

Выводы

1. Для успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями паренхиматозных органов является рациональное использование набора диагностических исследований с целью диагностики доминирующего повреждения, объема кровопотери и скорости кровопотери, что позволяет в кратчайшие сроки выработать четкие показания к определенному виду оперативного пособия.

2. Показания к экстренной первичной видео лапароскопии с возможным переходом на широкую лапаротомию:

– проникающие ранения живота при отсутствии показаний к лапаротомии; Закрытая травма живота при потере менее 500 мл крови и скорости кровопотери более 250 мл в час

– закрытая травма живота при потере 500 – 1000 мл крови до 20% ОЦК, скорости кровопотери менее 500 мл в час пульс не более 100 ударов в мин, систолическом АД не менее 100 мм рт. ст.

3. Показанием к лапаротомии служит обнаружение при ЛПС разрывов паренхиматозных органов.

4. При травмах паренхиматозных органов после оценки состояния пациента и оценки объема и скорости кровопотери диагностическим алгоритмом является УЗИ органов брюшной полости, диагностическая ЛПС, лечебная ЛПС и традиционная лапаротомия.

5. При легкой и средней тяжести состояния предпочтение следует отдавать лечебной ЛПС с органосохраняющими оперативными вмешательствами.

6. При тяжелой степени состояния больного показана традиционная лапаротомия.

Список литературы

1. Гарбузенко Д.В. Избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии / Д.В. Гарбузенко – Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2012. – 99 с.
2. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: руководство для врачей / А.С. Ермолов М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов. – Москва: издательский дом Видар – М. – 2010 – 504 с.
3. Сабиров Ш.Р. Органосохраняющие принципы гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов: диссертация... доктора медицинских наук. / Ш.Р. Сабиров – М., 2006. – 348 с.
4. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г., Каюмов Ф.А. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов, Ф. А. Каюмов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 224 с.
5. Чумаков А.А. Показания к клещебодинамическим видеолапароскопиям при проникающих ранениях брюшной полости / А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, А.Н. Хореев, С.В. Козлов // материалы второй научно-практической конференции хирургов северо-запада и 23 республики Корея совместно с Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. Проф. И.И. Джанелидзе. – Петрозаводск. – 2000. – С. 93-94.
6. Шевченко Ю.Л. Интраоперационное ультразвуковое исследование в частной хирургии / Ю.Л. Шевченко. – М., 2006. – 240 с.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ

Янбарисова Э.В, Гильмутдинов А.Р.

БГМУ, Уфа, e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Наблюдения проведены у 103 больных за 2010-2012 гг., оперированных по поводу различных заболеваний почки, приведшей к нефрэктомии. Всем больным проводились в динамике клинические анализы крови, мочи, УЗИ почек и ЭКГ исследования. Первую группу (62) составили больные, направленные непосредственно из стационарного этапа на санаторно-курортное долечивание. Во вторую группу вошли 41 пациентов, не получавших реабилитационные мероприятия в условиях санатория. Под влиянием комплексного санаторного лечения у большинства пациентов наблюдалась благоприятная динамика клинических проявлений в виде нормализации сниженного аппетита, исчезновения запоров и тошноты, астенического синдрома, отсутствие нарушений психоэмоционального статуса, повышенной утомляемости.

В группе сравнения, без курса санаторной реабилитации, в течение срока наблюдения у большинства пациентов отмечались астеноневротический, болевой синдромы, диспепсические нарушения.

Актуальность проблемы. В настоящее время частота нефрэктомий колеблется от 39% до 60% от общего числа выполняемых операций на почках, особенно при мочекаменной болезни.

Функциональное состояние оставшейся почки в послеоперационном периоде, в какой-то степени оказывается нарушенной, которая зависит от многих причин. У значительного числа пациентов развивается хронический пиелонефрит, нередко наблюдается нефролитиаз, реже – опухоли и туберкулез [1]. Выделительная функция единственной почки нарушается, часто возникает артериальная гипертензия (АГ), развивается ряд сопутствующих заболеваний, отягощающих общее состояние пациентов. Все это требует своевременной и эффективной реабилитации оперированных, что способствует первичной и вторичной профилактики ряда заболеваний единственной почки, а также экстранефральной патологии [2, 3].

Целью исследования являлась разработка эффективных комплексов восстановительного лечения больных после нефрэктомии с использованием минеральных вод с учетом клинико-функциональных особенностей послеоперационного периода.

Материал и методы. Наблюдения проведены у 103 больных за 2010-2012 гг., оперированных по поводу различных заболеваний почки, приведшей к нефрэктомии, среди которых наиболее частыми оказались: мочекаменная болезнь, острый осложненный пиелонефрит, осложненный гидронефроз, травмы и ранения почки. Средний возраст оперированных – 45,0±5,3 лет, женщин – 57, мужчин – 46.

Всем больным проводились в динамике клинические анализы крови, мочи, УЗИ почек и ЭКГ исследования. Определяли общий белок и белковые фракции, уровни креатинина и мочевины в сыворотке крови, клиренса эндогенного креатинина или скорости клубочковой фильтрации, концентрационной способности почки. По показаниям проводили хромоцистоскопию, внутривенную урографию.

В зависимости от проводимой терапии в отдаленном послеоперационном периоде, оперированные разделены на две группы.

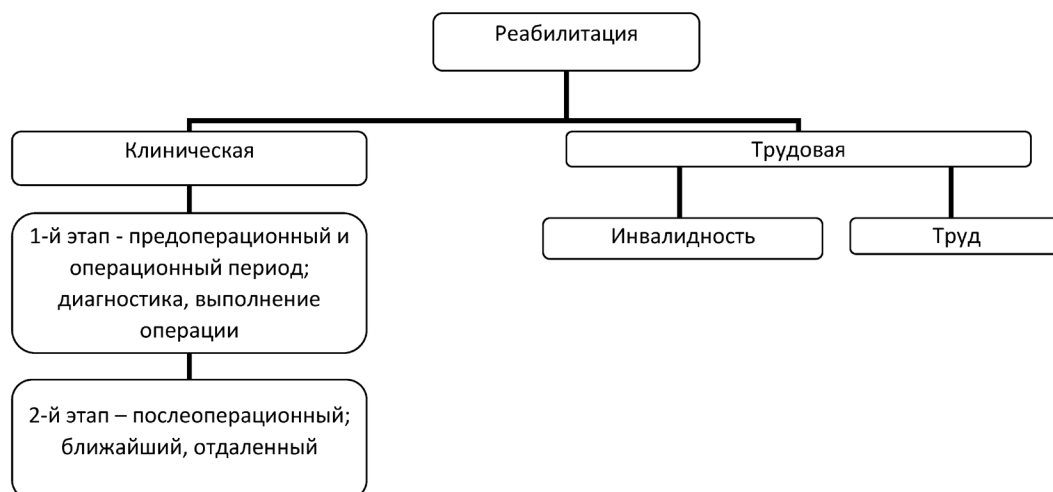
Первую группу (62) составили больные, направленные непосредственно из стационарного этапа на санаторно-курортное долечивание. Во вторую группу вошли 41 пациентов, не получавших реабилитационные мероприятия в условиях санатория.

Для восстановительной терапии для больных первой группы разработан лечебный комплекс, включающий лечебное питание по системе Института питания АМН РФ, режим двигательной активности, соответствующий состоянию больного, лечебную физкультуру, внутренний прием минеральной воды. Казанчинская минеральная вода (санаторий Танып), относящаяся к гидрокарбонатно-сульфатным натриево-кальциевым маломинерализованным водам, а также минеральные ванны из этой же воды.

Минеральная вода назначалась за 45-60 минут до еды 3 раза в день по 200-250 мл на каждый прием. Процедуры минеральных ванн проводились при $t=37^{\circ}\text{C}$ через день, 8-10 сеансов на курс лечения.

Больные второй группы (сравнения) наблюдались в амбулаторно-поликлинических условиях без получения специальных реабилитационных мероприятий.

Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistic for Windows v.6.0.



Результаты и обсуждение

Клиническую реабилитацию пациентов после нефрэктомии разделяем на 2 периода:

1. Предоперационный и операционный периоды включает установку и уточнение диагноза: подготовку пациента к операции, выполнение оперативного вмешательства и динамическое наблюдение.

2. Послеоперационный период (до 12 месяцев после операции) – включает лечебные мероприятия, проводимые пациенту после оперативного вмешательства до восстановления пациентом трудоспособности. В зависимости от тяжести состояния больного и функции единственной почки больным рекомендовали труд или инвалидность. Этот период включает 2 этапа:

– ближайший послеоперационный период (от момента окончания операции до 20 суток):

– отдаленный послеоперационный период (от 20 дней до 12 месяцев).

1 этап – предоперационный, включал в себя: оценку жалоб пациента, результатов обследований, помогающих врачу сформулировать клинический диагноз и определить показания к динамическому наблюдению и к операционному лечению. С целью снижения интра- и послеоперационных осложнений пациентам, проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, профилактика тромбозов. Эластическое бинтование нижних конечностей проводится всем пациентам без исключения.

2 этап: послеоперационный период включает лечебные мероприятия с момента операции до восстановления пациентом трудоспособности.

Первые сутки после операции всем больным назначалась диета № 0, со вторых суток – диета

№ 1, с последующим переходом с 3 суток на диету № 15 (по М.И. Певзнеру).

В раннем послеоперационном периоде проводилась обязательная постоянная катетеризация мочевого пузыря катетером Фоллея с целью устранения внутрипузырного давления и исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

При стерильном посеве мочи в раннем послеоперационном периоде используются цефалоспорины 2-3-го поколений (цефотаксим, цефтриаксон) по 1,0 г. х 1-2 раза, внутримышечно в суточных дозах, сроком 7-10 дней.

Активизация пациентов после выполнения нефрэктомии проводилась на 3-4-е сутки. Косметический шов снимался на 10-е сутки после операции. Больной выписывался на 20 сутки и направлялись на санаторный этап долечивания.

После выписки из стационара пациенты продолжали принимать по показаниям – уросептики, с регулярным контролем общего анализа мочи, с учетом результатов исследования посевов мочи (1 раз в две недели). Также по показаниям назначались спазмолитики и литолитики.

За время нахождения в санатории больные, после нефрэктомии, получали разработанную методику лечения.

При анализе лабораторных данных выявлено возрастание концентрации гемоглобина в крови, снижение креатинина крови, увеличение плотности мочи, увеличение минутного диуреза (табл. 1), что свидетельствуют об улучшении резервной функциональной возможности единственной почки.

Таблица 1

Влияние разработанного лечения на функциональное состояние единственной почки

Показатели	до лечения n=62	после лечения n=62	p
Клубочковая фильтрация (мл/мин)	101,4±2,9	100,3±2,7	>0,05
Канальцевая, мл/мин, реабсорбция %	95,5±0,1	98,4±0,1	<0,05
Креатинин крови мкмоль/л (ммоль/л)	120±0,02	90±0,01	< 0,05
Гемоглобин (г/л)	119,2±1,1	136,1± 1,2	<0,05

Результаты ультразвукового исследования почки показали, что размеры почки существенно не изменились, но толщина паренхимы среди больных увеличилась. Возможно, это связано с улучшением кровоснабжения почки, и повышением ее функциональной способности.

На фоне разработанного лечения отмечалось достоверное снижение АД: с $131,3 \pm 1,7$ до $120,6 \pm 0,9$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$). Кроме того, в конце лечения у большинства больных зарегистрировано уменьшение частоты сердечных сокращений, уменьшение степени депрессии сегмента ST, свидетельствующие об экономизации функции сердечно-сосудистой системы и улучшении метаболических процессов, способствующих улучшению кровоснабжения почки с увеличением ее резервной возможности.

Оценка общей эффективности разработанного лечения больных с единственной почкой выявила, что основная масса клинических, лабораторных и инструментальных показателей, характеризующих патологический процесс, в значительной степени улучшились. Вероятно, применение минеральной воды источника «Казанчинская» способствует усилению внутриорганического кровотока, клубочковой фильтрации, нормализует уродинамику, увеличивает диурез, не вызывает патологического раздражения структуры почки.

Минеральная вода способствует вымыванию из органов мочеполовой системы бактерий, гноеродных и слизистых субстратов, продуктов распада. Вследствие чего уменьшается степень активности воспалительного процесса; увеличиваются сниженные функции защитных коллоидов мочи выделяемых почкой и улучшается функциональное состояние почки; повышаются ее резервные возможности, снижается вероятность возникновения воспалительных заболеваний почки, мочекаменной болезни и другой сопутствующей патологии.

Субъективные ощущения больных свидетельствуют о существенном регрессе их жалоб на свое состояние, на улучшение качества жизни.

На раннем и позднем этапах проводилось комплексное обследование пациента, как в условиях поликлиники, так и в условиях урологического отделения.

При наблюдении больных в течение 12 месяцев после курса курортного лечения отмечено достоверное уменьшение частоты выявления астеноневротического синдрома ($p < 0,05$), диспепсии, отсутствие признаков возникновения какого-либо заболевания единственной почки (пиелонефрита, нефролитиаза и др.). Под влиянием комплексного санаторного лечения у большинства пациентов наблюдалась благоприятная динамика клинических проявлений в виде нормализации сниженного аппетита, исчезновения запоров и тошноты, астенического синдрома, отсутствие нарушений психоэмоционального статуса, повышенной утомляемости.

В группе сравнения, без курса санаторной реабилитации, в течение срока наблюдения у большинства пациентов отмечались астеноневротический, болевой синдромы, диспепсические нарушения. Лабораторные данные не претерпели существенной динамики по сравнению с днем выписки. Через год у 10 больных (25%) данной группы отмечались признаки пиелонефрита единственной почки, о чем свидетельствовали анализы мочи, в том числе по Нечипоренко.

Таким образом, курортное лечение способствует улучшению общего состояния, функционального состояния почки, вероятно, за счет улучшения уро- и гемодинамики, что способствует улучшению выделительной функции единственной почки и увеличению ее резервной возможности.

Выводы

Послеоперационный период после нефрэктомии характеризуется наличием функциональных нарушений единственной почки.

Применение минеральной воды Казанчинская внутрь и в виде минеральных ванн в комплексном санаторном лечении больных после нефрэктомии способствует улучшению уро- и гемодинамики, клубочковой фильтрации и возрастанию диуреза, повышению резервной функциональной возможности единственной почки, регрессу болевого и астено-вегетативного синдромов.

Санаторное лечение больных, перенесших нефрэктомию необходимо проводить в ранние сроки после операции, как средство повышения резервов здоровья, для профилактики заболеваний единственной почки и экстранефральной патологии, стабилизации психоэмоциональных нарушений.

Список литературы

1. Настюков В.В. Новые методы курортного лечения и диагностики больных с хроническими заболеваниями мочеполовой системы // Актуальные вопросы урологии и андрологии, Железноводск, 2002. – С. 92-93.
2. Справочник по санитарно-курортному отбору // под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2002.
3. Санаторно-курортное лечение: сборник нормативно-методической документации // под ред. А.Н. Разумова. – М., 2004.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Янбарисова Э.В., Бадретдинова Ю.А., Бадретдинов А.Ф.

БГМУ, кафедра хирургических болезней, МБУЗ ГКБ № 8, Уфа, e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях МБУЗ городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2010 по 2013 гг. В данной работе приводятся результаты хирургического лечения у 53 больных. Проведенный анализ показал, что лапароскопическая санация, применение лазеротерапии способствует купированию воспалительного процесса, уменьшает интоксикацию, раннему восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта.

В послеоперационном периоде у больных, которым проводилась программированная санация, не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, флегмоны забрюшинной клетчатки, кишечных свищей и аррозивных кровотечений.

Ключевые слова: Острый панкреатит, лапароскопия, повторные операции, лазеротерапия.

Актуальность. При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией, нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием аррозивных кровотечений [4, 5, 6, 7]. Патологические изменения в поджелудочной железе, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке при тяжелом некротическом панкреатите – невозможно полностью корригировать во время первичного оперативного пособия. Это указывает на необходимость применения программируемых санаций [1, 2, 3].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием программируемых минимально инвазивных хирургических технологий и лазеротерапии.

Материалы и методы. Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1-м и 2-м хирургических