

Намудҳои хейлопластикаи нахустин ва такрорӣ ба тафсил оварда шуда, натиҷаи усулҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ бо ҳамдигар муқоиса шудаанд. Ҳамаи деформатсияҳои барои лабчокии модарзодӣ хос бо қадри имкон бояд ҳангоми амалиёти нахустини хейлопластика бартараф карда шаванд. Инчунин маълум гашт, ки намуди беҳтарини хейлопластикаи нахустин усули R.Millard буда, роҳи беҳтари бартараф кардани деформатсияҳои боқимондаву пайдошудаи лаби боло ва бинӣ - истифодаи яқояи усулҳои Meyer ва Millard мебошад.

Summary

PRIMARY CHEYLOPLASTY AND SECONDARY CHEYLORHINOPLASTY AT UNILATERAL CLEFT LIP

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.M. Kosimov, Z.A. Kurbanov

In this research are analyzed results of surgical treatment of 41 patients with unilateral cleft lip (24), residual and secondary deformations of an upper lip and a nose after cheyloplasty in other clinics (17). The ways of primary cheyloplasty and secondary cheylorhinoplasty are in detail presented, results of various of operative methods are compared. Generalising results of various methods, have come to conclusion that all deformations, characteristic for cleft lip at possibility should eliminate during primary cheyloplasty. The R.Millard's technique has appeared in the most effective way primary cheyloplasty, and for elimination of residual and secondary deformations of an upper lip and a nose the best way is a combination of Meyer's and Millard's techniques.

Key words: cleft lip nose deformity, cheyloplasty, cheylorhinoplasty



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ И ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

А.А. Абдужаббаров, Д.С. Халимов, А.М. Сафаров,
Т.Н. Каримов, А.Р. Рахимов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

На основании комплексного лечения 126 пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением авторами установлено, что наиболее частой причиной профузных язвенных кровотечений являются пенетрирующие гастродуоденальные язвы, сопровождающиеся нарушением местного гемостаза. Наиболее оправданной при профузных язвенных кровотечениях является активная хирургическая тактика с применением органосохраняющих операций, дающих наименьший процент осложнений и летальных исходов (2,9%).

Ключевые слова: острые и хронические язвы, гастродуоденальные кровотечения

Актуальность. Определение показаний хирургического лечения на высоте кровотечения при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии продолжает оставаться актуальной проблемой в неотложной хирургии.

По данным различных авторов [1,2] язвенная болезнь у 5-25% больных осложняется кровотечением. Значительное количество таких пациентов требует хирургических вмешательств по

жизненным показаниям. На высоте кровотечения летальность достигает до 40-65% [4,6]. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений язвенного генеза представляет значительные трудности.

Общеизвестные консервативные методы лечения недостаточно эффективны. До сих пор не существует единого мнения в отношении выбора метода оперативного вмешательства в случае неэффективности консервативного лечения.

Факторами, определяющими выбор тактики лечения кровоточащих язв, является массивность, темп кровопотери, локализация и размер язвенного кратера. Менее значимы в клинической характеристике: кровотечение в прошлом, длительность язвенного анамнеза, возраст пациента и т.д. [4,6].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения при язвенных гастроуденальных кровотечениях.

Материалы и методы исследования. За период 1991 по 2005 годы в ГКБСМП города Душанбе нами анализированы результаты исследования и хирургического лечения 126 больных с язвенным гастроуденальным кровотечением (ЯГДК), в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 82 (65,1%) женщин - 44 (34,9%). Клинико-эндоскопические язвы желудка были выявлены у 50 (39,7%) больных, язва двенадцатиперстной кишки - у 76 (60,3%). Во всех случаях эндоскопическая характеристика: локализация, размер и характер кровотечения были подтверждены при оперативном вмешательстве. Показания к оперативному лечению при ОЯДК определяли на основании клинико-лабораторных данных и по темпу кровотечения путём применения назогастрального зонда, вставляемого в желудок в реанимационном отделении. Эндоскопическое исследование позволило установить источник и интенсивность кровотечения, что являлось решающим фактором для определения дальнейшей лечебной тактики.

Мы использовали эндоскопическую классификацию ЯГДК, предложенную J. Forest (1987), согласно которой среди оперированных больных имело место продолжающееся артериальное кровотечение (F1A) у 30 (23,8%); продолжающееся венозное кровотечение (F1B) было у 41 (32,6%); признаки образующегося кровотечения в виде культи тромбированного сосуда на дне язвы (F2A) - у 30 (23,8%) и покрытие язвы сгустком крови (F 2B) - у 25 (19,8%) больных. По объёму кровопотери по Г.А. Рябову (1995) больные распределены на три группы: 1-я группа, включала 58 пациентов с умеренным объёмом кровопотери $0,84 \pm 0,04$ л (17,6%); 2-я группа - тяжёлая, включала $1,72 \pm 0,08$ л (34,3%) и 3-я группа - массивная, $2,66 \pm 0,17$ л (53,8%).

Результаты и их обсуждение. Выбор тактики и объёма хирургического лечения у наших больных зависел от локализации размера язвенного кратера, массивности кровотечения и состояния внутренней среды организма. При этом устойчивый гемостаз от консервативной терапии отмечен у 29 (23,1%) пациентов. У 31 (24,6%) продолжающееся артериальное и венозное кровотечение не удалось остановить, у 69 (52,3%) больных выявлены ранние рецидивы кровотечения. Массивная кровопотеря приводит к изменению коагуляционных свойств крови. Изменение состояния систем гемостаза выявило прямую зависимость между дефицитом ОЦК и степенью нарушения показателей систем гемостаза. По мере увеличения степени кровопотери снижались содержание таких защитных факторов, как концентрация тромбоцитов, показателей фибриногена, антитромбина, протромбина, что способствовало развитию коагулопатии. При изучении местного гемостаза у 15 пациентов из экстракта ткани язвы, осложнившейся кровотечением в объёме дефицита ОЦК от 34,3% до 53,8%, отмечается развитие синдрома гипокоагуляции, характеризующееся удлинением времени рекальцификации на 31,3%, протромбинового индекса на 7,1% и фибринолитической активности на плазме 6,7% по сравнению с экстрактом ткани, непоражённой язвой участков ткани ($P < 0,005$).

Экстренная операция является единственным надёжным способом, позволяющим предупредить рецидив геморрагии и развитие необратимых изменений, связанных с кровопотерей. Она должна быть выполнена в самые ранние сроки, пока не развились глубокие патологичес-

кие нарушения гомеостаза.

Обоснование активной тактики хирурга, экстренных операций и их преимущество перед другими способами лечения подтверждались непосредственными результатами оперативного лечения 126 больных ОЯГДК. Лечение больных с умеренным объёмом кровопотери начинали с консервативных мероприятий. Как правило, при геморрагии с устойчивым и неустойчивым гемостазом, а также при наличии других показаний, оперативное вмешательство выполнялось в отсроченном порядке.

По этим показаниям из 51 пациента 19 (37,2 %) больных подвергнуты оперативному лечению резекции желудка по Бильрот-1, 32 (62,8%) - по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстера.

Экстренную операцию выполняли больным с устойчивым и неустойчивым гемостазом с тяжёлой и массивной степенью кровопотери в любое время суток, восполняя и корректируя дефицит ОЦК, независимо от того, продолжалось ли кровотечение или оно остановилось. 75-ти больным было выполнено экстренное оперативное лечение. Из них: 35-ти (46,6%) пациентам произведено иссечение кровоточащих язв пилородуоденальной зоны с пластикой по Гейнику-Микуличу и 40 (53,4%) пациентам - ушивание кровоточащей язвы 12-перстной кишки с пилородуоденопластикой по Гейнику-Микуличу с трунккулярной ваготомией.

Наши клинические наблюдения показали, что непосредственные результаты хирургического лечения больных с профузными гастродуоденальными кровотечениями зависят от индивидуального выбора характера и объёма оперативного вмешательства. Из 126 больных, оперированных в экстренном, срочном и плановом порядке, резекция желудка выполнена у 51 (40,5%). Органосохраняющие операции произведены: у 75 (59,5%) ослабленных, с тяжёлыми сочетанными заболеваниями; у людей пожилого и старческого возраста, у которых вмешательство выполнялось по жизненным показаниям в связи с продолжающимся или рецидивировавшим кровотечением. Летальность после резекции желудка составила 4,2%, после органосохраняющих операций - 2,9%. Причиной смерти после органосохраняющих операций являлись необратимая кровопотеря, нарушение кровообращения: дефицит ГО у них достигал 66 - 70%.

Вывод. У больных ЯГДК с тяжёлым и массивным объёмом кровопотери отмечается нарушение местного и общего гемостаза, и оно является одним из факторов, усугубляющих степень и тяжесть геморрагического синдрома у данной категории больных. Активная тактика хирурга и раннее экстренное оперативное вмешательство при профузных кровотечениях, в сочетании с индивидуальным выбором тактики и объёма оперативного вмешательства существенно улучшают результаты лечения с ЯГДК.

Литература

1. Горбашко А.И. Пути улучшения желудочно-кишечных кровотечений // Вестник хирургии. 1989. № 6. С. 16-21
2. Затевахин И.И., Щеголёв А.А. и др. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: состояние проблемы и реальные перспективы // II Российский медицинский журнал. 1999. № 2. С. 3-8
3. Корытцев В.К. Оптимизация хирургической тактики при язвенных дуоденальных кровотечениях // Автореф. канд. дисс., Самара. 1998
4. Чернов В.Н., Мезиев И.А., Скорляков В.В. Патогенез, классификация, лечение острых изъязвлений желудка и двенадцатиперстной кишки // II Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002. № 5. том 10. С.41
5. Яремчук А.Я., Зотов А.С. Современные принципы профилактики острых послеоперационных поражений желудочно-кишечного тракта // Вестник хирургии. 2002. № 3. С. 101-105
6. Chandari C.P., Eitan R.A., Palmer K.R., The outcome of peptic ulcer hemorrhage in relation to consumption of non steroidal anti inflammatory drugs or aspirin. Aliment pharmacology // Ther. 1994 volume 8. P. 4

Хулоса

Муайян намудани тактика ва ҳаҷми илоҷи ҷарроҳӣ ҳангоми хунравии шадиди гастродуоденалӣ А.А. Абдуҷабборов, Д.С. Ҳалимов, А.М. Сафаров, Т.Н. Каримов, А.Р. Раҳимов

Дар асоси муолиҷаи маҷмӯии 126 бемори бо хунравии решноки гастродуоденалӣ (меъдаю рӯдаи 12-ангушта) муқаррар намуданд, ки дар аксар ҳолат сабаби хунравии профузии решнок (ХПР) - решҳои гастродуоденалии нуфузкунанда, ки бо ихтилоли ҳемостази мавзей яқоя рӯй медиҳанд, мебошад.

Ҳангоми ХПР тактикаи фаъоли ҷарроҳӣ бо истифодаи ҷарроҳии узвнигаҳдорӣ, ки фоизи камтарини оризаҳо ва оқибати марговарро (2,9%) медиҳад, тарзи комилан асоснок мебошад.

Summary

THE DETERMINATION OF TACTIC AND VOLUM OF SURGICAL TREATMENT UNDER ACUTE GASTER-DUODENAL BLEEDING A.A. Abdujabbarov, D.S. Halimov, A.M. Safarov, T.N. Karimov, A.R. Rahimov

On the base of complex-therapy of 126 patients with gaster-duodenal ulcer-bleeding authors establish that the oftenst cause of prophused ulcer bleeding is penetrated gaster-duodenal ulcers accompanied with destruction of local hemostasis. Active surgical tactic of organ-saved operations is optimal under prophused ulcer bleedings because the least percent of complications and lethal results (2,9%) were given.

Key words: acute ulcers, gaster-duodenal bleeding



ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ ЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Х.Б. Рахимов, Д.Б. Хамидов, Т.Г. Гульмурадов, З.Р. Шарипов, Д.О. Курбанов
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

У 74 больных с врождёнными пороками сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения, проанализированы результаты комплексной интенсивной терапии в зависимости от включения антиоксиданта "Реамберин" и внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК).

Установлено, что у больных, получивших антиоксидант "Реамберин" и ВЛОК, быстрее нормализовались показатели гемостаза, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма и значительно снизилась частота лёгочных осложнений.

Ключевые слова: врождённые пороки сердца, искусственное кровообращение, антиоксиданты, лазеротерапия, лёгочные осложнения