

Научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова
Акмолинская Государственная медицинская академия

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ХИРУРГИИ В
III ТЫСЯЧЕЛЕТИИ

ЧАСТЬ II



Астана – 2000

и при наличии лишь его подвижного основания, вес протеза 4 мг.

Проблема выбора лоскута для тимпаноластики барабанной перепонки длительное время находилась в центре внимания отохирургов. Многие авторы дают высокую оценку венозному лоскуту (В.М. Kramer, 1961; М.Р. Богомильский, 1967, 1969).

Б.Л. Французов (1964), Ю.А. Сушко (1964), А. Scheller (1970) предпочитали фасцию височной мышцы. В.В. Дискаленко (1996) широко и успешно применяет хондроперихондральные лоскуты.

Н. Schobel (1965); F.H. Kreuzbauer (1967) и др. применяли надкостницу сосцевидного отростка.

У оперированных нами больных, учитывая значительные разрушения барабанной перепонки, пластинчатый трансплантат покрывали надкостничным лоскутом (взятый с области сосцевидного отростка) после предварительного удаления ангулярного кольца с остатками барабанной перепонки. Поверх лоскута расправлялись заранее приподнятые края кожи наружного слухового прохода. Трепанационная полость сосцевидного отростка заполнялась мышечно-фасциальной частью заушного лоскута. Слуховой проход рыхло тампонировался марлевыми турундами с раствором антибиотика. На ухо накладывалась давящая асептическая повязка.

Обязательным условием для проведения тимпаноластики являлось наличие кондуктивного типа аудиограммы, удовлетворительная функция слуховой трубы, отсутствие воспалительных явлений кожи наружного слухового прохода.

Оценка конечного результата производилась по истечении 4-6 месяцев по мере истончения тимпанального лоскута.

Таким образом, анализ представленного материала еще раз подтверждает мнение ряда отохирургов о необходимости ранней хирургической санации уха при эпитимпанитах как метода профилактики внутричерепных осложнений, за которым стоит жизнь пациента.

Проведенный анализ на методе, предложенным Е.Н. Суриновым, наряду с другими имеющимися методами, подтверждает не только перспективность и целесообразность его применения, но в ряде случаев незаменимость при обширных деструктивных нарушениях в барабанной полости, сопровождающиеся кондуктивной тугоухостью.

Сочетанная перфорация двенадцатиперстной кишки и тонкой кишки при язвенной болезни

Фурсов А.Б., Миронюк Н.В.

Акмолинская государственная медицинская академия

По данным литературы сочетание перфорации хронической язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) и тонкого кишечника встречается крайне редко.

По нашим наблюдениям за 15 летний период частота подобных осложнений не превышает 1 случая на 8 - 10 тыс. операций, выполненных на органах брюшной полости. Причинами изъязвлений слизистой тонкого кишечника (так называемых "руфановских язв") у больных с язвенной болезнью ДПК могут быть сердечно-сосудистая, легочная недостаточность, недостаточность сосудов брыжейки тонкой кишки и т.д. Учитывая выше сказанное и скудность литературных данных, приводим собственное наблюдение.

Больной А., 36 лет (история болезни № 5791) поступил в клинику 28.08.1998 года с подозрением на перфоративную язву желудка через 3 часа от момента заболевания. Состояние средней тяжести, тахикардия до 80 в 1 мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Явления интоксикации не выражены, сухость во рту, язык с налетом. Живот при пальпации болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. На обзорной рентгенограмме наличие свободного газа в брюшной полости. В анализах крови: Нв - 146 г/л, Эр. - 4,21 x 10¹², Лейк. - 10,3 x 10⁹, СОЭ - 5 мм/г, П - 6, С - 70, э - 2, м - 5, л - 17. В экстренном порядке под общим обезболиванием произведена лапаротомия, ушивание перфоративной язвы ДПК по Опелло-Поликарпову, ревизия, санация, дренирование брюшной полости. На операции явления разлитого гнойно-фибринозного перитонита. Перфорация язвы по передней стенке ДПК. Послеоперационный период протекал относительно стабильно. Температура первые 2 суток до 38°C. Тахикардия, угнетение перистальтики. По дренажам из брюшной полости - серозное отделяемое. На 3 сутки самочувствие больного субъективно улучшилось. Дренажи из брюшной полости удалены 1.09.98г. Изменений в формуле крови нет. В анализе мочи: белок до 0,15 г/л, лейкоциты до 10 - 12 в п/з. Боли в животе сохраняются. 02.09.98г. из контрапертур из брюшной полости появилось кишечное содержимое. По жизненным показаниям произведена релапаротомия на которой обнаружено перфоративное отверстие тонкой кишки и множественные очаги трофических расстройств по всему тонкому кишечнику. Перфорация локализована в 100 см от связки Трейца, ушита шелковыми узловатыми швами. Брюшная полость санирована, дренирована. В корень брыжейки введены новокаин, гепарин, антибиотик, которые затем вводились регулярно в среднесуточных дозах.

Послеоперационный диагноз: Состояние после ушивания перфорации ДПК. Перфорация острой язвы тонкой кишки. Разлитой каловый перитонит. Недостаточность сосудов брыжейки тонкой кишки. В послеоперационном периоде состояние больного крайне тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию наступил летальный исход (2.09.98г). Результаты патологоанатомического исследования: хроническая язва ДПК с перфорацией в брюшную полость. Серозно-гнойный перитонит. Множественные "руфановские" язвы тонкого кишечника. Острый миелоз селезенки, множественные точечные кровоизлияния в слизистые и серозные оболочки.

Двусторонняя очагово-сливная, серозно-десквамативная пневмония, отек легких.
Причина смерти: интоксикация.

Данное наблюдение обращает на себя внимание тем, что дезагрегантные препараты начали вводить больному только во время релапаротомии. Патогенетической основой образования трофических расстройств в стенке кишечника являются микроциркуляторные нарушения в связи с изменением висцерального кровообращения. В последнее время стали обращать внимание на заболевания, вызывающие подобные изменения, а именно на хроническую ишемическую болезнь органов пищеварения (1). Хотя о прямой зависимости перфорации ДПК и тонкой кишки с данным заболеванием в нашем случае утверждать не корректно, тем не менее подобная вероятность не исключена. Для профилактики этих нарушений микроциркуляторного русла необходимо применение дезагрегантов и антикоагулянтов, особенно низкомолекулярных гепаринов, в частности фраксипарина, который обладает неоспоримым преимуществом перед стандартным гепарином. На наш взгляд начинать его применение у больных с язвенной болезнью наиболее обосновано интраоперационно, при выявлении признаков перитонита независимо от его тяжести.

Список литературы:

1. Савельев В.С., Петухов В.А., Кузнецов М.Р., Бычков С.Г., Ващенко Н.Е. Особенности висцерального кровообращения при хронической ишемической болезни органов пищеварения и дислиппротеидемии //Грудная и серд.сосуд. хирургия, 1999. - № 4. - С. 40 - 45.

Диагностика и интервенционные вмешательства при кистах почек

Хамзабаев Ж.Х., Байтурлин Ж.Г., Даутов Т.Б., Исмаилова Г.Н.

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова.

Кистозные заболевания почек - это наиболее часто встречающаяся разновидность аномалии структуры паренхимы почек. Частота данной патологии имеет тенденцию к росту, что связано, вероятно, не только с улучшением диагностики заболеваний, но и с более интенсивным воздействием вредных факторов окружающей среды (Лопаткин Н.А., Люлька А.В., 1987; Джарбусынов Б.У., 1995).

Несмотря на внедрение достижений научно-технического прогресса в клиническую урологию и связанное с этим традиционного подхода к диагностической тактике при многих заболеваниях почек, проблема диагностики и дифференциальной диагностики кистозных заболеваний почек далека от