

ISSN 2091-5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



JURNALI

**NAZARIY
VA
KLINIK
TIBBIYOT**

2 2015

ЖУРНАЛ

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
и КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф. Т.У. АРИПОВА

проф. С.И. ИСМАИЛОВ (заместитель главного редактора),
проф. И.Р. МАВЛЯНОВ (заместитель главного редактора),
проф. А.А. БАТЫРБЕКОВ, проф. А.А. ХУДОЯРОВ
проф. Б.Т. ДАМИНОВ, проф. А.А. НАЗАРОВ, проф. Н.М. ХАИТОВА
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

*Основан в 1999 г.
профессором Р.М. Рузубакиевым*

2

ТАШКЕНТ - 2015

УРОЛОГИЯ

Исанова Д.Т., Тугчиёва Г.В. Фертил ёшдаги аёлларда кечадиган сиддик йўллари инфекцияларида тери микрофлорасини ўрганиш натижалари таҳлили

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Гафуров Ш.Б. Динамика неврологических нарушений у нейроонкологических больных в послеоперационном периоде

Murodova D.S., Ahmediev M.M., Mirzabaev M.J., Tashmatov Sh.N. Possibilities and significance of modern neuroimaging in neurooncology

Saidov S.S., Mirzabaev M.D., Xolnazarov F.X. Хирургическое лечение синдрома оперированного позвоночника

ХИРУРГИЯ

Kasimov N.A., Holmatov E.B., Kasimov A.L., Musabayev H.T., Otakuziev A.Z., Usmonov H.Q., Xolmirzaev A.B. Диагностические критерии эхинококкоза печени и меры профилактики его рецидива

Nishanov F.N., Nishanova M.F., Tursunova B.K., Rustamov J.A., Hodzhimetov D.Sh. Обоснование декомпрессии и желудочно-кишечного лаважа области анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Otakuziev A.Z., Nishanov F.N., Abdullajonov B.R., Kurbonov H.A., Galatov A.A. Оптимизация хирургической тактики при осложненном множественном эхинококкозе брюшной полости

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Bakiyev B.K., Azizov M.J., Nuratieva Kh.O. Клинико-инструментальные методы исследования поврежденной менисков коленного сустава

Raibayev D.R., Asilova S.U. Восстановительное лечение и профилактика осложнений после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

ПЕДИАТРИЯ

Kamalov Z.S., Guliyeva M.K., Tashmuhamedova B.E., Kamalova F.Z. Иммунологические особенности раннего восстановительного периода вторичного менингоэнцефалита у детей

Mukhitdinov Sh.T., Jurayeva F.R. Проблемы гельминтозов среди детей до 14 лет и организационные методы борьбы с ними в первичном звене здравоохранения

Samieva G.U., Karabaev H.E. Оценка активности про- и антиоксидантной системы в мембранах эритроцитов у детей с первичным и рецидивирующим ларинготрахеитом

UROLOGY

50 Isanova D.T., Tugchiyeva G.V. Result analysis of study about skin microflora the woman of fertile age with infections in urina tract

NEUROSURGERY

53 Gafurov Sh.B. The dynamics of neurological disorders in neurooncological patients in the postoperative period

56 Murodova D.S., Ahmediev M.M., Mirzabaev M.J., Tashmatov Sh.N. Possibilities and significance of modern neuroimaging in neurooncology

61 Saidov S.S., Mirzabaev M.D., Xolnazarov F.Kh. The surgical treatment of failed back surgery syndrome

SURGERY

65 Kasimov N.A., Holmatov E.B., Kasimov A.L., Musabayev H.T., Otakuziev A.Z., Usmonov H.Q., Holmirzaev A.B. Diagnostic aid hepatic echinococcosis and prevention measures for relapse

71 Nishanov F.N., Nishanova M.F., Tursunov B.K., Rustamov J.A., Hodzhimetov D.Sh. Justification decompression and gastrointestinal lavage area anastomoses in surgery of gastric ulcer and duodenal ulcer

75 Nishanov F.N., Otakuziev A.Z., Abdullajonov B.R., Kurbonov H.A., Galatov A.A. Optimization of surgical tactics at complications multiple echinococcosis abdominal

TRAUMATOLOGY

79 Bakiyev B.K., Azizov M.J., Nuratieva Kh.O. Clinical and instrumental methods meniscus damage of the knee joint

84 Raibayev D.R., Asilova S.U. Rehabilitation and prevention of complications after total hip arthroplasty

PEDIATRICS

87 Kamalov Z.S., Guliyeva M.K., Tashmuhamedova B.E., Kamalova F.Z. Immunological features of early recovery period secondary meningoencephalitis in children.

92 Mukhitdinov Sh.T., Jurayeva F.R. Problems of helminthiasis among children under 14 and organizational abatement techniques in primary care

95 Samieva G.U., Karabaev H.E. Evaluation of the activity of pro and antioxygen system in erythrocyte membranes in children with primary or recurrent laryngotracheitis

УДК: 616.33-002.44-089

ОБОСНОВАНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ЛАВАЖА ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Турсунов Б.К., Рустамов Ж.А., Ходжиметов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Муаллифлар яра касаллиги бор беморларда ўтказилган бирламчи ва қайта жарроҳлик амалиётида қўлланилган турли хил декомпрессив усулларни таҳлил қилишди. Габерер модификациясидаги ошқозон резекцияси Бильрот I бўйича-161 (58,1%), Габерер Финней модификациясидаги ошқозон резекцияси Бильрот I бўйича-95 (34,3%)ни ташиқил этади. Ҳазм қилиш тизимида ўн икки бармоқли ичакни қатнамшаслиги билан ўтказилган ташиқил 5,1% ташиқил қилди, яъни, 14 беморда. Ошқозон реконструктив резекцияси Ру Ибадов бўйича қилинган турли хил ташиқиллар 7 беморда (2,5%) ўтказилди.

Муаллифлар хулосасига кўра, эрта ташиқилдан кейинги жарроҳлик асоратларини олдини олиш мақсадида декомпрессив усулни қўллаш, амалиёт базаридан зоналарда функционал тинчликни яратиш, гипертензия ва стаз ҳолатини олдини олади.

Калит сўзлар: ўн икки бармоқли ичак, декомпрессия, зона, гастродуоденостомоз.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний, нередко сопровождается опасными для жизни осложнениями, такими как кровотечение, перфорация и т. д. [1,2,8].

Основным методом лечения осложненных форм ЯБДПК остается хирургический. При этом многие хирурги отдают предпочтение резекции желудка (РЖ) как наиболее радикальной операции [3,4].

Анализ данных литературы показывает, что главными недостатками традиционной РЖ является высокая послеоперационная летальность, достигающая в настоящее время 5-12,9% [5,6,9], удаление пилорического жома и нарушение порционной эвакуации пищи, встречающееся у 18-58,6% пациентов [2,7].

К наиболее частым ранним осложнениям операций на желудке относятся моторно-эвакуаторные расстройства оперированного желудка и кишечника, такие как анастомозит, гастроэроз, панкреатит и т. д. Однако до сих пор не сложилось единого представления об их характере и закономерностях развития [9].

Если учесть, что частота данных осложнений остается на сравнительно высоком уровне, эта проблема приобретает особую остроту и актуальность в настоящее время. Однако многие стороны этих осложнений с позиций профилактики до конца не изучены, о чем свидетельствуют публикации в отечественной и в зарубежной литературе [5,8].

SUMMARY

The authors analyze the nature of primary and repeated surgical interventions performed in patients with peptic ulcer disease who had used various techniques of decompression. Gastrectomy Billroth -I in the modification Gaberera - 161 (58.1%) and gastric resection Billroth -I in the modification Gaberer - Finney - 95 (34.3%). Operations aimed at off 12 duodenum from the act of digestion was 5.1%, which accounted for 14 patients. Reconstructive gastrectomy Roux Ibadova in its various versions made in 7 patients, or 2.5% of cases.

The authors conclude decompression methods can be widely used for the prevention of early postoperative complications, preventing the development of early postoperative hypertension and stasis phenomena, creating a functional comfort zone surgery.

Key words: duodenum, decompression, probe, gastroduodenostomy.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с ЯБДПК путем разработки, внедрения и совершенствования методов декомпрессии и определение их роли и места в профилактике ранних послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2008-2013 гг. на базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оперированы 277 больных. Все пациенты перенесли различные варианты первичных и повторных оперативных вмешательств.

Изучение характера первичных и повторных оперативных вмешательств, выполненных больным с язвенной болезнью, у которых использованы различные методики декомпрессии, показало, что наибольшее количество пришлось на операцию резекции желудка с сохранением дуоденального пассажа – у 256 (92,4%) пациентов, в том числе резекция желудка по Бильрот I в модификации Габерера выполнена 161 (58,1%), резекция желудка по Бильрот I в модификации Габерера – Финней – 95 (34,3%).

Операции, направленные на «выключение» двенадцатиперстной кишки из акта пищеварения, осуществлены у 14 (5,1%) пациентов, то есть значительно меньше, чем в группе больных с сохранением дуоденального пассажа. Реконструктивная резекция желудка по Ру – Ибадову в различных ее вариантах произведена у 7 (2,5%) больных (табл. 1).

Характер операций, выполненных больным с ЯБДПК

Таблица 1

Характер операции	Число больных, абс. (%)
РЖ по Б I	
Габерер	161 (58,1)
Габерер – Финней	95 (34,3)
РЖ по Б II	
Гофмейстер – Финстерер	14 (5,1)
Реконструктивная резекция желудка по Ру – Ибадову	7 (2,5)
Итого	277 (100)

Согласно возрастной классификации, принятой ВОЗ (1963), больные были разделены на четыре возрастные группы: 1-я группа – 15-24 года (юношеский возраст), 2-я группа – 25-45 лет (молодой воз-

раст), 3-я – 46-59 лет (средний, или зрелый возраст), 4-я группа – 60-74 года (пожилой возраст).

Распределение обследованных больных по полу и возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по полу и возрасту, абс. (%)

Пол	Возраст, лет				Всего
	15-24	25-45	46-59	60-74	
Муж.	26 (9,4)	115 (41,5)	62 (22,4)	10 (3,6)	213 (76,9)
Жен.	9 (3,2)	31 (11,2)	13 (4,7)	11 (3,9)	64 (23)
Всего	35 (12,6)	146 (52,7)	75 (27,1)	21 (7,6)	277 (100)

Таким образом, наибольшее число больных – 146 (52,7%) – было во 2-й возрастной группе, наименьшее – в 4-й – 21 (7,6%). Из обследованных больных мужчин было 213 (76,9%), женщины 64 (23%).

Распределение больных в зависимости от длительности язвенного анамнеза показало, что наибольшее число из них оперированы через 3-5 лет – 184 (66,4%), через 6-10 лет – 40 (14,4%), более чем через 10 лет – 53 (19,1%) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по длительности язвенного анамнеза

Пол	Длительность язвенного анамнеза, лет			Всего
	3-5	6-10	более 10	
Муж.	144 (51,9)	29 (10,5)	40 (14,4)	213
Жен.	40 (14,4)	11 (3,9)	13 (4,7)	64
Всего	184 (66,4)	40 (14,4)	53 (19,1)	277 (100)

Необходимо отметить, что в наших наблюдениях основную часть составили пациенты молодого и среднего, то есть наиболее трудоспособного возраста. Именно в этом возрасте выбор правильного первичного метода хирургического вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки решается неоднозначно.

Для получения более полного и детального представления о локализации и распространенности патологического процесса, помимо тщательного изучения анамнеза, подробного выяснения клинической симптоматики, общеклинических анализов, больным проводилось комплексное обследование.

В комплексе дооперационного обследования включали как общепринятые, так и специальные методы исследования, такие как изучения моторно-эвакуаторной функции желудка или ее культуры методом контрастной рентгеноскопии с компьютерной поддержкой; при косвенных признаках дуоденостаза производили дуоденографию в условиях гипотонии (рис. 1); эндоскопическое исследование; изучение кислотопроductive функции желудка аспирационно-титрационным методом и внутрижелудочной pH-метрии; по показаниям производилось УЗИ органов брюшной полости.

В этих условиях рентгенологическое исследование луковицы и постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки проводилось методом тугого заполнения с последующим применением дозированной компрессии. Обычно исследование выполнялось в вертикальном положении больного, при необходимости применяли полипозиционный, а для выявления недостаточности кардии с желудочно-пищеводным рефлюксом исследование проводилось в положении Тренделенбурга. Все это позволило в значительной степени уменьшить количество диагностических ошибок.

Для оценки эвакуаторной деятельности желудка рентгеноскопиво дополняли рентгенографией. Исследование проводили в динамике при тугом наполнении, через 60 и 90 минут, 2, 4, 6, 12 и 24 часа после приема контрастной массы. Если через 24 часа в желудке определялся барий, то исследование повторили через 48 и 72 часа.

Во всех случаях независимо от вида оперативного вмешательства мы считаем обязательным применение того или иного способа декомпрессии, особенно при выполнении повторной или реконструктивной операции, тем более, если планируется резекционный вид хирургической коррекции.



Рис. 1. Рентгеноконтрастная дуоденография с гипотонией (без зонда).

Выполнение первичных или реконструктивных резекционных операций, наложение новых анастомозов в условиях, когда имеется массивный спаечный или рубцовый процесс, отсутствие в большинстве случаев нормальной топографии и анатомии повышают вероятность возникновения ранних послеоперационных осложнений. Поэтому использование декомпрессии при первичных и повторных операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, особенно в области гастродуодено- или гастроэнтероанастомозов считаем обязательным.

До операции подготавливается зонд. Для этого на тонкой хлорвиниловой зонд (длиной до 1,5 м, шириной 4-6 мм, в качестве зонда используется одноразовая система для внутривенных вливаний) наносим микроперфорации по боковой стенке (диаметр 2-3 мм) на расстоянии 30-35 см (дистальный конец) в количестве 14-18.

Расстояние и количество микроперфораций могут меняться в зависимости от вида и количества анастомозов и корректируются по ходу операции. До операции в желудок вводится толстый желудочный зонд. После формирования задней губы анастомоза в просвет двенадцатиперстной кишки вводится дистальный конец стерильного зонда с боковыми отверстиями длиной до 20-25 см, доводя ее до тощей кишки.

Контроль проходимости, герметичности гастродуоденоанастомоза и гемостаза достигается путем промывания желудка и двенадцатиперстной кишки раствором фурацилина, чтобы полностью удалить излившуюся кровь и сгустки (желудочно-кишечный лаваж). Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости. Лаваж также проводили сразу после операции через зонд, установленный интраоперационно в первую петлю тощей кишки, не дожидаясь выхода больного из анестезии и восстановления у него самостоятельного дыхания. Для контроля эффективности метода ортоградной очистки желудочно-кишечного тракта от гемолизированной крови выполняли зондовую энтерографию путем введения контрастного вещества через зонд в первую петлю тощей кишки. С момента начала лаважа восстанавливался тонус кишечных петель, характерный перистальтический рельеф и пропульсивная активность, способствующая эвакуации гемолизированной крови из желудочно-кишечного тракта. После кишечного лаважа отмечалась отчетливая положительная динамика в виде нормализации парамет-

Проксимальный конец зонда привязывается к концу желудочного зонда, заранее введенного в желудок. Желудочный зонд извлекается вместе с проксимальным концом декомпрессивного зонда на нужном расстоянии и фиксируется на заднюю губу анастомоза тонким кетгутовым швом, а наружный конец зонда выводится через нос и прошивается к крыльям носа. Микроперфоративные отверстия должны располагаться одновременно выше и ниже наложенного анастомоза на расстоянии 10-8 см (рис. 2).

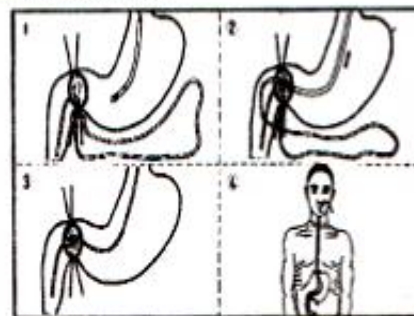


Рис. 2. Этапы введения декомпрессивного зонда (схема).

ров эндогенной интоксикации на фоне повышения эффективности нутритивной поддержки.

Окончательный вид поставленного декомпрессивного зонда после резекции желудка по методу Бильрот I в области анастомоза (рис. 3). Контроль гемостаза герметичности области анастомозов.

Благодаря этой методике нам удалось значительно снизить процент ранних послеоперационных осложнений.

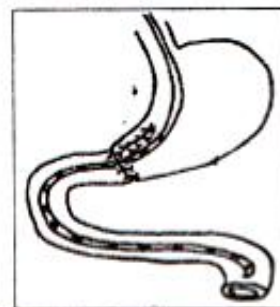


Рис. 3. Положение декомпрессивного зонда (схема).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рентгенологическое исследование после оперативного вмешательства проводилось в зависимости от показаний, но в среднем на 6-7-е сутки, так как именно в эти сроки чаще проявляется большинство осложнений. При рентгенологическом исследовании изучали время начала опорожнения контраста из культи желудка, рельеф слизистой оболочки, скорость и характер эвакуации контрастной массы.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 20 (7,2%) больных (табл. 4).

Наиболее часто наблюдались явления анастомозита – у 8 (2,9%) больных, нарушение моторно-эвакуаторной функции – у 6 (2,2%), кровотечения в просвет ЖКТ – у 4 (1,4%). Такое грозное осложнение как несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки имело место у 2 (0,7%) больных.

При возникновении осложнений декомпрессионный зонд, который в области анастомоза находился более 10 суток, использовали для проведения консервативных мероприятий.

Таблица 4

Ранние послеоперационные осложнения

Осложнения	Группа больных, абс. (%)
Несостоятельность	2 (0,7)
Анастомозит	8 (2,9)
Нарушения моторно-эвакуаторной функции	6 (2,2)
Кровотечения в просвет ЖКТ	4 (1,4)

ВЫВОДЫ:

1. Используемые нами методики декомпрессии культи желудка, области анастомоза и кишечника просты в технике исполнения, легко переносятся пациентами, для выполнения этих методик необходима использование специальных навыков, приемов и инструментах отсутствует.

2. Способы декомпрессии могут широко применяться с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, предупреждая развитие в раннем послеоперационном периоде явлений гипертензии. Эти преимущества и достоинства методики декомпрессии способствуют обратному развитию воспалительных изменений в «зоне интереса», создаются условия для лучшего заживления.

3. Постоянная декомпрессия в условиях оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки способствует более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции этих органов, что является профилактикой застойных явлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аталиев А.Е., Ходжибаев М.Х., Арифжанов З.Ш. и др. Анализ результатов ранней лапаротомии // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Материалы конф. – Ташкент; Фергана, 2001. – С. 148-150.
2. Афендулов С.А., Жураев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. – 2006. – №5. – С. 2630.
3. Белоногов Н.И., Куринный А.В., Смолькина

А.В. Профилактика пострезекционных анастомозитов // Хирургия-2000: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2000. – С. 46-47.

4. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения несложной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – №5. – С. 34-37.
5. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. – М.: Анта-Эко, 2005. – 352 с.
6. Мустяц А.П., Запорожец В.К., Ходырев В.Н. и др. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка в раннем послеоперационном периоде // Хирургия-2000: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2000. – С. 227-229.
7. Шаткин Ю.Г., Чалык Ю.В., Капранов С.В., Матвеева Е.Н. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения // Хирургия. – 2002. – 11. – С. 32-34.
8. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002 // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 2, №1. – P. 65-79.
9. Zapata-Colindres J.C., Zepeda-Gomez S., Montano-Loza A. et al. The association of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease // Canad. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 20, №4. – P. 277-280.