

Частота осложнений эндоскопического гемостаза при кровотечении из варикозных вен пищевода

Метод эндоскопического гемостаза	Острый тромбофлебит (абс., %)	Язва пищевода (абс., %)	Язва пищевода с кровотечением (абс., %)	Всего осложнений (абс., %)
Паравазальная склеротерапия (n=20)	1 (5)	1 (5)	-	2 (10)
Интравазальная склеротерапия (n=16)	3 (18,8)	1 (6,3)	-	4 (25,1)
Эндоскопическое лигирование (n=10)	-	1 (10)	2 (20)	3 (30)
Энд. лигирование + склеротерапия (n=17)	-	1 (5,9)	1 (5,9)	2 (11,8)
Всего (n=63)	4 (6,3)	4 (6,3)	3 (4,8)	11 (17,4)

и после эндоскопического контроля они были выписаны из стационара на амбулаторное лечение.

Таким образом, анализ применения методов ЭС и ЭЛ с позиций эффективности и частоты осложнений при кровотечении из ВРВП свидетельствует о том, что самыми безопасными методами эндоскопического гемостаза являются паравазальная склеротерапия (10,0%) и комбинированное применение паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования (11,8%), а самыми эффективными — изолированное применение эндоскопического лигирования (83,3%) и комбинированное применение эндоскопического лигирования в сочетании с паравазальной склеротерапией (94,4%).

Выводы

1. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях из ВРВП должны применяться в комплексе с консервативной терапией и с использованием зонда-обтуратора.

2. Эффективность комбинированного применения эндоскопической паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП достигает 94,4%.

3. Частота осложнений при комбинированном применении эндоскопической паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП составляет 11,8%.

Л и т е р а т у р а

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Фль-Сабунчи О.А. и др. // I Московский междун. конгресс хирургов: Тез. докл. М., 2001. С. 101-102.
2. Ратнер Г.Л., Григорьев С.Г., Габбазов А.Г. и др. // Хирургия. 1991. №2. С. 83-86.
3. Цыбырне К.А., Мишин И.В. // Хирургия. 2000. № 5. С. 58-63.
4. Chang W. // Int. Surg. 1985. Vol. 70, №1. P. 13-15.
5. Chung S. // J.Gastroent. Hepatol. 2002. Vol. 17, №4. P. 389-392.
6. Gello J., Trendell J., Crass P. et al. // N.Engl.J.Med. 1987. Vol. 316, P. 11-15.
7. Henderson J. // Baillieres Best Res. Clin. Gastroenterol. 2000. Vol. 14, №6. P. 911-925.
8. Saeed Z., Michaletz P., Winchester C. et al. // Gastrointest. Endosc. 1990. Vol. 36, P. 572-574.
9. Stiegmann G., Goff J., Michaletz-Onody P. et al. // N.Engl.J.Med. 1992. Vol. 39, P. 1527-1532.



УДК 616.34 - 007.272 - 073.75 - 089

А.А. Сысолятин, И.В. Пономаренко, А.Н. Бадасян

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Несмотря на многочисленные исследования [1, 5, 7], проблема спаечного синдрома далека от своего решения и практический хирург по-прежнему у каждого нового больного вынужден заново решить трудные задачи диагностической и лечебной тактики, ибо он не располагает четко выработанными рекомендациями последовательности соответствующих мероприятий, их оценки и т.д. [8]. По данным разных авторов, послеоперационный спаечный процесс возникает у 55-97% пациентов, перенесших лапаротомию [3, 9, 10], а частота острой спаечной

кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза [2, 4, 6].

Материалы и методы

Целью нашего исследования явилось проведение ретроспективного анализа результатов диагностики и лечения 236 больных острой кишечной спаечной непроходимостью, госпитализированных в хирургическое отделение 3-й муниципальной больницы г. Благовещенска

за период с 1996 по 2005 г. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет. Женщин было 113 (47,9%), мужчин — 123 (52,1%) чел. Средний срок возникновения ОСКН составил 10,1 г., при этом у 19 больных непроходимость возникла в сроки от 3 до 14 сут, а у 217 — от 6 мес. до 29 лет. В 97,7% случаев у больных в анамнезе отмечались перенесенные оперативные вмешательства: в 25,5% — аппендэктомия, в 17,0% — вмешательства на гени- талиях, в 17,5% — операции по поводу ОСКН, в 10,6% — на толстой кишке, в 9,2% — холецистэктомия, в 6,4% — резекция желудка, в 4,3% — герниопластика, у 18,0% выполнялись другие виды операций, в 2,3% случаев опе- раций в анамнезе не было.

Результаты и обсуждения

В зависимости от начала появления острых болей до поступления больных в стационар время составило: до 4 ч — 17 пациентов, от 5 до 12 ч — 60, от 12 до 24 ч — 72 па- циента и свыше суток — 87 больных. Клиническая карти- на ОСКН во многом зависела от уровня непроходимости, ее вида и сроков от начала заболевания.

Значительно чаще встречалась обтурационная непро- ходимость (в 121 случае). Обтурация у 74 пациентов была вызвана перекрытием шнуровидным спаечным тяжем про- света тонкой кишки, а у 2 больных — толстой кишки. Спа- ечная деформация в виде перегиба кишки под острым углом была у 30 больных, деформация по типу «двустволки» — у 11 больных, и сдавление воспалительным инфильтратом имело место в 4 случаях. Клинически обтурационная непро- ходимость мало чем отличалась от классической картины, кроме выраженности симптомов интоксикации, особенно при низких видах нарушения проходимости.

Тяжелое клиническое течение было отмечено в груп- пе у 48 больных странгуляционной спаечной непроходи- мостью в виде узлообразования (12 больных), сдавление петли кишки вместе с ее брыжейкой наблюдалось у 28 больных, перегиб кишечной петли через тяж — у 8 боль- ных. На фоне интенсивных постоянных болей отмеча- лись периодические схваткообразные боли, был выражен интоксикационный синдром, у 12% определялся нерезко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, у 40% опре- делялась свободная жидкость в брюшной полости.

Высокая ОСКН (в 28%) обнаруживалась при локали- зации спаек, нарушивших проходимость, не ниже 50 см от связки Трейца. Клинически она проявлялась частой, в некоторых случаях неукротимой рвотой, схваткооб- разными болями. В этой группе больных очень быстро развивались выраженные нарушения водно-солевого обмена, декомпенсированные нарушения КЩР.

Ранняя ОСКН в клинике отмечалась у 19 больных в разные сроки после операции: на 2 сут — у 2 больных; на 3-4 сут — у 12 больных; на 10-14 сут — у 5 пациен- тов. Следует отметить, что диагностика ранней ОСКН на 2-4 дн. представляет значительные трудности, что обусловлено отсутствием специфической симптомати- ки, наложением операционной травмы и пареза кишеч- ника, применением анальгетиков, интенсивной терапии и другими факторами. В этой группе уже в 1-2 сут после операции отмечалось ухудшение общего состояния, усиливались боли в животе. Они были распирающими, постоянными, их было трудно дифференцировать от послеоперационного пареза кишечника.

Резюме

Представлены результаты проведенного ретроспектив- ного анализа диагностики и лечения больных острой спа- ечной кишечной непроходимостью (ОСКН), поступивших в 3-ю МКБ г. Благовещенска за 10 лет. Установлено, что на первом месте причиной ОСКН является перенесенная аппендэктомия. В диагностике ОСКН по доступности и эффективности ведущее место занимает рентгенологичес- кое исследование. Прослеживается целесообразность при данной патологии (при отсутствии перитонита) начинать лечебные мероприятия с консервативной терапии.

A.A. Sysolyatin, I.V. Ponomarenko, A.N. Badasyan

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE ADHESION INTESTINAL OBSTRUCTION

AMUR STATE MEDICAL ACADEMY,
BLAGOVESHCHENSK

Summary

The results of retrospective analysis of the diagnostics and treatments of patients with acute adhesion intestinal obstruc- tion (AAIO) admitted to municipal hospital №3 of Blagove- schensk for 10 years are presented. It was found out that after appendectomy AAIO may develop. In diagnostics of AAIO the leading is played by X-ray. In the presence of given pathology (without peritonitis) it is necessary to start conservative ther- apy.

Диагностика ОСКН в 92% случаев трудности не пред- ставляла, однако самым сложным этапом диагностичес- кого процесса больных было определение как степени нарушения проходимости кишечника, степени компен- сации со стороны проксимальных отделов кишечника, так и степени компенсации нарушений гомеостаза, раз- вившихся в результате непроходимости. Основными рентгенологическими признаками, отражающими сте- пень субкомпенсации (обзорная R-графии выполнялась в 100% случаев) были наличие тонкокишечных арок с газом и горизонтальными уровнями, утолщение керкрин- говых складок, растяжение диаметра петель кишок (ло- кальный метеоризм), появление горизонтальных уровней жидкости при отсутствии арок. При декомпенсированной стадии мы определяли «тяжелые», резко расширенные петли тонкой кишки с наличием множества широких чаш Клойбера, значительное количество свободной жидкости в брюшной полости. В 85% случаев рентгенологические данные коррелировали со степенью тяжести состояния больных.

У 112 (47%) больных проводилось почасовое иссле- дование моторно-эвакуаторной функции кишечника по методике П.Н. Напалкова (пероральный прием 75- 100 мл бариевой взвеси). Быстрое продвижение конт- раста по кишечнику свидетельствовало о неполном на- рушении проходимости, что позволяло нам продолжить исследование до 5-8 ч, проводя консервативную тера- пию. Появление бария в толстой кишке снимало необ- ходимость в оперативном лечении. Так, из 236 больных

ОСКН было оперировано 167, положительный эффект от консервативной терапии получен в 29,2%. Длительное стояние контраста в желудке, маятникообразное продвижение его по кишечнику с депонированием на отдельных участках, наличие симптома «провисающих» петель расценивалось нами как проявления суб- или декомпенсированной кишечной непроходимости и веский аргумент в пользу операции. Почасовое исследование при наличии указанных симптомов составляло не более 3-4 ч.

УЗИ выполнялось нами лишь у 18% больных, в основном с целью исключения другой ургентной патологии. Проявлениями ОКН мы считали увеличение диаметра тонкой кишки свыше 3 см с наличием в ее просвете анэхогенных включений, маятникообразную перистальтику, не связанную с движениями диафрагмы. Утолщение стенки кишки, грубый рельеф слизистой, свидетельствующий о воспалительной ее инфильтрации, нами расценивались как признаки запущенных форм непроходимости.

Лечебные мероприятия у больных (без признаков перитонита) начинали с консервативной терапии, направленной на ликвидацию непроходимости, коррекцию гомеостаза (опорожнение желудка, очистительные клизмы, введение водно-солевых, белковозамещающих растворов). Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебном алгоритме. 14 больным с ОКН и признаками перитонита была выполнена экстренная операция.

Только консервативными мероприятиями удалось полностью ликвидировать явления непроходимости у 69 пациентов. При отсутствии клинического эффекта от консервативного лечения в течение 3-5 ч выполнялась лапаротомия. Оперировано было 167 больных. При оперативных вмешательствах у 12 больных деструктивные изменения петель кишок в результате спаечной непроходимости потребовали выполнения их резекции. У 2 больных с инфильтративными изменениями и вовлечением в процесс восходящей ободочной кишки была выполнена правосторонняя гемиколэктомия. В связи с наличием спаечных конгломератов (3 больных), не поддающихся разделению, были выполнены обширные резекции тонкой кишки (остаток функционирующей кишки от 50 до 60 см) с благоприятными ближайшими и отдаленными исходами.

У 3 больных был выявлен тотальный фиброз брюшной полости, выделение из которого петель кишечника заканчивалось их повреждениями. Устранить в связи с этим ОКН не представлялось возможным, хотя оперировали опытные хирурги, и в послеоперационном периоде эти больные погибли от множественных кишечных свищей, развившегося истощения.

В зависимости от распространенности спаечного процесса у 16 больных имели место локальные изменения в виде единичных тяжелей, вызывающих непроходимость, у 96 — диффузное распространение спаек (занимало более 2 анатомических областей) с локальной деформацией кишки, вызывающей непроходимость, в 9 случаях наряду с локальной непроходимостью выявлен тотальный спаечный процесс.

При наличии единичных спаечных тяжелей выполнялось их рассечение, перитонизация десерозированных участков кишечника. Компенсированные формы непро-

ходимости обходились без декомпрессии кишечника, но с обязательной послеоперационной зондовой декомпрессией желудка в течение 2-3 дн. Диффузно выраженный спаечный процесс предполагал устранение причины ОКН, выделение из спаек деформированных петель кишок с последующей назоинтестинальной интубацией всей тонкой кишки силиконизированным зондом диаметром 5 мм с целью как декомпрессии, так и шинирования кишки. Последняя формировалась на зонде в виде Z-образных укладок. В течение 4-5 дн. послеоперационного периода фиксировали петли в этом положении, что предупреждало в последующем рецидивы ОКН.

Выделение из спаек петель кишечника в 12 случаях сопровождалось повреждением их целостности, что у 7 больных потребовало ушивания кишки двухрядным швом, у 5 больных — резекции участка кишки.

В 11 случаях потребовалась резекция нежизнеспособных петель кишки с наложением анастомозов «бок-в-бок» — 5 больных, «конец-в-конец» — 3 больных и «конец-в-бок» — 3. Для декомпрессии кишки и зоны межкишечных соустьев кроме интестинальной интубации в 1 случае наложена подвешная энтеростома, у 3 больных выполнена декомпрессия тонкой кишки через цекостому. В 2 случаях потребовалась тотальная интубация как тонкой, так и толстой (трансанально) кишок. Девульсия анального сфинктера при суб- и декомпенсированных формах ОКН выполнялась как правило.

В послеоперационном периоде с целью стимуляции моторики кишечника кроме традиционной схемы применялись в 27% случаев перидуральная анестезия, в 45% — ультразвук и диадинамические токи. Декомпрессионные зонды из кишечника удалялись после восстановления моторики, на 4-5 сут, у 3 больных зонд был задержан до 7 сут. Послеоперационная летальность составила 9,6%.

Выводы

1. При субкомпенсированных формах ОКН целесообразно не затягивать диагностический период более 3-4 ч, не проводить при этом спазмолитической терапии.

2. В диагностике особое место должен занимать рентгенологический метод, который позволяет выявить наличие симптомов суб- и декомпенсированной непроходимости: утолщение керкринговых складок, множество расширенных чаш Клойбера, длительное стояние бариевого контраста в желудке, маятникообразное продвижение с локальным его депонированием, провисание петель кишок, заполненных барием.

3. Тотальная зондовая декомпрессия тонкой кишки создает предпосылки для более раннего восстановления моторики кишечника, а тотальное шинирование его является результативным методом профилактики рецидивов спаечной кишечной непроходимости.

Л и т е р а т у р а

1. Алиев С.А. // Хирургия. 1994. № 2. С. 13-17.
2. Аскерханов Р.П., Абдуллаев М.Р. // Вестн. хир. 1986. №9. С. 125 - 129.
3. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2003. №1. С. 51-62.
4. Дубяга А.Н. // Вестн. хир. 1987. №8. С. 50-52.
5. Земляной А.Г. // Вестн. хир. 1989. №6. С. 6-12.

6. Тимурбулатов В.М., Хуафин С.Н., Гаттаров И.Х. и др. // Вестн. хир. 1999. №6. С. 36-39.
7. Торопов Ю.Д. // Клини. хир. 1984. №2. С. 15-19.
8. Шальков Ю.Л. // Вестн. хир. им. Н.И. Грекова. 1996. Т.155, №5. С. 99-102.

9. Brill A.L., Nezhat F., Nezhat C.H. et al. // Obstet Gynecol. 1995. №6. P. 269-272.
10. Diamond M.P., Daniell J.F., Feste J. et al. // Fertil Steril. 1987. №47. P. 864-866.



УДК 616. 346.2 - 002 : 615. 37

Б.И. Кузник, Х.Р. Абдулаев, И.Д. Лиханов, М.Н. Цыбиков, Н.Н. Цыбиков

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИММУНИТЕТА И УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

*Читинская государственная медицинская академия; ГУЗ «Областная клиническая больница»;
ФГУ «321-й Окружной военный клинический госпиталь», г. Чита*

До последнего времени настоящим бедствием хирургических стационаров является высокая частота гнойно-воспалительных осложнений, составляющая, по данным различных авторов, от 5 до 43% [1-6]. Более того, хирургическая инфекция является основным видом послеоперационных осложнений и главной причиной летальных исходов [4, 6, 8, 11]. Применение современных антибактериальных препаратов способствует снижению гнойно-воспалительных осложнений и уменьшению летальности, однако приводит к резкому угнетению иммунитета, что является одной из основных причин возникновения рецидива заболевания [5, 7-10].

Вместе с тем, до сих пор не разработаны критерии, позволяющие решать вопрос, в каких случаях при возникновении операционной травмы следует ожидать появления гнойно-воспалительных осложнений.

Для решения поставленной задачи мы решили изучить показатели иммунограммы и содержание основных провоспалительных цитокинов (IL-1 α и β , IL-8 и TNF α) у больных как с неосложненным, так и осложнившимся гнойной инфекцией острым аппендицитом.

Методы исследования

Нами изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета, а также содержание основных провоспалительных цитокинов у 22 больных острым аппендицитом, которые в зависимости от течения послеоперационного периода были разделены на две группы: 1 группа — 12 пациентов с неосложненным течением; 2 группа — 10 чел. с нагноением операционной раны. Все больные получали традиционную антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия (ампициллин по 1 г 4 раза в сут либо пенициллин по 1 млн ед. 6 раз в сут) и симптоматическое лечение.

Подсчет общего числа лейкоцитов проводили стандартным методом в камере Горяева. Мазки крови фик-

Резюме

У больных с неосложненным и в дальнейшем осложненным течением острого аппендицита существенных различий в состоянии клеточного и гуморального иммунитета в первый день заболевания не выявлено. Вместе с тем, у больных с развитием в дальнейшем нагноения операционной раны особенно резко повышалось содержание IL-8 и TNF α . Увеличение концентрации указанных провоспалительных цитокинов является прогностическим признаком развития гнойных осложнений.

B.I. Kuznik, H.R. Abdulaev, I.D. Lihanov,
M.N. Tsibikov, N.N. Tsibikov

PROGNOSTIC VALUE OF IMMUNITY AND THE LEVEL OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WITH APPENDICITIS

Chita State Medical Academy, Chita

Summary

Patients with not complicated and with later complicated course of appendicitis did not have essential changes in the condition of cellular and humoral immunity on the first day of the disease. At the same time, patients developing suppuration of operational wound high levels of IL-8 and TNF α were noted. Increase of concentration of specified pro-inflammatory cytokines is prognostic factor of purulent complications development.

сировали метанолом в течение 10 мин и окрашивали по Романовскому-Гимза. Субпопуляции лимфоцитов определяли методом непрямой поверхностной иммунофлуоресценции. Иммуноглобулины классов А, М, G у больных исследовали методом радиальной иммуно-