

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бугаенко В.В., Слободской В.С., Товстуха В.В. Коморбидные состояния: ИБС и хроническое обструктивное заболевание легких. 2011. С.25-27.
2. <http://copd.about.com/od/complication/sofcopd/tp/10-Comorbid-Conditions-Associated-With-Copd.htm>. 2014 г.
3. Пульмонология. Национальное руководство РФ. Гл.ред.акад. А.Г.Чучалин. М., 2009, с. 304-305.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. Под ред. А.Г.Чучалина М.:Издательский дом «Атмосфера», 2008. 100 с., ил.
5. Черешнев В.А., Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н. Системное воспаление – миф или реальность, // Вестник Российской академии наук. 2004, т.74, №3, с.219-227.
6. Верткин А.Л., Скотников А.С., Губжокова О.М. «Коморбидность при хронической обструктивной болезни легких: роль хронического системного воспаления и клинико-морфологические ниши рофлумиласта». Лечащий врач 8/6. Москва. 2014. С.1-5.
7. Давидовская Е.И. Коморбидность при хронической обструктивной болезни легких. РМЖ. Москва. 2013. С.30-40.
8. Чучалин А.Г., Овчаренко С.И., Авдеев С.Н. и др. Место препарата Онбрез Бризхалер (индакатерол) в терапии хронической обструктивной болезни легких: заключение экспертного совета // Пульмонология. 2011. №6. С.124-125.
9. Мукатова А.М., Идрисов У.А. и др. Кардиоваскулярная патология при ХОБЛ. Терапевтические чтения. Труды республиканской научно-практической конференции. Алматы. 2008. С.57-60.



УДК 616-089-07

### ОТАДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРДЫҢ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Жұмабеков Ә.Т., Жәрменов С.М., Әбуов С.М., Зейдулла А.Б.*  
Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

#### ТҮЙІН

98 науқастардың отадан кейінгі асқынуларды емдеуде видеоэндоскопиялық технологияларды пайдалану тәжірибесі көрсетілген. Отадан кейінгі құрсақ ішілік асқынулары бар 185 науқастардың емінің нәтижелеріне талдау жүргізілді. Қайта жасалынған ота түріне қарай науқастар 2 топқа бөлінді. 1-ші топқа 98 пациенттер кірді, олардың отадан кейінгі асқынуларын емдеу үшін релапароскопия қолданылды, 2-ші топқа – 87 пациенттер кірді, оларға дәстүрлі релапаротомия жасалынды. Топтардағы леталдылық 2,1 және 10,3% құрады. Отадан кейінгі асқынулардың құрылымы: перитонит – 67 жағдай (36,2%), ерте ішек өтімсіздігі – 18 жағдай (9,7%), құрсақ қуысы абсцесстері – 17 жағдай (9,2%), өт ағу – 54 жағдай (29,2%), отадан кейінгі қан кету – 27 жағдай (14,6%), құрсақ қуысында бос сұйықтықтың жиналуы – 2 жағдай (1,1%). 1- топтағы науқастардың 95,9% жағдайда отадан кейінгі асқынулардың емінде лапароскопия негізгі ем әдісі болып табылды. Ал, 4 пациентке лапароскопия жасау барысында лапаротомияға көшуге көрсеткіштер туды.

**Түйін сөздер:** отадан кейінгі асқынулар, релапароскопия, релапаротомия, емнің тиімділігі.

Қазіргі таңда шұғыл хирургияда аз инвазивті технологиялар кеңінен қолданылуда, өйткені ота жасау кезінде жарақаттап алу қаупі төмен және құрсақ қуысы ағзаларының шұғыл сырқаттарын тексеруде нақты диагностикалау мүмкіндігі жоғары. Отадан кейінгі асқынуларды емдеуде көптеген хирургтар арасында видеолапароскопияны пайдалануға қызығушылықтың артуы, оның медицинаның дамығандығын және көптеп тәжірибе жи-

наудың арқасында екендігі белгілі. Қайталап жасалынатын видеолапароскопия отадан кейінгі абдоминалды асқынуларда талап етеді, ол өз кезегінде ургентті хирургияда 4-25,8% жағдайда кездеседі [1, 3, 5, 9]. Отадан кейінгі асқынуларды емдеуде дамитын сәтсіздіктердің себебі ең алдымен асқынуларды уақытылы анықтамау және кешіктірілген қайта ота жасау [9, 10]. Сондықтан аталған ақауды дер кезінде анықтау өзекті мәселе болып отыр. Отадан кейінгі асқынуларды ерте анықтап оны дер кезінде емдейтін диагностиканың және емнің кез келген жаңа әдістері тереңірек көңіл аударуды талап етеді.

Отадан кейінгі асқынулардың хирургиялық емінің сапалы қоры болып лапароскопия табылады, ол ерте кезеңде диагнозды анықтап, төмен дәрежеде жаракат талап ететін жағдайларда кеңінен қолдануға болады [2, 3, 7, 8].

**Мақсаты** – абдоминалды отадан кейінгі асқынулардың емінің нәтижесін эндохирургиялық технологиялар қолдану негізінде жақсарту.

**Мәліметтер мен әдістер.** Отадан кейінгі кезеңде құрсақ ішілік асқынулары кездесіп, құрсақ қуысы және құрсақ арты ағзаларына ота жасалынған 15–75 жастағы (100 ерлер мен 85 әйелдер) 185 пациенттердің ем нәтижелеріне талдау жасалынды. Ем әдістеріне сай пациенттер 2 топқа бөлінді: 1-ші топқа (негізгі, 98 адам) отада аз инвазивті технологиялар қолданылған пациенттер кірсе, 2-ші топқа (бақылау, 87 адам), релапаротомия жасалынған пациенттер кірді.

**Зерттеу нәтижелері мен алған нәтижелерді талқылау.** Мәліметтердің басым көпшілігін отадан кейінгі ішек өтімсіздіктері мен құрсақ қуысының абсцестері құрады. Егер отадан кейінгі перитонитті есепке алсақ, оның көп бөлігін инфекциялық асқынулар құрайды. Перитониттің жайылған және шектелген түрлерінде лапароскопиялық оталар 36 науқасқа (кесте 1), лапаротомиялар – 31 науқасқа жасалынды. Шектелген перитонит 20,7%, жайылған 79,3% жағдайларда диагностикаланды. Перитонит себебін жою және ойдағыдай лапароскопиялық санация 34 науқаста жүргізілді. 2 пациенттерде лапароскопия кезінде лапаротомия жасалынды. Отадан кейінгі перитонитте леталдылық 1-ші және 2-ші топтарда 5,5 және 29,0% құрады, бұл көрсеткіш әдеби мәліметтерге сәйкес [3].

*Кесте 1*

### Ерте отадан кейінгі кезеңдегі асқынулар

Ерте отадан кейінгі кезеңдегі асқынулардың этиологиясы	Пациенттердің саны	
	абс	%
Перитонит	36	36,7
Өт ағу	21	21,4
Қан кету	12	12,3
Ерте жабысқақты ішек өтімсіздігі	11	11,2
Абсцесстер	9	9,2
Сұйықтық жиналу	9	9,2
Барлығы	98	100

Құрсақ қуысы абсцесстері негізінен диафрагма асты (44,1%) және бауыр асты (32,2%) кеңістіктерде орналасты. Сирек жағдайда ішек ілмектері арасындағы абсцесстер (15,3%), кіші жамбас астауының абсцесстері (3,3%) және басқа жерде орналасқан абсцесстер (5,1%) құрады. Құрсақ қуысы ағзаларының абсцесстерімен 17 науқастардың 9 – на лапароскопиялық санация жасалынды, оның 7 жағдайы ойдағыдай болды. Лапаротомияға көшу ауқымды бауыр асты абсцесстері бар 2 пациенттерде қажеттілік туғызды. Алынған мәліметтер ашық хирургиялық әдістерге лапароскопиялық әдістердің балама тандауы бола алатындығын дәлелдейді. Абсцестің қабырғасы мен қуысын толық санациялау (пиогенді қабықтағы фибринді жамылғылар мен некрозға ұшыраған детриттерді алып тастау) жөнінен ультра дыбысты бақылаумен жасалынған дренаждауға қарағанда лапароскопия-

лық әдістің маңызы зор [6], оның маңыздылығы дәстүрлі хирургиялық әдіске қарағанда аз инвазивтігінде және жарақат жасау қаупінің төмендігінде.

Отадан кейінгі кезеңде өттің ағуы 54 адамда кездесті. Олардың ішінде бауырдан тыс өт жолдарының жарақаты басым болды. Өт перитониті дамыған жағдайда лапароскопиялық оталар шұғыл түрде жасалынды. Өттің шектеліп жиналуы (“билиомалар”) 11 пациенттерде кездесті, 10 пациенттерде жайылған өт перитониті анықталынды (кесте 2).

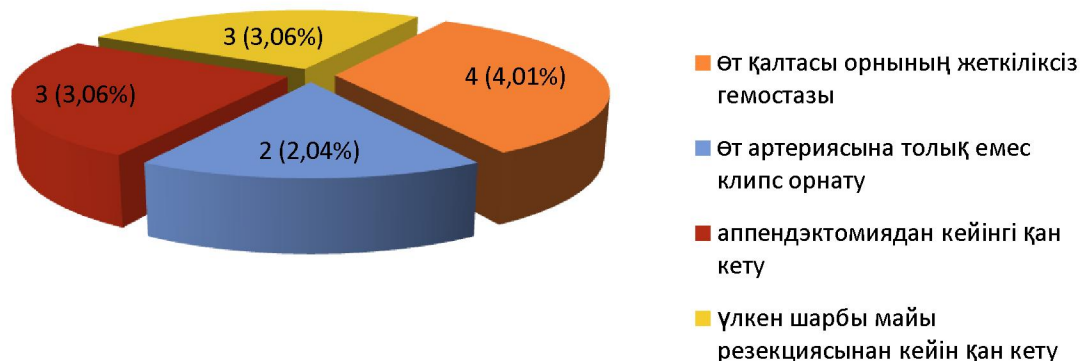
Кесте 2

### Өт ағудың себептері

Себептері	Науқастың саны	
	абс	%
Бауырдың беткейлік жарақат	3	14,3
Механикалық сарғаюда орнатылған сыртқы дренаждың босап кетуі	5	23,8
Өт қалтасы түтігінің құлтығының босап кетуі	11	52,4
Эхинококкэктомиядан кейінгі қалдық қуыстардың болуы	2	9,5
Қорытынды	21	100

(Өт ағудың диагностикасында барлық жағдайларда лапароскопия шешуші әдіс болып табылды, сол арқылы табылған асқынуды тез арада жоюға мүмкін болды. Өт ағу кезінде лапароскопиялық отаға қарсы көрсеткіш болып бауырдан тыс өт жолдарының жарақаты табылады, осы орайда бірқатар авторлардың пікірімен келісуге болады [6], сондықтан осындай сырқаты бар пациенттер 1-ші топқа кірмеді.

Қан кетуге байланысты жасалынған 12 пациенттердің барлығына лапароскопиялық гемостаз табысты жасалынды (сурет 1).

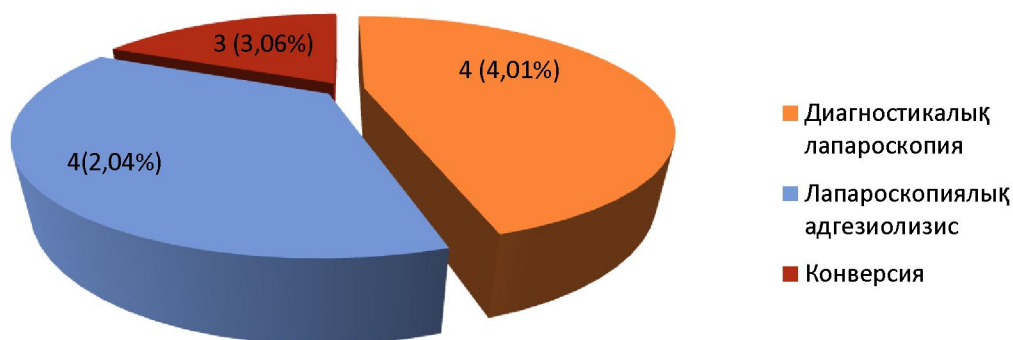


Сурет 1. Қан кетудің себептері

Отадан кейінгі қан кетуге күмән туған жағдайда отаға көрсеткіштер шектеулі болу керек деген пікірлер бар. Біздің пікірімізше лапароскопиялық оталарға қарсы көрсеткіштер, олар тұрақсыз гемодинамика және профузды қан кетулер. Осы топтағы 12 науқастардың де қан кету релапароскопия басталмай тұрып өздігімен тоқтап қалды. 8 пациенттерде отадан кейінгі бірнеше минуттан кейін қан кету орын алды, бөл өз кезегінде қайталап ота

жасау процессін жеңілдетті. Қан кету ошағын анықтау жиналған қанды аспирациялаудан кейін және манипуляторлар көмегімен ағзаларды шеткерірек бөліп қарау арқылы жүзеге асады. Хирургиялық тактика қан кетудің интенсивтілігіне, қанап жатқан тамырдың жарақат көлеміне тікелей байланысты. Бауырдан кеткен әлсіз қансырауларда гемостаз жасау үшін спрей-коагуляцияны қолданудың өзі жеткілікті. Оның көмегі болмаған жағдайда гемостатикалық сорғышты тігіп кету керек немесе атравматикалық инемен қан кету ошағын тігу қажет. Өт өзегі артериясына жеткіліксіз клипс орнатылған жағдайда қанап жатқан тамырды диссектормен қысып гемостазға қол жеткіздік. Анатомиялық ерекшеліктерін нақты анықтап алған кезде ғана клипс орнаттық. Соңғы уақыттарда біз 7 пациенттерде қан кетуді тоқтату үшін тамырды электрохирургиялық генератормен күйдіретін Liga Sure аппаратын пайдаландық. Лапароскопиялық гемостаз дәстүрлі жасалынған манипуляциялардан айтарлықтай айырмашылығы жоқ.

Ішек өтімсіздігінің 18 жағдайында 16 науқасында жабысқақты аурулар орын алды. Қалған 3 жағдайда ішек өтімсіздігінің себебі ретінде париетальді іш пердеде жасалынған терезе ішінде аш ішектің қысылуы, аш ішектің айналып кетуі, анастомоздың стриктурасы табылған. Жабысқақтар ең жиі перитониті бар деструктивті аппендицитке жасалынған оталардан кейін кездесті (16 науқас). Ішек өтімсіздігіне байланысты 11 науқасқа лапароскопиялық ота жасалынды (сурет-2).



Сурет 2. Отадан кейінгі ерте ішек өтімсіздігіндегі хирургиялық іс әрекеттер

4 жағдайда адгезиолизис ойдағыдай жасалынды. Қалған 3 (3,06%) науқастарда қатты, қозғалмайтын конгломераттың болуынан техникалық қиыншылықтарға байланысты лапаротомия жасалынды. Релапароскопия барысында 4 (4,01%) пациенттерде динамикалық ішек өтімсіздігі анықталды, сол арқылы керексіз релапаротомиядан бас тарттық. 1-ші топтағы науқастардың стационарда өткізген төсек күндері 7,2 тәулікті құраса, 2-ші топта 15,4 тәулікті құрады. Отадан кейінгі асқынуларды емдеуде лапароскопияны пайдалану наркотикалық анальгетиктерді қолдануды шектеп, стероидты емес қабынуға қарсы дәрілік заттарды қажет болғанда бірінші 2–3 тәулікте ғана пайдаландық. 2-ші топтағы науқастарда алғашқы 1–2 тәуліктерде айқын ауырсыну белгілеріне байланысты наркотикалық анальгетиктер пайдаланылды, қалған 5–7 тәуліктерде стероидты емес қабынуға қарсы дәрілік заттар тағайындалды.

Құрсақ қуысында шектелген сұйық жиналған кездерде ультра дыбысты бақылаумен жасалынған аз инвазивті іс әрекеттер үлкен роль ойнайды. Біздің зерттеуге ультра

дыбысты тексеру барысында құрсақ қуысында сұйық жиналған 2 пациенттер кірді. Реллапароскопия жасау барысында құрсақ қуысының санациясы ойдағыдай жасалынды.

Құрсақ қуысы абсцесстерінде, өт ағуларда, қан кетулерде және ішек өтімсіздіктерінде леталдылық болған жоқ.

**Қорытынды.** Видеолапароскопия отадан кейінгі құрсақ ішілік асқынуларды уақытылы анықтайды. Лапароскопия отадан кейінгі асқынуларды қатерсіз және тиімді емдеуді. Лапароскопиялық әдіс құрсақ қуысы қабырғасының бүтіндігін сақтай отырып асқынуларды тез арада анықтауда және қажет тактиканы таңдауда маңызды орын алады. Лапароскопия реоперациялардан кейінгі асқынулардың азаюына, өлім көрсеткішінің төмендеуіне, госпитализация ұзақтығының қысқаруына, өмір сүру сапасын жақсартуға, ауырсыну сезімінің тез басылуына, науқастың белсенді өмір сүру қалпына жылдам оралуын қамтамасыз етуге алып келеді.

## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Березов Ю.Е., Перминова Г.И. Неотложная лапароскопия в ближайшем послеоперационном периоде. Всероссийская научно-практическая конференция хирургов: Тезисы докладов. Саратов 1980; 25.

2. Головкова И.Г. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита в неотложной абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2006. 25 с.

3. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Андрейцев Ю.В. Лапароскопия в проблеме ранних послеоперационных внутрибрюшных кровотечений // Хирургия. 2007. № 6. С. 30–33.

4. Заверный Л.Г. Частота внутрибрюшных осложнений и реллапаротомий в раннем послеоперационном периоде // Вестн. хир. 1990. № 3. С. 131.

5. Зюбрицкий Н.М. Методы распознавания послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Вестн. хир. 1989. № 8. С. 143.

6. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия. 2003. № 8. С. 19–23.

7. Струсов В.В., Гайдуков В.Н., Магомедов М.Г. Реллапароскопия: концепция и алгоритм лечения послеоперационных осложнений абдоминальной хирургии // Эндоскоп. хирургия. 2002. № 5. С. 34–36.

8. Федоров А.В., Чадаев А.П., Сажин А.В. и др. Реллапароскопия в лечении послеоперационных осложнений // Хирургия. 2005. № 8. С. 80–85.

9. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Эрметов А.Т. и др. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в абдоминальной хирургии // Хирургия. 2007. № 8. С. 48–51.

10. Чернов Э.В., Качурин В.С., Ушкац А.К. К вопросу о структуре ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Сб. науч. работ врачей 442-го окружного военного клин. госпиталя им. З.П. Соловьева. СПб., 2001. С. 16–18.

11. Freys S.M., Fuchs K.H., Heimbucher J., Thiede A. Laparoscopic adhesiolysis. Surg Endosc 1994; 8: 1202-1207.

12. MacSweeney S.T.R., Postlethwaite Y.C. "Second-look" laparoscopy in the management of acute mesenteric ischaemia. Br J Surg 1994; 81: 90.

13. Peitgen K., Nimtz K., Heilliger A., Walz M.K. Offen Zugang oder Veress-Nadel bei laparoskopischen Eingriffen? Chirurgie 1997; 68: 910-913.

14. Slutzki S., Halpern Z., Negri M. et al. The laparoscopic second-look for ischemic bowel disease. Surg Endosc 1996; 10: 729-731.

## АННОТАЦИЯ

Представлен опыт применения видеоэндоскопических технологий в лечении послеоперационных осложнений у 98 больных. Проанализированы результаты лечения 185 больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями. В зависимости от способа повторного вмешательства больные разделены на 2

группы. В 1-ю группу вошли 98 пациента, у которых для коррекции послеоперационных осложнений применялась релапароскопия, во 2-ю – 87 пациентов, которым была выполнена традиционная релапаротомия. Летальность в группах составила 2,1 и 10,3% соответственно. Структура послеоперационных осложнений: перитонит – 67 случаев (36,2%), ранняя кишечная непроходимость – 18 случаев (9,7%), абсцессы брюшной полости – 17 случаев (9,2%), желчеистечение – 54 случаев (29,2%), послеоперационные кровотечения – 27 случаев (14,6%), жидкостные скопления брюшной полости – 2 случая (1,1%). Лапароскопия явилась окончательным методом лечения послеоперационных осложнений у 95,9% больных 1-й группы. У 4 пациентов в ходе лапароскопии были установлены показания к лапаротомии.

**Ключевые слова:** послеоперационные осложнения, релапароскопия, релапаротомия, эффективность лечения.

#### SUMMARY

The experience in the use of technology in videoendoscopic treatment of postoperative complications in 98 patients. Results of treatment of 185 patients with postoperative intra-abdominal complications. Depending on the method of intervention patients were divided into 2 groups. In Group 1 included 98 patients who had postoperative complications for the correction applied Relaparoscopy, the 2nd-87 patients who underwent traditional relaparotomy. Mortality in both groups was 2.1 and 10.3%, respectively. Structure of postoperative complications: peritonitis – 67 cases (36.2%), early intestinal obstruction – 18 cases (9.7%), abdominal abscesses – 17 cases (9.2%), bile leakage – 54 cases (29.2%), postoperative bleeding – 27 cases (14.6%), fluid accumulation abdomen – 2 cases (1.1%). Laparoscopy was the definitive method of treatment of postoperative complications in 95.9% of patients in Group 1. In 4 patients during laparoscopy were established indications for laparotomy.

**Keywords:** postoperative complications, relaparoscopy, relaparotomy, the effectiveness of treatment.



УДК 6/6. 136.46.007.271.035.2.

## ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

*Т. К. Кукеев, Ж. Т. Кукеева*

КазНМУ имени С. Дж. Асфендиярова

#### АННОТАЦИЯ

Описан случай диагностической ошибки в дооперационном периоде у больного, страдающего острой окклюзией верхней брыжеечной артерии. При внимательном анализе анамнестических данных: два года назад перенес острый илеофemorальный флеботромбоз левой нижней конечности, дважды после этого находился на стационарном лечении по поводу ПТФС (отечно-болевая форма) этой же конечности. Кроме того, больной в течении последних четырех лет находится под наблюдением НИИ кардиологии и внутренних болезней по поводу врожденной патологии печени «доброкачественная гипербилирубинемия – синдрома Жильбера». Все эти моменты послужили причиной поздней диагностики, а больной был взят на операцию почти в терминальном состоянии. Тщательный контроль за состоянием энтерального пищеварения в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, где проводится постоянная коррекция всех видов обмена веществ при непосредственной курации ведущего гастроэнтеролога. Благодаря тщательно разработанной диете у пациента с синдромом «укороченного кишечника» приходит на нет, вес стабилизировался, «диарейный синдром» наблюдается редко, полностью исчез «астенический синдром».

**Ключевые слова:** отсутствие патогномичных симптомов, интестинальный инфаркт, синдром Жильбера, ОРТК, обширная резекция тонкого кишечника, илеоцекальный сфинктер.

**Введение:** В общей системе гемоциркуляции мезентериальный кровоток играет значительную роль. Количество крови в кишечнике взрослого человека составляет от 30 до 40% всей циркулирующей крови; кровообращение кишок обеспечивается сосудами бассейна верхней и нижней брыжеечных артерий и вен. Причем основная часть кишечника (тощая, подвздошная, слепая и правая половина ободочной кишки) кровоснабжается верхней брыжеечной артерией.

Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) относятся к тяжелейшим заболеваниям и сопровождаются высокой летальностью (до 80% и более). Они возникают на почве эмболии на фоне атеросклероза, гипертонической болезни, ревмокардита (чаще всего) и на почве тромбоза (реже).