УДК[616.33+616.342+616.37]-006-089

Н.Р. ШИЛАНБАЕВ, С.Б. САПАҚОВ, М.С. АСАИНОВА
Жоғарғы медицина мектебі, №2 хирургиялық интернатура және резидентура кафедрасы

АСҚАЗАН – ҰЙҚЫ БЕЗІ – ҰЛТАБАР АЙМАҒЫНЫҢ ІСІКТЕРІ КЕЗІНДЕГІ КЕСУ ОПЕРАЦИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Асқазан, ұйқы безі мен он екі елі ішекті кесу операциясы өт жолдары, ұйқы безі, он екі елі ішек аймағының қатерлі ісіктерін емдеудегі негізгі түбегейлі әдіс болып табылады.
Ісіктердің үлкен тамырларға қақпа венасына, жоғарғы шажырқай венасына, төменгі қуыс венасына өсуі түбегейлі араласу операциясын жасау үшін ұйқы безін біріктірілген кесуге қарсы көрсеткіш болып табылмайды.
Панкреатодуоденальді кесу операциясының нәтижесін жақсартудың бірден – бір жолы операциядан кейінгі асқынуларды дер кезінде анықтау және қолайлы ем жүргізу болып табылады.
Түйінді сөздер: *ісік, өсуі, панкреатодуоденальді кесу, асқынулары, протездеу, жалпы өт өзегінің ампулярлы бөлігі.*

Панкреатодуоденальді резекция (Whipple операциясы) ұйқы безі бас бөлігінің, жалпы өт өзегінің периампулярлы бөлігінің және он екі елі ішектің үлкен емізігінің катерлі ісігі кезінде қолданылатын бірден – бір түпкілікті операция түрі болып саналады.
Алғашқы кесу операциясын Allessandro Codivilla 1898 жылы жасаған болатын, алайда тәжірибеге 1935 жылы Whipple және Child енгізген соң ғана қолданыла бастады.

ЖҰМЫСТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Асқазан ішек жолдарының қатерлі ісігі арасында периампулярлы аймақтың және ұйқы безінің басының ісігі төртінші орынды алады – 7-10 % -ға дейін. (Кулакеев О.К. 2008, Аксель Е.М. 2004, Давыдов М.И. 2000). Бұл ісік түрлері кезінде негізгі оперативті араласу болып гастропанкреатодуоденальді резекция, панкреатэктомия және папиллэктомия болып табылады (Патютко Ю.И. 2008, Копчак В.М. 2008, Кубышкин В.А. 2003, Bartoli F. 2001).
Операциядан кейінгі асқыну мен өлім, науқастардың ұзақ өмір сүрмеуі мәселенің өзектілігін көрсетеді (Еремеев А.Г. 2008).
Әдебиеттерге сүйенетін болсақ әлемде ісіктің жергілікті жайылуы кезінде кесу операциясы тек 9,7 – 36,1% жасалады (L.F. Hollender et al., 1981; J.M. Funovics et al., 1989; B. Launois et al., 1993; O. Ohashi et al., 1997; С.А. Касумьян и соавт., 2001; Я.Н. Шойхет и соавт., 2002).

ЖҰМЫСТЫҢ МАҚСАТЫ:

Панкреатодуоденальді аймақтың ісіктерінің магистральді қан тамырларына өсуі кезіндегі гастропанкреатодуоденальді кесу операциясының нәтижесін жақсарту.

ЗЕРТТЕУ МІНДЕТТЕРІ:

1. Панкреатодуоденальді кесу операциясы кезінде операциядан кейінгі ерте өзіндік асқынуларға алып келетін жағдайларды анықтау мен талдау жүргізу. Операцияға алуға болатынын анықтау критерийлерін әзірлеу.
2. Гастропанкреатодуоденальді кесу операциясына дайындық кезіндегі ауру түрін анықтау маңыздылығы мен құралдық әдістердің тиімділігін жетілдіру
3. Ісіктің шажырқай және қақпа венасына өсуі кезіндегі паркреатодуоденальді кесу операциясын жасауды жетілдіру.

ҒЫЛЫМИ ЖАҢАЛЫҒЫ

Гастропанкреатикодуоденальді аймағының ісіктері шажырқай венасына өсуі операцияға қарсы көрсеткіш болып табылмайды.
Гастропанкреатодуоденальді кесу операциясына дайындық кезіндегі ауру түрін анықтау мен құралдық әдістер жетілдірілді.
Гастропанкреатодуоденальді аймақтың ісіктерінің шажырқай венасына, қақпа венасына және төменгі қуыс венасына өсуі кезіндегі жасалатын операция түрі әзірленді.
Операцияның мәні шажырқай және қақпа венасын протездеу болып табылады. Оның сәтті болуы хирургтың біліктілігіне және құрал – саймандық қамтамасыз етілуіне тікелей байланысты.

ТӘЖІРИБЕЛІК МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Асқазан, ұйқы безі мен он екі елі ішек ісіктері кезіндегі науқастарға жасалған кесу операциялары жүйелі түрде жүргізілсе және жасалған зерттеулер арқылы анықталған нәтижелер ескерілсе, осы аурулармен ауыратын науқастарды хирургиялық жолмен емдеудің тиімділігі мен сапасын арттыруға, нәтижелерін жақсартуға, асқынуларды көп азайтуға көмектеседі.

ӘДІСТЕРІ МЕН МАҒЛҰМАТТАРЫ

Зерттеу 1 жыл көлемінде жүргізілді. Осы 1 жыл ішінде 13 Гастрапанкреатодуоденальді кесу операциясы жасалды. Әйелдер - 8; ерлер - 5;
Оның ішінде ГПДР – дың стандартты түрі 5, комбинирленген 3 , кең 8, Қалтқыны қалдырумен 2 науқасқа жасалған. Комбинирленген ГПДР – ның 1 науқасқа жоғарғы шажырқай мен қақпа венасына, 1 науқасқа қақпа венасына, 1 науқасқа төменгі қуыс венасына протездеумен жүргізілді.
Ұйқы безінің қатерлі ісігі – 5 науқас;
Фатеров емізікшесінің қатерлі ісігі – 6 науқас;
Ұйқы безінің басына өсіп кеткен он екі елі ішек ісігі - 1 науқас;
Жасалған гастропанреатодуоденальді кесу опеарция саны - 13.
Оның ішінде кең ГПДР-8; стандартты-5;
ГПДР ішінде қалтқы сақталуымен операция жасалғаны - 2;
Қан тамырлардың кесуімен жасалған кең ГПДР -2;
Операциядан кейінгі асқыну бір науқаста байқалды, онда өт қабы орнында қан кету түрінде болды, гемостазға релапаротомия арқылы қол жеткізілді.
Бір науқаста ұйқы безінің қалдығының некрозы дамыды – ол кезде релапаротомия жасалды, алайда науқас ерте операциядан кейінгі кезеңде қайтыс болды.
Қалған 12 науқас жағдайларының жақсаруына байланысты емін амбулаторлы жалғастыруға және онколог дәрігерлердің қарауына шығарылды.

НӘТИЖЕЛЕРІ

Осы 13 операциядан кейін әзірге өлім – жітім байқалмады. Барлық науқастармен байланыс орнатылған. Олардың ешқайсысында көңіл аударарлықтай шағымдар болмады.
Магистральді қан тамырлардың протездеуімен жасалған науқастар да қалған науқастар сияқты өздерін жақсы сезінуде. Олар тағайындауларға сәйкес доплерография жасап тұрады және қан тамырлардың өткізгіштігі сақталған.

ТАЛДАУ

Осы нәтижелерге сәйкес осы уақытқа дейін операцияға қарсы көрсеткіш болып келген гастропанкретодуоденальді аймақтың ісіктерінің магистральді қан тамырларына өсуі кезінде де оларды протездеу арқылы кесу операциясын жүргізуге болады және осы кесу операциясының ГПДР басқа түрлерінен жазылу жағынан ешқандай ерекшелігі жоқ. Олардың барлығында магистральді қан тамырларының өткізгіштігі сақталған.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии. – М.: Медицинская литература, 2006. – 505с.
2 Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2002. - 784 с: ил.
3 Аксель Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваемости и смерт- ности от злокачественных новообразований в 2000 году. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. – 85. — С. 106.
4 Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 375.

5 Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Данилов М.В. и др. Оценка мето- дов завершения панкреатодуоденальной резекции. //Хирургия, 2001. – 1. – С. 46—50.
6 Нестеренко Ю.А., Приказчиков А.В. Современные тенденции хи- рургического лечения больных раком поджелудочной железы. //Анналы хир. гепатол, 1999. – 4. – 2. – С. 13—21.
7 Оноприев В.И., Восканян С.Э., Рогаль М.Л. Пути улучшения непо- средственных результатов панкреатодуоденальной резекции при «неадаптированной» культе поджелудочной железы. //Анналы хир. гепатол, 2003. – №8. –С. 213—214.
8 Оноприев В.И., Мануйлов А.М., Рогаль М.Л., Восканян С.Э. Непосредственные результаты панкреатодуоденальной резекции с использованием концепетлевого панкреатоэнтероанастомоза. // Хирургия, 2003. – №5. – С. 24—30.
9 Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю., Сагайдак И.В. Пути улучшения переносимости гастропанкреатодуоденальной резекции. // Хирургия, 2002. – 10. – С. 29—32.
10 Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. – СПб.: Питер, 2005. – С. 416.
11 Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Мовчун А.А. и др. Панкреатодуоденальная резекция в лечении рака головки поджелудочной желе- зы и периампулярной зоны. //Анналы хир гепатол, 2002. – 7. – 1. – С. 32— 35.
12 Yang Y.M., Tian X.D., Zhuang Y. et al. Risk factors of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy.//World J Gastroenterol, 2005. – №11. – 16. – С. 24560—24561.

Н.Р. ШИЛАНБАЕВ, С.Б. САПАҚОВ, М.С. АСАИНОВА

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Резюме: Гастропанкреатодуоденальная резекция является одним из выгодных решений при опухолях желчевыводящих путей, области поджелудочной железы и двенадцатиперсной кишки.
Тем не менее при прорастании опухолей в портальную, верхнебрыжеечную и нижнекавальную вену можно проводит гастрапанкреатодуоденальную резекцию.
Одним из путей улучшения гастропанкреатодуоденальной резекции является своевременная диагностика и правильное лечение послеоперационных осложнении.
Ключевые слова: опухоль, прорастание, панкреатодуоденальная резекция, осложнении, протезирование, ампулярная часть общего желчного протока.

N.R. SHILANBAYEV, S.B. SAPAKOV, M.S. ASSAINOVA

IMPROVEMENT OF OPERATIONS FOR TUMORS THAT INFLUENCE ON PANCREAS, DUODENUM AND STOMACH ZONE AT ONCE

Resume: When the tumor of bilious ways in pancreas and a duodenal gut exists the most effective treatment is the pancreas duodenal resection. The germination of the tumors into the main vessels is not a contraindication to the pancreas duodenal resection, but on the contrary will be helpful to the patients. They live longer than those who are not operated. The pancreas duodenal resections are difficult technically and could give undesirable outcomes. One of the ways of improvement of the resection is timely diagnostic and the correct treatment of their complications.
Keywords: tumor, germination, pancreas duodenal resection, complication, prosthesis, the part of the ampullary common bile duct.

УДК 616.581-001.513-089.28+616-036,8

Б.А. БЕРДАВЛЕТОВ, У.М. АБУ ДЖАЗАР, И.Н. БАТЫРБЕКОВА, Р.Р. НИ
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. г.Алматы

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА

В статье авторы приводят результаты экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава 30 больным с переломами шейки бедра, пролеченных в 4 ГКБ г. Алматы за период с сентября 2012 г. по август 2013 г., т.е за один год . Мужчин было -10, женщин-20. Средний возраст пациентов -75 лет. Тотальное эндопротезирование применено в 20 случаях, биполярное -в 6. Больных поднимали на ноги на 2-ой или 3-ий день после операции. Послеоперационные швы снимали на 11-12 день. Среднее пребывание больных в травматологических отделениях составило -12,6 дней. Послеоперационное нагноение -1. Летальных исходов не было.
***Ключевые слова**: экстренное эндопротезирование. тазобедренный сустав.*

Во многих лечебных учреждениях эндопротезирование как метод лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний и последствий травм тазобедренного сустава получило широкое распространение. У людей пожилого возраста при консервативном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости летальность в первые полгода (средний срок сращения перелома) после травмы превышает 50% (Войтович А.В., 1994 г.) [Цит.А.С. Аврунин и соавт.], что обусловлено, в основном, осложнениями, возникающими в результате длительной гипокинезии. Оперативное вмешательство проводимое в ближайшее от момента травмы время, позволяет снизить этот показатель в 2-3 раза. Наиболее перспективным методом хирургического лечения для данного типа травм является эндопротезирование, выполняемое в порядке