ауруханаға кеш жатқызумен, оперативті емнің жарақаттылығының көптігі және оперативті емге ағзаның агрессивті жауап беруімен байланысты екені дәлелденген.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION M.M. Gladinets, D.F. Bagautdinov, L.Yu. Eyremina, Z. Tokay, Ya.V. Shulgin, M.E. Temirzhanov

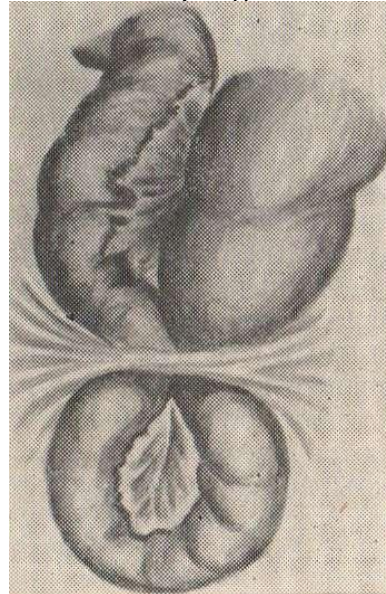
Use in patients for surgery and postoperative medications mixture of hydrocortisone, fibrinolytin, novocain, kanamycin and 5% aminocaproic acid and poliglyukina are an important criterion for prevention of recurrence of adhesions in patients with acute adhesive intestinal obstruction and are statistically significant increase in amount of good Long-term results. Precise surgical technique of traumatic surgical intervention should be considered as important factors what follows prevent adhesions of the abdominal cavity. Proposed by many scientists, mechanical, chemical and biological ways of preventing adhesions after laparotomy, did not give satisfactory practical results, and therefore have not received the recognition of practical surgeons. Researches from the results of treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction have shown that poor performance is often due to late hospitalization, traumatic perform surgery, as well as the aggression of the organism in the operation.

Внутрибрюшные сращения являются основной причиной развития непроходимости кишечника. Однако изучению отдаленных результатов лечения этого заболевания уделено недостаточное внимание. Многие авторы, изучая отдаленные результаты лечения острой непроходимости кишечника, не рассматривали отдельно спаечную кишечную непроходимость. В литературе имеются отдельные сообщения Д.П. Чухриенко, З.В. Пестова, Л.А. Кожура соавт. о том, что наиболее неблагоприятные отдаленные результаты были получены при лечении спаечной непроходимости кишечника. Спайки и тяжи после перенесенных операций, воспалительных процессов могут при определенных условиях послужить причиной, так называемой ранней спаечной острой кишечной непроходимости. Спайки, развивающиеся в брюшной полости после перенесенных асептических операций: острый аппендицит, острый холецистит, при закрытой и открытой травме живота с повреждением кишечника, часто вызывают ряд осложнений, особенно острую спаечную кишечную непроходимость. По данным литературы, спаечная кишечная непроходимость после асептических операций встречается от 1,3-1,6%. Отсюда 200 пациентов перенесших лапаротомию всегда 2-3 человека находятся под угрозой этого тяжелого осложнения.

Наиболее часто возникает непроходимость после огнестрельных ранений живота, которые всегда являются инфицированными. Причины образования у пациентов спаек, тяжей, результат внесения инфекции в брюшную полость из просвета поврежденного кишечника, кровоизлияние в брюшную полость, наличие в ней инфицированной жидкости, манипуляций во время ла-

паротомии, которая сопровождается эвентрацией кишечника. Перечисленные моменты создают достаточно благоприятные условия для того, чтобы в дальнейшем развился перивисцерит, ведущий к образованию тяжей и сращению кишечных петель друг с другом, а так же с париетальной брюшной и соседними органами.

Острая спаечная непроходимость кишечника.



Фиброзный тяж.

Следует отметить, что не все случаи сращений являются болезненными симптомами. На 3 тыс. проведенных лапаротомий клинически распознал наличие спаек в 12-15%, только в 3,5% явления непроходимости были резко выражены, что пришлось больным подвергнуть оперативному лечению - «Пайер». Явления спаечной непроходимости кишечника чаще всего возникают после большой физической нагрузки или приема пищи. Иногда больные просыпаются от болей в животе с последующим урчанием кишечника, икотой и рвотой. После сифонной клизмы наступает облегчение, и все явления быстро стихают. Легкие случаи спаечной непроходимости сопровождаются сильными, но кратковременными болями с самостоятельным отхождением жидкого кала. Средние по тяжести случаи характеризуются плохим отхождением газов затрудненной дефекацией, вздутием живота и образованием «вала» в правой или левой половине живота, но без рвоты и резких болей. После дефекации наступает облегчение. Больные с перивисцеритами находятся в состоянии постоянного нервного напряжения, в ожидании какой-то катастрофы органов брюшной полости. Часто пациенты, изучив свое заболевание, избегают приема в пищи, что вызывает вздутие живота. Они следят за тем, чтобы ежедневно был стул; встревожены, когда имеется его задержка. Отсутствие стула они рассматривают как предвестник возникновения и повторения знакомой им картины непроходимости кишечника. Все их внимание поглощено функцией желудочно-кишечного тракта, они избегают излишеств в еде, стараясь не нарушить режим питания. Только небольшая группа больных страдает постоянными, умеренными болями в животе, а нарушение диетического режима или физическая нагрузка способствуют развитию развернутой клинической картины спаечной непроходимости кишечника.

Мы располагаем данными о 598 больных, находившихся в хирургическом отделении 1-ой горбольницы, БСМП с 1978-2010г.г. по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, из них 398 больных были оперированы. С целью предупреждения рецидивов заболевания 118 оперированным больным вводили в брюшную полость смесь лекарственных препаратов содержащих 125 мг гидрокортизона, 40 000 ЕД. фибринолизина, 175 мл. - полиглюкина, раствора новокаина 0,25%-150 мл., канамицина - 1,0г и 5% -100мл. аминокaproновой кислоты. Применяемая лекарственная смесь препаратов вводилась в брюшную полость по окончании оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде в течение 4-5 дней один раз в сутки

через дренажную полихлорвиниловую трубочку диаметром 3мм. вводили в брюшную полость лекарственные препараты, которые способствовали профилактики развития спаечного процесса брюшной полости. Методика предложенная сотрудниками кафедры в клинике применялась в течении более 20 лет, без каких-либо осложнений. По рекомендации профессора М.И. Брякина молодыми хирургами совместно с интернами, субординаторами-хирургами проведены экспериментальные исследования на животных, которые с позиции доказательной медицины подтвердили эффективность лекарственной смеси у основной массы животных в отсутствии внутрибрюшных спаек после механической травмы брюшины.

Отдаленные результаты оперативного лечения острой спаечной непроходимости кишечника тщательно изучались у 162-пациентов в сроки от 1 года до 15 лет. Из них 126 пациентов были обследованы в стационаре, 28 амбулаторно, а у 8 сообщили о состоянии здоровья в анкетах.

Среди обследованных пациентов преобладали женщины, которые составляли-55,3%. Чаще отмечено у 63% заболевание в возрасте 21-65 лет, у детей и подростков 19,1%. В пожилом и старческом возрасте количество больных составило-18,9%. Все обследованные пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа- 78 больных пролечены операцией, во 2-й группе у 84 больных оперативное лечение было проведено в сочетании с введением в брюшную полость комплекса лекарственных препаратов по методике, разработанной в клинике в целях профилактики и предупреждения рецидивов заболевания. Мы располагаем значительным количеством наблюдений, поэтому нам удалось сформировать группы, идентичные по полу, возрасту, причинам развития заболевания, ввиду выполненных оперативных вмешательств по срокам наблюдений пациентов, что дало возможность избежать влияния случайных факторов на отдаленные результаты лечения этой категории больных.

Причины развития острой спаечной непроходимости кишечника у больных обеих групп были одинаковы: у 89% больных 1-й группы и у 90% больных 2-й группы развитию заболевания предшествовали аналогичные по характеру и объему оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Среди заболеваний, приведших к развитию острой спаечной непроходимости, у больных обеих групп преобладали воспалительные процессы и травмы органов брюшной полости.

Таблица 1. - Характеристика ранее произведенных операций у больных с изученными отдаленными результатами.

Вид оперативного вмешательства	Пациенты 1-й группы		Пациенты 2-й группы	
	число пациентов	% к общему количеству пациентов	число пациентов	% к общему количеству пациентов
Рассечение спаек, аппендэктомия	5	6,1	5	6,2
Рассечение спаек, резекция кишки	12	14,6	12	15,0
Рассечение спаек, резекция большого сальника	11	13,4	13	16,2
Рассечение спаек	37	45,2	33	41,2
Рассечение спаек, устранение за ворота	5	6,1	3	3,8
Рассечение спаек, удаление кисты яичника	4	4,9	3	3,8
Рассечение спаек обходной анастомоз	7	8,5	8	10,0
Рассечение спаек, прочие операции	1	1,2	3	3,8
Всего	82	100	80	100

В изучаемых группах больных при устранении непроходимости кишечника произведены идентичные оперативные вмешательства. Во время оперативных

вмешательств было отмечено, что по виду спаек, сращений, вызвавшие непроходимость кишечника, у больных обеих групп существенно не изменилась. В 1-

й группе единичные межкишечные, сальниковые плотные тяжи были причиной непроходимости с явлениями странгуляции у 21 пациента, во 2-й группе - у 14 больных. Массивные спайки вызвали непроходимость кишечника у 61 больного в 1-ой группе и у 66 больных 2-ой группе. Мы считали хорошие результаты у обследованных пациентов при отсутствии ранее существовавших симптомов заболевания и в полной мере восстановленной трудоспособности. При удовлетворитель-

ном результате наступает стойкое улучшение в состоянии здоровья, но могут сохраниться отдельные нарушения функций желудочно-кишечного тракта, но в полной мере трудоспособность сохраняется. Результат признавали плохим, если улучшения не наступало, сохранялись основные симптомы или развивался рецидив данного заболевания, трудоспособность значительно была снижена.

Таблица №2. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Метод лечения	Обследовано в отдаленном периоде	Отдаленные результаты					
		хорошие		удовлетворительные		сниженные	
		Количество обследованных	%	Количество обследованных	%	Количество обследованных	%
Оперативный без проведения профилактических мероприятий	82	18	21,5	25	30,5	39	48
Оперативный с использованием профилактических мероприятий	80	42	51,7	25	32,0	13	16,3

Данные, полученные при изучении отдаленных результатов убедительно свидетельствуют о целесообразности применения смеси лекарственных средств гидрокортизона, фибринолизина, 0,20% новокаина, 0,5% аминокапроновой кислоты, канамицина, фибринолизина, полиглюкина, для предупреждения развития рецидива заболевания у пациентов, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости кишечника. Установлено, что в 1-ой группе было 56- пациентов или 69,2%, которые повторно госпитализированы с рецидивами заболевания, а у 15 пациентов или 18,3% - вновь прооперированы. Среди больных, у которых были проведены профилактические мероприятия, вторично были госпитализированы 9 – пациентов, что составляет 11,2%, а у пациентов повторно оперированных было только- 2 или 2,5%. Применение комплекса лекарственных средств в целях профилактики спаечного процесса в брюшной полости приводят в отдаленном периоде к достоверному увеличению хороших результатов, снижению неудовлетворительных результатов и не препятствует заживлению послеоперационных ран передней брюшной стенки живота. Отдаленные результаты не зависели от пола, возраста оперированных больных. При сопоставлении клинической картины заболевания, времени госпитализации, отдаленных результатов исследований установлено, что отдаленные результаты лучше у больных, госпитализированных в сроки до 12 часов от начала заболевания и оперированных впервые три часа после поступления в хирургическое отделение. Следует отметить, что хорошие отдаленные результаты зависят от характера оперативного вмешательства. Чем проще и менее травматична операция, тем лучше отдаленные результаты. Из 70 пациентов прооперированных по поводу устранения острой спаечной кишечной непроходимости осуществлено рассечение спаек, у 19 - отмечены неудовлетворительные результаты. Из 24 - больных, которым проведена оперативное пособие резекция нежизнеспособной кишки, у 9 - отмечены неудовлетворительные результаты. Это связано с операционной травмой брюшины, наличие в брюшной полости инфекции, которая вызвана вскрытием просвета омертвевшей кишки. Среди 113 больных, у которых операции не были связаны с вскрытием просвета кишки, у 46 или 40,7% получены хорошие отдаленные результаты, у 31 или 27,4% - удовлетворительные, у 36 или 31,9% - неудовлетворительные. Из 49 больных, которым в процессе оперативного вмешательства вскрывали

просвет кишечной трубки, хорошие отдаленные результаты отмечены только у 14 или 28,5%, удовлетворительные - у 19 или 38,9% и неудовлетворительные - у 16 или 32,6%. Частота хороших отдаленных результатов после операций по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, вызванной единичными спайками, значительно больше, чем у больных, заболевание у которых было обусловлено множественными спайками, тяжами и сращениями. Эти показатели соответственно составили 57,2 и 31,5%. Неудовлетворительные отдаленные результаты у больных с множественными сращениями отмечены в 3 раза чаще, чем у больных с единичными тяжами. Данные наших исследований свидетельствуют о том, что с увеличением времени, прошедшего после оперативного вмешательства, прогрессивно уменьшается частота неудовлетворительных отдаленных результатов. В первые 5 лет после оперативного вмешательства из 112 обследованных пациентов хорошие результаты получены у 38 больных, что составляет 33,9%, удовлетворительные - у 30 пациентов или 26,9%, неудовлетворительные - у 44 или 39,3%. В последующие пять лет в результате обследования 50 - прооперированных пациентов неудовлетворительные показатели были у 8 или 16%. Активное ведение пациентов в послеоперационном периоде направленные на устранение пареза тонкого кишечника, способствуют уменьшению образования спаек в брюшной полости, так как перистальтирующие петли кишок не склонны к сращению. По мнению многих ученых, борьба с развитием послеоперационных спаек и тяжей должна вестись «биологическим» путем, то есть путем повышения функции кишечника. Для этого врачи ЛФК рекомендуют применять дыхательную гимнастику, в целях усиления мышечной работы брюшной стенки.

Применение у пациентов на операции и в послеоперационном периоде смеси лекарственных препаратов гидрокортизона, фибринолизина, новокаина, канамицина и 5% аминокапроновой кислоты и полиглюкина, являются важным критерием предупреждения рецидива развития спаечного процесса у больных при острой спаечной кишечной непроходимости и являются статистически достоверными по увеличению количества хороших отдаленных результатов.

Четкая хирургическая техника, атравматичность проведения оперативных вмешательств, следует считать важнейшим фактором профилактики спаечного процесса брюшной полости.

Предложенные многими учеными механические, химические, биологические способы профилактики спаек после лапаротомий, не дали удовлетворительных практических результатов и поэтому не получили признания у практических хирургов.

Исследование учеными результатов лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью показали, что неудовлетворительные показатели часто обусловлены поздней госпитализацией, травматичностью выполнения оперативного вмешательства, а так же агрессия организма на оперативное пособие.

Литература:

1. Савельев В.С.и др., Национальное руководство клинической хирургии. - М., -Т. 1-2. - 2010.
2. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни. - 2010г.
3. Стуччи А., Беккер Дж., Хирургические болезни, пер. с англ. под ред. С.П. Ветшева. - М., 2010. - 768с.
4. Чекмазов И.А., Спаечная болезнь брюшины: руководство. - М. 2008. - 160с.
5. Сергиенко В.И., Петросян Э.А. Оперативная хирургия: учебная пособия. - М., - 2010. – 320с.

УДК 616.23/24-089+615.382

ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ И ГАНГРЕНОЙ ЛЕГКОГО ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ ПЛАЗМЫ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА С ВОЗМЕЩЕНИЕМ ПЛАЗМОПОТЕРИ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИЕЙ ПЛАЗМЫ

М.К. Сыздыкбаев¹, В.А. Куртуков², Т.Х. Сыздыкбаев³, Н.А. Абдухаимов³

Государственный медицинский университет города Семей¹,
Алтайский Государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия²,
АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана³

Резюме

Применение криосупернатантной фракцией плазмы по сравнению с пациентами, у которых использовался в лечении плазмаферез с возмещением плазмопотери криосупернатантом плазмы, чаще на 33,4% ($p < 0,001$) отсутствовала мокрота в бронхиальном дереве, и на 35% ($p < 0,05$) чаще наблюдалась бледно-розовая слизистая оболочка.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ АБСЦЕСС ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ ІРІНДЕУІ КЕЗІНДЕГІ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ПЛАЗМАНЫҢ КРИОСУПЕРНАТАНТНЫҢ ФРАКЦИЯСЫН ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ ЖОҒАЛТҚАН ПЛАЗМАНЫҢ ОРНЫН ПЛАЗМАНЫҢ КРИОСУПЕРНАТАНТТЫҢ ФРАКЦИЯСЫМЕН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

М.К. Сыздыкбаев, В.А. Куртуков, Т.Х. Сыздыкбаев, Н.А. Абдухаимов

Плазманың криосупернатантының фракциясын қолдану, басқа ауруларға плазманың орнын криосупернатанттың фракциясымен қалпына келтіру келтіру салыстырғанда 33,4% ($p < 0,001$) жиі бронхыда қақырық болмайды, және 35% ($p < 0,05$) жиі бозғылт қызыл қабық.

Summary

FIBROBRONCHOSCOPIC PICTURE AT PATIENTS WITH ACUTE ABSCESS AND GANGRENE OF LUNG BY COMBINED TREATMENT WITH PLASMA FRACTIONS CRYOSUPERNATANT AND PLASMAPHERESIS WITH RECOVERY LOSS OF PLASMA OF CRYOSUPERNATANT FRACTION OF PLASMA

М.К. Syzdykbaev, V.A. Kurtukov, T.Kh. Syzdykbaev, N.A. Abdukhaimov

Application cryosupernatant fraction of plasma compared with patients who have used plasmapheresis in the treatment of the reimbursement of lose of plasma cryosupernatant plasma, often by 33.4% ($p < 0.001$), there was no mucus in the bronchial tree, and 35% ($p < 0.05$) more often there was a pale pink lining.

Гнойно-деструктивные процессы в легких угнетают фибринолиз, способствуют прогрессированию микротромбообразования, что проявляется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови и повышенным потреблением факторов свертывания [2,3]. Деструкция легкого истощает ресурсы местной легочной ауторегуляции кровотока и вентиляции и приводит к возникновению вентиляционно-перфузионного дисбаланса [4].

Плазмаферез в пульмонологии является одним из ведущих методов экстракорпоральной детоксикации больных с гнойными легкими и плевры заболеваний. Однако этот метод приводит к снижению пациентов лейкоцитов уровне и гуморального иммунитета. Положительное влияние практического применения данный метод

позволяет охарактеризовать его как очень эффективны для лечения гнойных заболеваний в пульмонологии [5].

Применение в комплексном лечении у больных криоплазменно-антиферментного комплекса способствует ослаблению проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и улучшению исходов заболевания [1].

Неудовлетворительные исходы лечения ОАГЛ настоятельно требуют изыскания новых и совершенствования существующих методов лечения этой группы заболеваний.

Результаты и обсуждение

Проведена сравнительная оценка эффективности комплексного лечения больных острым абсцессом и гангреней легкого с применением криосупернатантной