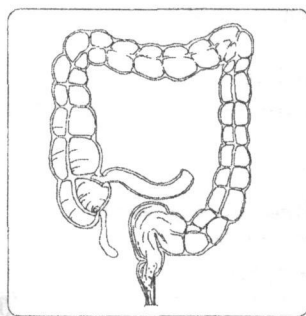


Выводы

1. В результате использования русской версии SF-36 получены данные по самооценке физической, психоэмоциональной и социальной составляющих, обеспечивающих наиболее точное определение качества жизни, которые по информативности дополняют традиционный опрос жалоб больного с остеоартрозом.
2. Остеоартроз оказывает отрицательное влияние на физическое, психологическое и социальное функционирование.
3. Выявлена зависимость параметров качества жизни от пола. Женщины психологически намного тяжелее переносят заболевание.

Литература

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М. // Науч.-практ. ревматол. 2001. №1. С.7-11.
2. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и др. // Тер. архив. 1998. №5. С.5-8.
3. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. // Клинич. ревматол. 1993. №3. С.1-6.
4. Никольская Е.А. // Тер. архив. №10. 1990. С.109-117.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999. 140 с.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. // Клин. мед. 2000. №2. С.10-13.
7. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. // Тер. архив. 2000. №3. С.36-41.
8. Сизова Л.В. // Науч.-практ. ревматол. 2003. №2. С.38-46.
9. Сизова Л.В., Багирова Г.Г. // Ревматология. 2003. №4. С.58-63.
10. Цветкова Е.С. Рук-во по внутренним болезням. / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997. С.385-396.
11. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. // Тер. архив. 1998. №9. С.53-57.
12. Altman R. // Semin Arthritis Rheum., 1991. 20, №6, suppl 2, P.40-47.
13. Beiche F., Scheures S., Brune K. et. al. Up-regulation of cyclooxygenase - 2 mRNA on the rat spinal cord following peripheral inflammation. FEBS Lett. 1996. Vol.390, P.165-169.
14. Fletcher A.E., Hunt B.M., Bulpitt C. S. // J. Chron Dis. 1987. Vol.40, P.557-566.
15. Kosinski M. SF-36 health survey: Manual and Interpretation Guide. MA. Boston, 1993. 143 p.
16. Pavelka K. Treatment of pain in osteoarthritis // Eur. J. Pain. 2000. 4 Suppl, P.23-30.
17. Sun Y., Stunner T., Gunther K.P., Brenner H. Clin. Rheumatol. 1997. Vol.16, №2. P.185-198.
18. Tak S.H., Laffrey S.C. // Orthop. Nurs. 2003. May-Jun; №22 (3). P.182-209.
19. Van Dam F.S., Somers R., Van Beek Couzijn A.L. // J. Clin. Pharmacol. 1981. Vol.21. P.8-9.



УДК 616.381-089.85-053.9

Н.И. Бояринцев, Е.В. Николаев, Н.В. Ташкинов, К.Г. Норкин,
Г.П. Норкин, С.Д. Кашей, В.П. Бельмач, И.Г. Головкова,
И.Г. Довгий, А.И. Довгий, И.Н. Музалев, А.П. Топтыгин

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
МУЗ ГКБ № 11, г. Хабаровск

Проблема осложнений в абдоминальной хирургии, связанные с этим вопросы повторных операций и сохраняющиеся высокие цифры летальности после релапаротомий заставляют вновь и вновь обращаться к этому вопросу множество отечественных и зарубежных хирургов. Важным социальным моментом является и увеличение среди оперированных лиц пожилого и старческого возраста, которые тяжелее переносят как основное оператив-

ное пособие, так и повторные операции из-за имеющихся сопутствующих заболеваний [1-3].

Резервом улучшения лечения послеоперационной патологии живота является абдоминальная эндоскопия [4-7]. Лапароскопия позволяет в более ранние сроки выставить диагноз послеоперационного осложнения и, в возможных случаях, провести гораздо менее травматичное его лечение [8-10]. Немаловажным является и то, что лапа-

роскопия является организационно и финансово достигаемой для большинства населения [11]. И если вопросам лапароскопической диагностики послеоперационных осложнений посвящено достаточное количество работ, то лапароскопическому лечению возникших осложнений гораздо меньше [12, 13].

Материалы и методы

Настоящая работа основана на сравнительном анализе результатов лечения 493 повторно оперированных больных, поступивших в клинику с острой хирургической патологией органов брюшной полости и травмой живота мирного времени и 134 пациентов после проведения плановых оперативных вмешательств за период с 1988 по 2001 г. Были проанализированы по две рандомизированные группы больных. При расчетах использовались компьютерные средства статистической обработки данных: Биостат 4.03, Statistica 5.0 (Basic Statistics / Tables), Microsoft Excel 8.0.

Первую группу составили 168 пациентов, перенесших релапаротомию после неотложных операций и находившихся на лечении в клинике в период с 1988 по 1992 г. В этой группе диагностика основывалась только на традиционных клинических методах исследования (без применения лапароскопии), а в тактике лечения применялись только традиционные способы релапаротомии. Под термином традиционные (то есть открытые) [14] релапаротомии мы подразумеваем повторное вхождение в брюшную полость через доступ, примененный при первой операции, или через новый разрез передней брюшной стенки (без применения лапароскопии). Вторая группа объединила 325 повторно оперированных экстренных больных, находившихся на лечении в клинике в период с 1993 по 2001 г. Диагностика послеоперационных осложнений в этой группе осуществлялась как с применением традиционных клинических исследований, так и с применением лапароскопии. Повторные оперативные вмешательства были выполнены как традиционным способом, так и лапароскопически. Таким же образом исследовались две группы больных после плановых оперативных вмешательств, соответственно по 49 и 85 чел.

Результаты исследования

Проблема послеоперационного перитонита из-за его высокой летальности остается по-прежнему наиболее актуальной в проблеме повторных вмешательств. Связано это с большим количеством среди реоперированных больных старше 60 лет и значительными техническими трудностями, а то и с невозможностью применения лапароскопии при этом осложнении. В литературе имеются только отдельные публикации применения лапароскопии при послеоперационном распространенном перитоните, рассматривающие применение при нем программированной санационной видеолапароскопии как альтернативы общепринятым методам оперативного лечения [14]. Проблема применения лечебной лапароскопии при послеопераци-

Резюме

Целью исследования явилось изучение возможностей лапароскопии в лечении послеоперационных абдоминальных осложнений после экстренных и плановых операций на органах брюшной полости. Сравнению подверглись рандомизированные группы экстренных и плановых больных. В первой, экстренной (168 чел.), для диагностики и лечения применялись только традиционные методы без использования лапароскопии. Во второй, экстренной (325 чел.), использовались как традиционные способы, так и лапароскопия. Таким же образом исследовались две группы плановых больных, соответственно 49 и 85 чел. Применение лапароскопии для диагностики и лечения возникших осложнений позволило достоверно уменьшить общую летальность среди исследованных во всех возрастных категориях у экстренных больных с 29,7 до 16,9%, а среди плановых больных с 38,7 до 12,9%.

N.I. Boyarincev, E.V. Nikolaev, N.V. Tashkinov,
K.G. Norkin, G.P. Norkin, S.D. Kaschey,
V.P. Belmach, I.G. Golovkova, I.G. Dovgiy,
A.I. Dovgiy, I.N. Muzalev, A.P. Toptygin

REPEATED OPERATIONS IN EMERGENCY AND PLANNED ABDOMINAL SURGERY

*Far Eastern State Medical University, Municipal City
Hospital №11, Khabarovsk*

Summary

The aim of the research was to study opportunities of laparoscopy treatment of postoperative abdominal complications after urgent and planned operations. Randomized groups of emergency and planned patients have been compared. In the first emergency group (168 patients) traditional methods of diagnostics and treatment without use of laparoscopy were applied. In the second emergency group (325 patients) both traditional approaches and a laparoscopy were used. Two groups of planned patients (49 and 85 patients) were also analyzed. Application of laparoscopy for diagnostics and treatment of complications has allowed to reduce mortality in all age groups: in emergency patients from 29,7 to 16,9% and in planned patients - from 38,7 to 12,9%.

онных распространенных перитонитах очень сложна, но и перспективна, она требует своего дальнейшего исследования, развития и разрешения.

Нами были повторно прооперированы 104 больных с развившимся после неотложных операций перитонитом. В I группе, где диагностика осуществлялась без применения лапароскопии, находилось 22 чел. В послеоперационном периоде из них погибли 12 пациентов, что составило 54,5% летальности. Во II группе (82 чел.), где для распознавания послеоперационного перитонита на ранних стадиях развития применялась лапароскопия, умерло 28 больных, что составило 34,1%. Повторные операции по поводу перитонита после плановых хирургических вмешательств производились в 58 случаях. В I группе, где диагностика осуществлялась на основе традиционных методик, находилось 27 чел. В послеоперационном перио-

де из них погибли 14 пациентов, что составило 51,8% летальности. В группе, где для распознавания послеоперационного перитонита на ранних стадиях развития применялись эндовидеохирургические методы (31 больной), умерло 3 пациента, что составило 9,6%.

В группе повторно оперированных после экстренных операций по поводу ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости под нашим наблюдением находилось 135 больных. Из них I группу, с традиционными релапаротомиями, составил 41 больной, вторую, где для диагностики и лечения применялись как чревосечения, так и лапароскопия, — 94 пациента. Выполненный во II группе лапароскопический адгезиоэнтероллизис оказался эффективным у 39 из 45 больных. Переход на традиционную релапаротомию потребовался в 6 случаях. Летальных исходов среди лапароскопически повторно оперированных не было. Послеоперационная летальность среди традиционно реоперированных больных после экстренных операций в I группе составила 12,2%, во II группе — 6,4%. Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость после плановых оперативных вмешательств была выявлена в 19 случаях. При этом 6 пациентов были повторно оперированы после традиционных методик диагностики, из них 2 больных (33,3%) умерло. Диагностическая лапароскопия, в свою очередь, применялась у 13 пациентов, из них лапароскопический адгезиоэнтероллизис был успешно выполнен у 9 чел. Летальный исход наблюдался у 3 больных, что составило 23,07%. Необходимо отметить, что все случаи смерти пришлось на больных, которым производился традиционный лапаротомный доступ в целях разделения спаек.

Абсцессы брюшной полости после экстренных операций встретились в наших наблюдениях у 108 чел. В I группе, состоящей из 38 больных и где для вскрытия применялись только рутинные методы, летальность составила 21,0% (умерло 8 пациентов). В группе, где вскрытие абсцессов производилось как традиционными способами, так и с применением лапароскопии, летальность уменьшилась и составила 7,1% (умерло 5 чел.) После плановых операций мы наблюдали абсцессы брюшной полости у 40 пациентов. Традиционным оперативным вмешательствам были подвергнуты 7 больных, из них 1 пациент скончался (14,3%). Лапароскопическая диагностика выполнялась в 31 случае, из них последующее лапароскопическое вскрытие и дренирование абсцесса выполнялось у 24 пациентов. Летальность в данной группе составила 12,9% (умерло 4 больных после традиционных релапаротомий).

При внутрибрюшных кровотечениях и гематомах в группе, где применялись традиционные релапаротомии после экстренных операций, летальность среди всех реоперированных составила 30,0%. В группе, где с целью диагностики этого осложнения применялся разработанный нами алгоритм, с применением лапароскопии, летальность уменьшилась до 22,7%. После плановых операций мы

наблюдали внутрибрюшные кровотечения, гемоперитонеум и гематомы брюшной полости у 27 пациентов. Традиционные релапаротомии выполнены у 4 пациентов, летальность составила 25,0% (1 пациент умер). Лапароскопическая диагностика применена у 23 больных, из них лапароскопический гемостаз и санация брюшной полости были выполнены в 18 случаях. Летальность составила 8,7% (2 случая смерти).

Заключение

Применение нами комплексного лечения послеоперационных осложнений после экстренных абдоминальных вмешательств (325 больных), основанного на оптимальном сочетании традиционных и лапароскопических вмешательств, применительно к каждому конкретному больному, сопровождалось общей летальностью равной 16,9% (умерло 55 чел.) Аналогично после плановых оперативных вмешательств из 85 пациентов с развившимися ранними послеоперационными осложнениями, в диагностике и лечении которых применялись новые методы, умерло 11 пациентов, что составило 12,9%.

Из 168 экстренных больных, которым диагностика осложнений и реоперации производились только традиционными методами, умерло 50 пациентов, что составило 29,7% летальности. У 49 плановых больных, подвергнутых релапаротомиям, летальность составила 38,7% (19 случаев смерти).

Таким образом, рациональное сочетание лапароскопических вмешательств и традиционных релапаротомий у больных основных групп позволило достоверно снизить летальность, по сравнению с контрольными группами.

Это говорит о правильности выбранной нами тактики лечения данной категории больных.

Выводы

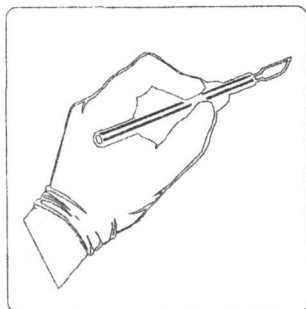
1. Лапароскопия является методом выбора в диагностике таких послеоперационных абдоминальных осложнений, как перитонит, внутрибрюшные абсцессы, внутрибрюшные кровотечения и гематомы.

2. При развившемся в послеоперационном периоде перитоните, абсцессах брюшной полости, ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, внутрибрюшных кровотечениях и гематомах показано применение лечебной лапароскопии в качестве первоочередного вмешательства. Выполнение данного пособия позволяет сократить число выполняемых традиционных релапаротомий на 22,7% и улучшить результаты лечения. При отсутствии эффекта от лечебной лапароскопии в течение первых суток больным должна выполняться релапаротомия.

3. Применение комплексного лечения послеоперационных абдоминальных осложнений, в сравнении с традиционными релапаротомиями, позволило за исследуемый период времени достоверно снизить летальные исходы у больных с 29,7 до 16,9% в экстренной и, соответственно, с 38,7 до 12,9% в плановой абдоминальной хирургии.

Л и т е р а т у р а

1. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Зайков Е.И. // Неотложная хирургия органов брюшной полости. Хабаровск, 1981. С.80-83.
2. Корита В.Р., Михеткина С.И. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.108-110.
3. Carter R., Anderson S.R. // Brit J. Surg. 1994 Vol 81, №6. P.869-871.
4. Перминова Г.И. Лапароскопия в ургентной хирургии: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1987. 49 с.
5. Малиновский Н.Н., Балалыкин А.С. // Хирургия. 1995. №5. С.7-9.
6. Емельянов С.И. // Эндоскоп. хирургия. 1997. №2. 54 с.
7. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 19 с.
8. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. // Эндоскоп. хирургия. 1995. №1. С.5-8.
9. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Ташкинов Н.В. и др. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.119-121.
10. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и др. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №1. С.13-15.
11. Борисов А.И., Григорьев С.Г. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 13 с.
12. Перминова Г.И., Соколов А.А., Сиротинский В.В. и др. // Хирургия. 1993. №7. С.67-71.
13. Агафонов И.В., Давыдов А.А., Крапивин Б.В. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2001. №2. 2 с.
14. Савельев В.С., Кригер А.Г. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №3. С.3-6.



УДК 617.55 - 077.43 : 616 - 089.844 - 053.8 (571.66 - 25)

В.Н. Пак, Н.В. Ташкинов

ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ "ЛИНТЕКС" И "КАРБОНИКУС И" ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск; городская больница №2, г. Петропавловск-Камчатский*

Р е з ю м е

Надапоневротическое применение при рецидивных вентральных грыжах отечественных синтетических материалов "Линтекс" и "Карбоникус И" сопровождается более редкими раневыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде и более низкой частотой рецидивов в отдаленном периоде после операции по сравнению с герниопластикой местными тканями.

V.N. Pak, N.V. Taschkinov

REPAIR OF RECURRENT INCISIONAL HERNIAS USING HOME MESH "LINTEX" AND "CARBONICUS I"

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk,
Hospital №2, Petropavlovsk-Kamchatsky*

S u m m a r y

Onlay-method of repair of recurrent incisional hernias with "Lintex" and "Carbonicus I" demonstrates decrease of morbidity and recurrence rate in comparison with traditional technique without using prosthetic materials.

Несмотря на постоянное совершенствование техники хирургических операций, количество больных с послеоперационными вентральными грыжами остается достаточно большим. По данным разных авторов, после абдоминальных операций у 2-20% больных формируются послеоперационные вентральные грыжи [10, 12, 13]. В свою очередь устранение послеоперационных вентральных грыж местными тканями в 30-63% случаев приводит к формированию рецидивных грыж передней брюшной стенки, представляющих еще более сложную задачу для хирурга [8, 11, 14, 15]. Например, по данным некоторых авторов, частота повторных возвратов грыж после герниопластики рецидивных вентральных грыж (РВГ) достигает 60-100% в зависимости от размеров грыж и количества предшествующих рецидивов [9].

Очевидно, что такой высокий процент рецидивов не мог удовлетворить хирургов. Одним из путей, позволяющих уменьшить частоту рецидивов послеоперационных вентральных грыж за счет уменьшения числа раневых осложнений, явилась