

Summary

SURGERY TACTICS AT DAMAGE TO THE SPLEEN

M.M. Gladinets, A.K. Sadykov, A.T. Maratova, N.S. Sharipova, D.N. Kenzhalina
Semey State medical university

In conclusion, it should be noted that the spleen resection ensures a higher level of immune protection with autologous small pieces of tissue. With two momentary breaks and damage to the spleen radical operation required – splenectomy.

In recent years, many authors have reported on the importance of the spleen is an organ of immunodeficient defense of the organism, and began to carry out more sparing surgery for spleen injury. In diagnostic damage to the spleen valuable laparoscopy and celiocentesis with application groping catheter. Improve the technique of hemostasis during resection spleen on the basis of modern biology to achieving and technical equipment have allowed significantly reduce the frequency of the forced removals of the functionally important body, as is the spleen. As a result of the forced splenectomy is advisable to take pieces of the spleen and implanted in the gland or muscle.

Key words: Splenectomy, autotransplantation, immunoglobulins.

УДК 616.37-007.43-616.756.26-089

М.К. Кирпин

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ПЛАСТИКА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕНОСИТЕЛЬСТВОМ

Аннотация

В патогенезе формирования грыжи первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки. Слабыми участками брюшной стенки являются, паховая область, пупочное кольцо, белая линия живота, полулунная «спигелевая» линия и в других участках организма человека. Длительное существование грыжи у пациента, это риск опасности развития осложнения. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни человека. Грыжи передней брюшной стенки живота широко распространены. Потенциальный грыженоситель, это каждый пятый житель на Земном шаре. Ежегодно диагностика паховых грыж устанавливается врачами-хирургами в Европе, в Германии у 180 тыс. человек. В Российской Федерации - у 270 тыс. человек. В США - у 500-700 тыс. пациентов. Ежегодно в мировом сообществе по поводу грыжи выполняют хирурги более 20 млн. операций. В целях профилактики появления приобретенных грыж можно значительно уменьшить с помощью регулярных физических тренировок и устранение тяжёлого физического труда. Ведущим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, хирург выявляет положительный симптом «кашлевого» толчка. При покашливании больного пальцы хирурга ощущают толчки какого-то образования, выходящего в паховый канал. Наличие наружной брюшной грыжи, является показанием к оперативному лечению.

Ключевые слова: герниология, грыженосительство, грыжесечение.

Паховая грыжа наиболее распространенный вид грыжевых образований по данным отечественных ученых России, они составляют до 80%. На основании анализа клинического материала общепризнано, что главной причиной образования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. Во всех странах мира наиболее популярной является классификация паховых грыж «по Nylis и R.Condonz» [8].

Иностранные ученые выделяют четыре типа грыженосительства: прямая, косая, скользящая, надпузырная паховые грыжи. С расширенным глубоким паховым кольцом, достигающим до треугольника Гессельбаха, к ним относят скользящую, паховомашоночную грыжи. Оперативные вмешательства по поводу грыжи являются одним из самых частых в клинической хирургии. Проблема их лечения не потеряла актуальности до настоящего времени. По данным литературы паховые грыжи составляют от 87% до 90% всех больных страдающих грыженосительством. Особенно следует отметить, что по данным отечественных и зарубежных авторов, частота рецидивов после проведенных оперативных вмешательств у пациентов при сложных видах паховых грыж выявляют у 20 - 30% . В пожилом и старческом возрасте достигает до 42%, от всех наблюдаемых пациентов.

На сегодняшний день хирургами всех времён разработаны более ста различных способов операций по поводу лечения паховых грыж. Важную роль в генезе рецидивов грыж, ученые выделяют возраст больных, несоблюдение рекомендаций хирурга, поднятие тяжести, давность заболевания, нагноения операционной раны и другие факторы. Длительное грыженосительство ослабляет паховую область, которая нуждается в укреплении слабых мест в паховом треугольнике. Не смотря на большие разработки ученых, исключая все до сегодняшнего дня, хирурги не пришли к единому мнению относительно того, что какую стенку пахового канала из 4-х необходимо наиболее укреплять пластическим материалом. И все-таки большинство хирургов справедливо считают, что лучшие результаты дает пластика задней стенки пахового канала. При дополнении к ней использование всех анатомических слоёв, придавая при этом большое значение апоневротико-мышечно-фасциальной пластике, то есть использовать «многослойную пластику тканями» [1,2,3,4,5].

Многие хирурги отмечают неадекватность применения мышечной пластики, основываясь на том, что мышечные волокна, подшитые к паховой связке подвергаются склеротическим изменениям, и тем самым утрачивая свои функциональные особенности. Если косые паховые грыжи у пациентов почти в 96,8% у проопери-

рваных больных по методике Мартынова, С.И. Спассокукоцкого со швами Кимбаровского не знают рецидивов, ввиду подшивания к передней стенке пахового канала одноименных тканей, и, к сожалению, часто не производятся хирургами при прямых паховых грыжах.

В клинике БСМП прооперированно 87 пациентов с косыми грыжами по методике Спассокукоцкого-Кочергина со швами Кимбаровского, рецидив выявлен только через 1,5 года у 2-х пациентов в пожилом возрасте.

Классический способ пластики пахового канала по Бассини не лишен недостатков, потому что мышечные волокна подшитые к паховой связке, перерождаются в соединительнотканый рубец, утрачивают «функциональную активность» и легко отходят от паховой связки, ослабляя тем самым сформированную заднюю стенку пахового канала, дают благоприятные условия для рецидива [3,4,7].

Способ Кукуджанова Н.И. в устранении слабости стенки прямых грыж сложен в техническом выполнении, многоэтапный, травматический и создает условия разволокнения паховой связки из-за наложения нескольких рядов швов мышечных тканей. Имеется опасность повреждения нижней надчревной и наружной подвздошной артерии. По данной методике прооперированно 5 пациентов, осложнений не было.

Отдельные хирурги при рецидивных и сложных паховых грыжах в целях пластики задней стенки пахового канала используют трансплантацию прямой мышцы живота, бедра перемещая их в паховый канал, через наружное отверстие.

Лечение сложных паховых грыж по способу Янова В.Н. с применением аутодермального имплантата не нашло широкого применения, из-за сложности термической обработки и хранения имплантата в специальном консерванте кожного лоскута. Часто наступает рубцовое перерождение пересаженного лоскута, вызывая деформацию пахового канала и вовлечение в процесс элементов семенного канатика, что приводит к рецидиву грыжи.

Разделяя мнения ученых о патогенетическом значении задней стенки пахового канала в развитии грыжи у лиц пожилого возраста, а также рецидивов прямых, скользящих грыж имеются доказательства, что следует осуществлять укрепление задней стенки пахового канала в сочетании всех анатомических слоев паховой области, подкрепляя заднюю стенку пахового канала с использованием апоневрозов наружной, внутренней косой, поперечной мышц живота, за счет дубликатуры ткани поперечной фасции пахового канала. В процессе разработки способа пластики задней стенки пахового канала исходили из возможности приближения и фиксации мышц к паховой связке таким образом, чтобы мышцы оказались в апоневротическом фасциальном жолобе, который обеспечивает принцип многослойной апоневротико-мышечно-фасциальной герниопластики с соприкосновением однородных тканей, бла-

годаря чему происходит прочное сращение тканей, так как мышцы не приживаются к паховой связке.

В хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Семей за последние пять лет выполнено у пациентов 57 оперативных пособий герниопластики при сложных видах паховых грыж. При прямой паховой грыжи у 40 больных, рецидивных у 12, косой паховой грыже с разрушением ткани пахового треугольника у 5 больных. Возраст больных составлял от 25 до 80 лет. Чаще болели мужчины - 47, женщин -10. Все оперированные больные по данной методике выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии. У 2-х пациентов выявлена серома, у одного пациента в пожилом возрасте поверхностное нагноение ран. Реабилитация выписанных пациентов осуществлялась в поликлиническом звене у хирурга. Отдельные результаты прослежены у 47 пациентов в сроке от одного до 2 лет. Рецидивов не было обнаружено у прооперированных больных.

В заключение следует отметить, что все поступившие пациенты не были выявлены на своём участке врачами СВА, не находились на диспансерном учете. Своевременное выявление на ранних этапах заболевания, позволяет предупредить разрушение и расслоение апоневротических стенок пахового канала, особенно задней стенки, пахового канала. Многослойная апоневротическая мышечно-фасциальная пластинка задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах, даже рецидивных и паховошоночных с разрушением стенок канала, позволяют осуществление герниопластики с соприкосновением однородных тканей, благодаря чему происходит прочное сращение с паховой связкой. Так как, элементы семенного канатика чувствительны к травме и расположение его в подкожной клетчатке является нецелесообразным. Поэтому, после пластики задней стенки пахового канала, семенной канатик укладывают на вновь образованную заднюю стенку пахового канала, а поверх ещё пластика дубликатурой апоневрозом наружной косой мышцы живота и швы на рану.

Литература:

1. Барышников А.И. Грыжи живота // Казанский медицинский журнал. - 1962, №6, - С. 25-26.
2. Кот А.И., Норенко А.А. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. - Минск. - 1973. - С. 290-292.
3. Крымов А.И. Брюшные грыжи, краткое руководство для врачей и студентов. - Киев. - 1980. - С. 52 - 72.
4. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. - М. - 1969. - С. 59 - 65.
5. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. - М. - 1967. - С. 32-35.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. - М. - 2006, т 1. - С. 255-299.
7. Nyhus L.M., Condon R.E., Hezruia 4 th - Philadelphia. - 1995. - S. 17-20.

Тұжырым

ЖАРЫҒЫ БАР НАУҚАСТЫҢ ШАП КАНАЛЫНЫҢ АРТҚЫ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ ПЛАСТИКАСЫ

М. К. Кирпин

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Қорыта келе айтатынымыз, ауруханаға түскен пациенттер учаскеде ЖДА дәрігерлерімен айқындалмаған және диспансерлік есепте болмаған. Аурудың бастапқы кезеңдерінде ерте айқындау шап каналының апоневротикалық қабырғаларының бұзылуының және ажырауының алдын алуға көмектеседі, әсіресе шап каналының артқы қабырғасының. Тура шаптық жарықтарда, әсіресе каналдың қабырғаларының бұзылуымен рецидивтік, шаптықұмалық жарықтарда шап каналының артқы қабырғасының апоневротикалық бұлшықеттік-фасциалдық пластинкасы, герниопластика жасауға мүмкіндік береді, осының арқасында шап байламымен жақсы бітиседі. Ұрық

түтікшесінің элементтері жарақатқа сезімтал болғандықтан, оның тері асты клетчаткасында орналасқаны дұрыс емес. Шап каналының артқы қабырғасының пластикасынан кейін ұрық түтікшесін шап каналының қайта жасалған артқы қабырғасына жатқызады, іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозына тігіс салады.

Негізгі сөздер: герниология, шап жарығы, шап жарығының артқы қабырғасының пластикасы.

Summary

PLASTY OF A BACK WALL OF THE INGUINAL CHANNEL AT PATIENTS WITH HERNIAS

M.K. Kirpin

Semey State medical university

In summary it is necessary to notice, that all arrived patients have not been taped on the site by family doctors, were not on the dispensary account. Timely revealing at early stages of disease, allows to warn destruction and stratification of aponeurotic walls of the inguinal channel, especially back wall, the inguinal channel. Multilayered muscular and aponeurotic plasty of back wall of the inguinal channel at direct inguinal hernias, even recurrent and scrotal hernias with destruction of walls of the channel, allow realisation of a hernioplasty with contact of homogeneous tissues thanks to what there is a strong adnation to inguinal ligament. As, elements of spermatic cord are sensitive to a trauma and its locating in a hypodermic fat is inexpedient. The refore, after a plasty of a back wall of the inguinal channel, spermatic cord stack on again formed back wall of the inguinal channel, and top still a plasty duplication of aponeurosis external slanting muscle of abdomen and sutures on wound.

Key words: herniology, availability of hernia, herniotomy.

УДК 616-089.5:616-053.2

М.К. Сыздықбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин,
Д.М. Секербаев, К.Л. Исаков, В.Р. Кригер

Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Аннотация

Авторами проанализирован материал, посвященный актуальной проблеме атрезии новорожденных, эпидемиологии, анализу летальности, диагностике, транспортировке и организации помощи новорожденных с атрезией пищевода

Ключевые слова: атрезия пищевода, диагностика, оказание помощи.

Актуальность. В последние 10-15 лет достигнуты значительные успехи в лечении атрезии пищевода в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с атрезией пищевода, которая достигает 70-90 % [12, 14, 20, 31]. Наблюдается высокая частота сопутствующей патологии среди новорожденных с атрезией пищевода и составляет 2,7- на большого [4]. Наибольший удельный вес сопутствующих осложнений приходится на аспирационные пневмонии. На 7-10 больных с хирургической патологией у 1-2 больных развивается ДВС синдром или геморрагическая болезнь новорожденного. Отмечается рост тяжести инфекционно-воспалительных осложнений [7]. Летальность при септических осложнениях у новорожденных с хирургической патологией составляет от 70 %, до 95% [5].

В этой связи, научный интерес к вопросам интенсивного ведения в пред, интра- и послеоперационном периодах больных с атрезией пищевода не ослабеваает. Эта проблема волнует как неонатологов [14, 20], так и хирургов [3, 10] и реаниматологов [11, 28].

Своевременная диагностика при атрезии пищевода сопутствующих заболеваний в настоящее время представляет значительные трудности, что требует совер-

шенствования и разработки новых методологических приемов [17].

К сожалению, отсутствуют объективные критерии оценки тяжести состояния детей с атрезией пищевода. Общепринятые критерии, такие как удовлетворительное состояние, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, достаточно условны и зависят от субъективной оценки врача [25]. Актуальной остается проблема оценки тяжести состояния в процессе транспортировки пациентов в специализированное отделение реанимации, поскольку это обстоятельство определяет уровень и объем интенсивной терапии на этапах медицинской эвакуации.

В силу анатомо-физиологических особенностей новорожденных клинические симптомы интоксикации при атрезии пищевода не имеют строгой специфичности. В клинике преобладают симптомы, в основе которых лежат нарушения гомеостаза, иммунологической и эндокринной систем. Наличие и особенность возбудителя сопутствующего заболевания (пневмонии) предполагает правомочность термина "синдром системного воспалительного ответа" (ССВО) при клинической характеристике осложненного течения атрезии пищевода у новорожденных. Улучшение результатов лечения атрезии пищевода привело к появлению новой проблемной си-