

Хулоса

**БОЗШАВИИ МАЧРОИ ВАРИДҲОИ МАСДУДШУДА ДАР МАРҲАЛАИ
БАРВАҚТИ ОФИЯТЁБИИ СУДДАТИ ШАДИДИ ВАРИДҲОИ АМИҚИ ПОЙҲО**

Д.Д. Султонов, М.Г. Тохиров, М.О. Қурбонова

Дар 35 беморони гирифтори суддати шадиди варидҳои амиқи пойҳо дар муддати се моҳи аввали муоина бозшавии маҷрои варидҳои масдудшуда мушоҳада гардидааст.

Натиҷаҳо бо таҳлили фавқсадоии дуплекси пас аз се моҳи рухсат шудан аз беморхона тасдиқ шуданд. Беморон таъбири маҷмуиро мувофиқи нақшаи таҳиясохтаи муаллифон гирифтаанд.

Моҳияти таъбири диспансерӣ ҳангоми барқарорсозии ҳолати беморон таъкид шудааст. Истифодаи доруҳои зиддиҳунлаҳташавӣ ва пурзӯрсозандаи фаъолияти варидҳо, ҳамчунин фишороварии чандирӣ барои беҳтарсозии суддати шадиди варидҳо тавсия мегардад.

Summary

**PROCESS OF RECANALIZATION IN YEARLY PERIOD AFTER
ACUTE TROMBOPHLEBITIS OF DEEP VEINS OF LOW EXTREMITIS**

D.D. Sultonov, M.G. Tohirov, M.O. Kurbanova

35 patients with thrombosis of deep veins of low extremities were investigated to 3 months on process of recanalization; by duplex scanner in 3 months after discharge in patients received complex routine treatment on our therapy cheme. Out-patient treatment and rehabilitation period are important for the treatment. Anticoagulants of indirect action, veinotonics and elastic compression help more effective recanalization of thrombed veins.



**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Х.Д. Зухуров, А.Р. Достиев, А.Х. Файзуллаев, Р.А. Турсунов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Актуальность. Прогнозирование развития послеоперационных гнойно-септических осложнений (ПОГСО) у больных эхинококкозом печени представляет непосредственный интерес для их профилактики. Обычно оно проводится на основании результатов клинического и инструментальных методов обследования больных [2,4,5], что на современном уровне развития хирургии не полностью удовлетворяет специалистов [1-3]. Поэтому прогнозирование риска развития ПОГСО нами были совершенствовано.

Цель исследования. Оценка эффективности разработанного способа прогнозирования риска развития ПОГСО на основании комплекса клинико-иммунологических показателей.

Материалы и методы исследования. Основу данного сообщения составили результаты комплексного обследования 100 больных эхинококкозом печени, у 39 из них до операции изучались основные показатели иммунного состояния. Анализ результатов изучения иммунного статуса больных с эхинококкозом печени проводился также с учётом того, как протекало заболевание - с осложнениями, или без них. Это важно, так как присоединение дооперационных

осложнений повышает риск развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

Учитывая, что характер заболевания и дооперационное состояние показателей иммунитета больных эхинококкозом печени играют основную роль в формировании риска развития ПОГСО, нами проведено прогнозирование вероятности их возникновения у таких пациентов. Оно проводилось путём определения величины суммарного нормированного показателя риска (R) развития ПОГСО на основании комплекса клинических признаков, а также изменений, выявленных при инструментальных и иммунологических исследованиях, выполненных по описанным в литературе методикам [2].

Результаты и их обсуждение. Проведённый нами аналитический прогноз показал (таблица 1), что из 100 больных основной группы, у 51 (51%) лица риск развития гнойно-септического послеоперационного осложнения имел значение $R < 1$. Данный прогноз показывал наличие высокого риска ($1 < R < 2$) возникновения ПОГСО у 41 (41,0%) и очень высокого риска ($R > 2$) - у 8 (8%) обследованных больных.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от степени риска развития послеоперационных гнойно-септических осложнений (основная группа)

Суммарный нормированный показатель риска развития ПОГСО		Количество больных	
		абсолютное число	в %
$R < 1$	риск развития	51	51,0
$1 < R < 2$	высокий риск	41	41,0
$R > 2$	очень высокий риск	8	8,0
В С Е Г О:		100	100,0

Таблица 2

Зависимость степени риска развития послеоперационных гнойно-септических осложнений от характера патологии (основная группа)

Характер патологии	Суммарный нормированный показатель риска					
	Риск есть ($R < 1$)		Высокий риск ($1 < R < 2$)		Очень высокий риск ($R > 2$)	
	Абс.чис.	В %	Абс.чис.	В %	Абс.чис.	В %
Неосложнённый эхинококкоз N=52 (52,0%) (I подгруппа)	45	45,0	7	7,0	-	-
Осложнённый эхинококкоз N=48 (48,0%) (II подгруппа)	6	6,0	34	34,0	8	8,0
В С Е Г О: 100 (100,0%)	51	51,0	41	41,0	8	8,0

Для выбора комплекса профилактических мер практический интерес представляло прогнозирование риска развития ПОГСО эхинококкоза печени в послеоперационном периоде в зависимости от наличия или отсутствия у больных осложнений со стороны кист. Проведённый

прогноз показал интересные результаты, которые существенно влияли на выбор составляющих мер профилактики вероятных осложнений в послеоперационном периоде у больных основной группы (таблица 2).

Как следует из таблицы, при значении суммарного нормированного показателя риска $R < 1$, вероятность возникновения ПОГСО была значительно меньше у больных, которые имели неосложнённый эхинококкоз печени (соответственно 45 и 6), т.е. в I подгруппе. При $R > 1$ вероятность возникновения прогнозируемых осложнений значительно нарастала во II подгруппе (34 и 7 соответственно). Все случаи очень высокой вероятности риска ($R > 2$) ПОГСО установлена у 8 больных из II подгруппы, т.е. у больных с осложнёнными ещё в дооперационном периоде кистами эхинококкоза печени.

Следует заметить, что при определении суммарного нормированного показателя риска (R) с помощью методики Байеса, на его значение существенно повлияли показатели иммунного состояния больных, определённые до операции. Особенно значимыми были: уровень Т-лимфоцитов (Е-РОК), CD4+ Т-лимфоцитов, дисбаланс субпопуляции иммунорегуляторных клеток, иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+ Т-клеток) и количество циркулирующих иммунных комплексов.

Включение полученных данных об исходном состоянии иммунного статуса больных эхинококкозом печени в фактор риска, повышало достоверность системы индивидуального прогнозирования вероятности развития послеоперационных гнойно-септических осложнений (таблица 3).

При применении разработанного нами системы клинико-иммунологического прогнозирования по сравнению с прогнозированием на основе только клинических факторов риска достоверность прогноза вероятности развития гнойно-септических осложнений у больных с $R < 1$ без осложнения увеличилось с 50,0% до 66,67% у больных с $R > 1$ (таблица 4).

Таблица 3

Влияние иммунологических факторов риска на величины прогностических коэффициентов и показатели относительного риска

Фактор риска	Градация фактора	Количество больных		Н И П	Р	Прогностич. коэффициент
		всего	с осложн.			
Е – РОК в 1 мкл	< 800	11	7	3,09		10,15
	800 - 1000	9	2	0,88	3,27	3,06
	> 1000	19	-	-		-
CD4 + в 1 мкл	< 800	12	8	3,02		12,34
	800 - 1000	12	2	0,73	3,97	3,03
	> 1000	15	-	-		-
CD8 + в 1 мкл	< 1,2	12	7	2,68		10,44
	1,2 – 1,5	11	1	0,69	3,96	2,59
	> 1,5	16	-			-
Ц И К опт. ед.	< 60	10	-	-		-
	60 - 120	18	3	0,75	2,94	2,28
	> 120	11	5	2,28		6,87

В группе больных с наличием осложнений эхинококковых кист отмечено увеличение достоверности прогноза с 50,0% до 85,71% ($P < 10.05$).

Таким образом, система клинико-иммунологического прогнозирования является более

чувствительным методом и позволяет значительно лучше прогнозировать риск развития послеоперационных гнойно-септических осложнений при хирургии эхинококкоза печени. В свою очередь, более достоверное прогнозирование позволяет выбирать наиболее оптимальные способы предупреждения развития ПОГСО и правильно проводить послеоперационное лечение с учётом индивидуальности каждого больного.

Таблица 4

Прогнозирование развития послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных на основании разных показателей риска (R) (основная группа)

Суммарный нормированный интенсивный показатель риска (R)		Прогнозирование					
		По клиническим факторам риска			По клинико-иммунол. факторам риска		
		Количество			Количество		
		больных	осложнений		больных	осложнений	
абс. чис.	%		абс.чис.	%			
Без осложнений кист	R<1	9	1	11,10	10	1	10,0
	R>1	4	2	50,0	3	2	66,67
ВСЕГО:		13	3	23,08	13	3	23,08
С осложнениями кист	R<1	18	1	5,56	19	2	10,53
	R>1	8	4	50,0	7	6	85,71
ВСЕГО:		26	5	19,23	26	8	30,77

ЛИТЕРАТУРА

1. Гульмурадov Т.Г., Саидов С.К. Ультразвук в лечении нагноившегося эхинококкоза печени. //Здравоохранение Таджикистана, 2000 - №2 -С.64
2. Левченко Е.В. Прогнозирование и профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в хирургии эхинококкоза печени. // Автореф. канд. дисс.– Ставрополь,1995
3. Мадалиев И.Н. Диагностика и лечение эхинококкоза печени. //Актуальные вопросы неотложной хирургии - Душанбе,1999 -С.38-40
4. Саидов С.К., Назаров Ш.К. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений эхинококкоза печени //Актуальные вопросы практической медицины - Москва, 2001 - С.41-46
5. Kalaitzoglou I., Drevlengas A., Pertidis A. at all. Albendazole treatment of cerebral hydatid disease: evaluation of results with CT and MRI // Neuroradiologi – 1998 Jan – Vol. 40(1) – p. 36-39

Хулоса

ПЕШГУЌИИ САРИРӢ ВА МАСУНИИ ХАТАРНОКИ РУШДИ ОРИЗАӢОИ ФАСОДИӢО УФУНИИ БАӢДИЧАРРОӢӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР

Ӣ.Д. Зухуров, А.Р. Достиев, А.Ӣ. Файзуллоев, Р.А. Турсунов

Дар мақола масъалаҳои пешбини оризаҳои фасодию уфунии баъдичарроҳӣ дар беморони гирифтори эхинококкози чигар баррасӣ шудааст.

Муаллифон усули мукамалтарро, ки дар асоси истифодаи нишондодҳои саририю масунии бемор таҳия шудааст, пешниҳод менамоянд. Истифодаи он дар 100 беморони гирифтори эхинококкози чигар имкон додааст, ки оризаҳои баъдичарроҳӣ кам шуда, натиҷаҳои беҳтари табобат бештар гарданд.

Summary

CLINICAL IMMUNOLOGICAL PROGNOSTICS OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF POSTOPERATED PURULENT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS

H.D. Zuhurov, A.R. Dostyev, A.H. Fayzullaev, R.A. Tursunov

The authors propose improved prognosis method which is based on clinical immunological indexes. Using the method in 100 patients with liver echinococcosis led to decreasing number of postoperated complications and increasing of positive results.



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БИЛИАРНОГО ПЕРИТОНИТА

Н. М. Даминова, К. М. Курбонов

Кафедра хирургических болезней № 1

Введение. В последнее время наблюдается рост числа больных, страдающих очаговыми заболеваниями печени (ОЗП) и желчнокаменной болезнью (ЖКБ), в связи с чем увеличилось количество оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях [1,4,7,8]. В современной гепатохирургии широкое распространение получили как традиционные методы хирургического лечения, так и эндовидеолапароскопические вмешательства [5-7]. Тем не менее, наряду с этим увеличилось число ранних послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии [1,2,4,6,8]. Одним из тяжёлых, опасных и угрожающих жизни осложнений раннего периода после оперативных вмешательств на печени, желчевыводящих путях, поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишки является послеоперационный билиарный перитонит (ПБП). Достаточно отметить, что именно это осложнение в абдоминальной хирургии является наиболее трагичным и коварным для хирурга и больного, которое нередко сопровождается высокой послеоперационной летальностью, достигающей 30-48% [3,4,7,8].

Причины возникновения и развития ПБП многообразны, однако следует отметить, что в 81% случаев он возникает вследствие тактических и технических врачебных ошибок, а также вследствие глубоких обменных нарушений в организме больного, приводящих к недостаточности иммунобиологических механизмов защиты и замедленной неполноценной регенерации, и особенно - из-за нарушений функциональных резервов жизненно важных органов и систем [3,5,6,8].

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения послеоперационного билиарного перитонита.

Материалы и методы. В клинике за истекшие 15 лет наблюдали за 133 больными с ПБП, из них у 124 (93,2%) это осложнение наблюдалось после оперативных вмешательств на печени и жёлчных путях, ещё у 9 больных (6,8%) послеоперационный перитонит был обусловлен перфорациями острых язв желудка после выполнения обширной резекции печени. Кроме этого, у 7 больных ПБП диагностировали после оперативных вмешательств по поводу осложнений язвенной болезни.

Всего под нашим наблюдением находились 140 больных с ПБП. Мужчин было 89 (63,6%), женщин - 51 (36,4%). Возраст больных составил от 24 до 74 лет. Перечень заболеваний, по поводу которых были выполнены оперативные вмешательства, приведён в таблице 1.