

Аз енбелі әдістерді пайдаланудың және оның ары қарай дамуының арқасында панкреонекроз кезіндегі өлім жағдайларын 9,1% азайтуға мүмкіндік туды.

Негізгі сөздер: ұйқы безінің жіті қабынуы, ұйқы безінің өліеттенуі, уытсыздандыру, шағын ену, әдіс, өт, бұзылыстарды әдістерімен.

SUMMARY

**B.B. BAIMAKHANOV, Zh.N. KYZHYROV,
M.M. SAKHIPOV, A.T. CHORMANOV,
N.S. DOSZHANOV, Ch.T. SADYKOV,
N.B. ESENBEKOV**

*Kazakh National Medical University named after
S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital № 7, Almaty c.*

MINIMALLY INVASIVE MANAGEMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Introduction: Benefits of minimally invasive interventions compared to open surgery and experience with their application in order to drainage for acute necrotizing pancreatitis widely reported in the medical literature. Drainage of the free abdominal cavity and puncture and draining liquid accumulations produce limited as step suppurative complications, and in the step of sterile pancreatic necrosis.

The aim is the introduction of minimally invasive treatment of destructive pancreatitis.

Material and methods: Minimally invasive interventions, including both minimally invasive laparoscopic and puncture

– draining intervention under ultrasound guidance, and traditional surgical procedures used in treating SRI 189 patients with pancreatic necrosis were treated. In cases when laparoscopy also foreign exchange signs of pancreatic necrosis on the testimony of a therapeutic laparoscopic intervention: aspiration of fluid, and drain installation mikroirrigatorov Jay laparoscopic holetsistos tomii. Great importance for the diagnosis of pancreatitis had an extra biochemical peritoneal effusion.

Findings: There is a strong dependence letalnos ty of forms of pancreatitis and distribution process. Laparoscopy and puncture – draining intervention under ultrasound in patients with necrotizing pancreatitis allow you to use the entire set of interventions that have been previously employed at laparotomy. Patients with necrotizing pancreatitis local surgical treatment is shown only when the development of suppurative complications.

Conclusion: Use for the treatment of destructive pancreatitis minimally invasive ultrasound-guided interventions in the packing bag reduces the number of complications, reduce the period of treatment of patients in the department of intensive care tions and length of hospital stay. Through the use of minimally invasive techniques and the further improvement of its elements lethality of pancreatic necrosis is removed to reduce the elk 9.1%.

Key words: sharp pancreatitis, a detoxication, enzyme, bile, hemorrhagic, pancreatonecrosis.

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.5

**Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ, Г.Т. БЕРІСТЕМОВ, А.Б. АТАНТАЕВ, Д.Б. ҚАДЫРАЛИЕВ, Б. ҚАБЫЛ,
Н.Б. МАУЛЕНОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ, Ж.С. СМАГУЛОВА, Ж.А. ДҮЙСЕНОВА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.*

ӨТ ҚАБЫ МЕН 12 – ЕЛІ ІШЕК ЖЫЛАНКӨЗІ (тәжірибеде болған жағдай)

Тәжірибеде келтірілген қадағалау жедел бітелмелі ащы ішек өтімсіздігімен асқынған өт қабы мен 12 – елі ішек жыланкөзін анықтаудың күрделі екендігін көрсетеді. Дәл осы мысалда жасалған сияқты, хирург осындай жағдайларда түбегейлі операцияның орындалуына дайын болуы керек.

Негізгі сөздер: ащы ішек өтімсіздігі, жыланкөз, өт қабы, он екі елі ішек, асқыну.

Әр түрлі патологиялық үрдістері мен жарақаттардың салдарынан дамидын өт қабы мен өт жолдарының жыланкөздері деп – өт қабы мен өт жолдарының маңайындағы ағзалар және плевра қуысымен байланысы болып табылады.

Соның ішінде, соңғы жылдары өт жолдарының ішкі жыланкөзінің кездесу жиілігі жоғарылады. 60-жылдардың басындағы отандық әдебиеттерде өттің ішкі жыланкөзінің 200 жағдайы тіркелді [Васильев В.Н., Иванов С.Н., 1963], 2 жыл ішінде – 104 жағдай (1968-1969) – [Панченко Р.Т., Лежнев А.Н., 1973].

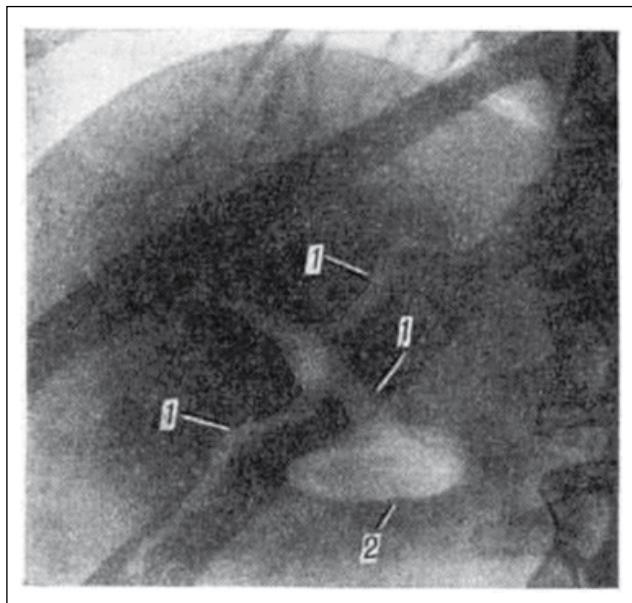
Өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің жоғарылау себебі өт тас ауруының көбеюіне, соған байланысты өт жолдарына жасалған оталардың санының жоғарылауына және оны анықтаудың жаңа әдістерінің (УЗИ, КТ, МРТ, МРСР, ЭРХПГ) дамуы болып табылады. Көптеген авторлар өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің санының жоғарылау себебі созылмалы холециститті емдеу кезінде антибиотиктерді көп қолданудан деп есептейді (Галицкий А.Б., Чалгановек А.И., 2006). Оларды бет алдына пайдалану өт қабы қабырғасының бұзылуын төмендетіп, сонымен қатар көрші ағзалардың өліеттенген ошақтарға тығыз жабысуына алып келіп, өт қабы қабырғасының көрші ағзаларға тесілуіне жағдай жасайды.

Көбінесе жыланкөз өт қабы мен 12 – елі ішектің арасында (холецистодуоденальды), жалпы өт өзегі мен 12 – елі ішектің (холедоходуоденальные), өт қабы мен көлденең тоқ ішектің арасында пайда болады (Ревякин В.И., Селиваненко А.В., 2007).

Клиникалық көрінісі науқастың негізгі ауру белгілерімен жасырын жүреді. Өт қабы мен өт жолдарының асқынуы ішектегі және асқазандағы заттардың бауыр өзегіне түсуінің салдарынан пайда болып, холангит, сирек бауыр абсцесі дамуына алып келеді. Өт қапшығының ішекпен патологиялық байланысуының салдарынан ішекке өт қабының ірі тастары түсіп, ол өз кезегінде ішектің бітелуі мен өтімсіздігін тудырады (Савельев В.С., 2006).

Өт қабы мен өт жолдары жыланкөзінің орналасқан орнын анықтау үшін рентген зерттеулері-бауыр аймағы мен өт жолдарының жалпы шолу рентгеноскопиясы мен рентгенографиясы жасалады (1 сурет). Онда өт жолдарында ауа анықталады. Дуоденография жасанды гипотония жағдайында жасалады.

Осы ауруға байланысты біз бір тәжірибелік жағдайды мысалға келтіреміз. **Науқас Д. 1939 ж.т.** Ауру тарихы №18786. Өт тас ауруы. Жедел калькулезды холецистит диагнозымен оперативтік емге жоспарлы түрде жатқызылды.



1 сурет – Өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің жалпы шолу рентгенограммасы: 1- өт жолындағы ауа, 2- 12 елі ішектегі газды көпіршік

Шағымдары: оң қабырға астындағы және эпигастрий аймағындағы айқын ауру сезіміне, уақытша жеңілдік алып келетін өтпен құсу, лоқсу, ауыздың құрғауы, ащы дәм болуы, әлсіздік, төбеттің жоғалуы.

Аурудың тарихы: уақыстың айтуынша 3 тәуліктен бері жоғарыда келтірілген шағымдар мазалаған. Өт тас ауруымен бірнеше жылдан бері ауырады.

Жалпы жағдайы: ауру сезіміне байланысты науқастың жағдайы орташа ауырлықта. Есі анық, ортаға дұрыс бейімделген. Тері жамылғысы мен көзге көрінетін шырышты қабатының түсі қалыпты. Тыныс алуы бірқалыпты, сырыл жоқ. Тыныс жиілігі минутына 19 рет. Жүрек үндері анық, соғуы дұрыс. АҚ -120/80 мм.с.б. Тамыр соғысы минутына 90 рет. Ұрғылау симптомы екі жақта да теріс. Диурез қалыпты. Нәжісі ретті, түсі қалыпты. Жергілікті көрінісі: тілі құрғақ, ақ жабындымен жабылған. Іші бір қалыпты, дұрыс пішінді, жоғарғы бөлігі тыныс алудан қалыңқырайды.

Қарап тексергенде іші жұмсақ, эпигастрий аймағында және оң қабырға астында ауру сезімді. Эпигастрий және оң жақ қабырға астындағы алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшық еті әлсіз қатайған. Щеткин–Блюмберг симптомы теріс. Бауыры мен көкбауыр ұлғаймаған.

Жүргізілген зерттеулер:

Құрсақ қуысының УДЗ нәтижесі: Өт қапшығы: 5,0*2,7 см. Өт қапшығының қуысындағы тастың көлемі 3,0 см., акустикалық көлеңкемен. Өт жоқ. Бауырдың сол жақ бөлігінің кистасы. Калькулезды холецистит. Тұйықталған өт қабы.

ФГДС қорытындысы: 12 – елі ішек пиязшығының дивертикулы, ойық жарамен асқынған, тесілуі? (жыланкөз?) Қатерлі ісік? Биопсия алынды. Сақталмалы атрофиялық гастрит. ДГР. Сақталмалы эзофагит.

КТ қорытындысы: КТ-суретінде жедел калькулезды холецистит, эмфизематозды холециститпен асқынған. Бауырдың шектелген ошақты зақымдануы-гемангиомаға сәйкес келеді Аэрохолия. Сақталмалы панкреатит. Оң жақ бүйректің кистасы. Тоқ ішектің механикалық өтімсіздігі. Долихосигма. Сигма тәрізді ішекте түзіліс? (2 сурет).

Ирригоскопия: Баугин қақпақшасының жеткіліксіздігі. Тоқ ішектің гипотониялық түрде кеңеюі. Сақталмалы тоқ ішектің қабынуы.

Құрсақ қуысының рентгенографиясы: Жіңішке ішектің салдануы.

Кеуде қуысының рентгенографиясы: Жағдайы патологиялық өзгеріссіз. Оң жақтық өкпенің төменгі бөлігінің қабынуы. Өкпеде іркіліс байқалады. Кеңірдектің сақталмалы қабынуы. Сол жүрекшенің ұлғаюы.

Лабораторлық зерттеулер нәтижелері:

ЖҚА: (13.11.13): гемоглобин – 152 г/л, эритроцит – $4,8 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 46%, лейкоцит – $22,4 \times 10^9$ /л.

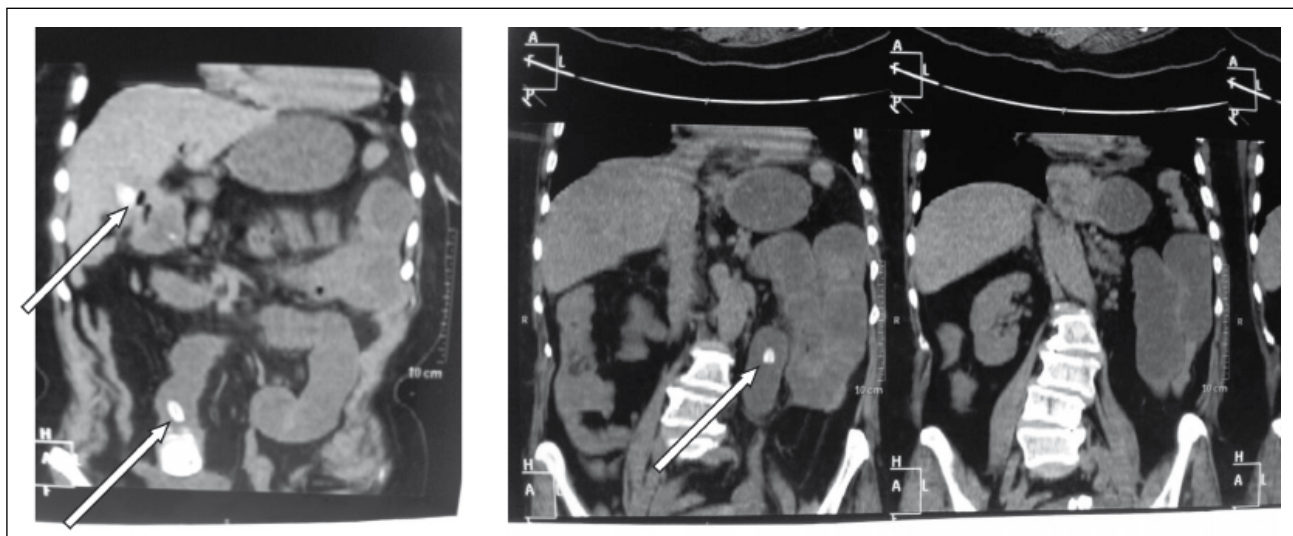
ЖЗА: (13.11.13): тығыздығы – 1030, рН – 5, лейкоцит – 500, белок – 0,75, глюкоза – 3, билирубин – 50, эритроцит – 25.

ҚБА: (13.11.13): мочевина – 11,31, креатинин – 145, глюкоза – 12,6, билирубин жалпы – 12,5, билирубин тікелей – 13,8, тимол сынама – 10,7, жалпы амилаза – 39,7.

Коагулограмма: АПТВ – 32,0; ПИ – 64,2%, ПВ – 15,0; МНО – 1,33; фибриноген А 4,5.

Отаға дейінгі диагноз: Өт тас ауруы. Сақталмалы калькулезды холецистит.

Ота жасау: жоғары/орталықты лапаротомия. Ащы ішек өтімсіздігін жою. Өт қабы –он екі елі ішек жыланкөзін жою,



2 сурет – Жедел калькулезды холецистит, эмфизематозды холециститпен асқынған. Ішектің ішіндегі тас

өт қабын алып тастау. Он екі елі ішек ақауын тігу. Құрсақ қуысын жуып тазалау және түтікше қалдыру.

Эндотрахеальды наркозбен, ота алаңын өңдегеннен кейін жоғары/ орталықты лапаротомия жасалды. Жалпы қарап шолуда: бауыр түсі өзгермеген, беті тегіс, шеттері домаланған, тығыздығы жұмсақ. Бауыр астылық кеңістікте жабысқақтар, үлкен шарбы майы бауыр астылық аймақта орналасып өт қабымен жабысқан. Өт қабы қатпарланған, өт қабы-он екі елі ішек жыланкөзі бар. Өт қабы қуысында тас байқалады. Жалпы өт жолы – ауқымды инфильтраттың әсерінен анықталмайды. Құрсақ қуысының басқа да ағзаларын қарап шолу кезінде Трейц байламынан 1 метр қашықтықта тауық жұмыртқасының көлеміндей тас анықталды, өт тасы деп бағаланды. Тас он екі елі ішекке дейін жылжытылды. Доғал және өткір жолмен өт қабы-он екі елі ішек жыланкөзі жойылды. Тас он екі елі ішектің тесігі арқылы алып тасталынды. Он екі елі ішек тесігі тігілді.

Гартман қалтасы мен бауыр он екі елі ішек байлам аймағының айқын ісінуіне байланысты, өт қабын алып тастау түбінен жүргізілді, сонымен қатар өт қабы қалтасы болбыр болғандықтан бөлшектеніп алынды. Техникалық қиындықтарға байланысты өт қабы өзегі мен өт қабы артериясы жеке байланды. Өт қабының орны элетронды коагулятормен өңделіп, қан тоқтатуға арналған субстанция «Тахокомб» қойылды. Қан тоқтату мен өттің ағуын тексерген кезде өт қабының орны құрғақ. Бауыр асты кеңістікті жуып тазалау және түтікше қалдыру. Жараға іш қабаттары бойынша тігіс салынды, спирттік және асептикалық таңғыш қойылды. Макропрепарат: Өт қабы бөліктері.

Отадан кейінгі диагноз: Жедел бітелмелі ащы ішек өтімсіздігі (өт тасы). Өт тас ауруы. Сақталмалы калькулезды холецистит, реактивті панкреатит. Өт қабы мен он екі елі ішек жыланкөзі.

Науқас операциядан кейін 15-і тәулікте жағдайы жақсы қалпында үйіне шығарылды.

Қорытынды: Асқазан-ішек ауруларының ішінде өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзі өте сирек кездесетін жағдай (0,59%), дұрыс диагноз ота жасауға дейін 51,2% науқаста қойылады. Осы тәжірибелік жағдай өт қабы мен он екі елі ішек жыланкөзі сирек кездесетін болғандықтан анықталуы

қиын екенін, ота жасаудың сипаты жыланкөздің түріне байланысты болатынын көрсетеді.

РЕЗЮМЕ

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Г.Т. БЕРИСТЕВ, А.Б. АТАНТАЕВ, Д.Б. КАДЫРАЛИЕВ, Б. КАБЫЛ, Н.Б. МАУЛЕНОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ, Ж.С. СМАГУЛОВА, Ж.А. ДУЙСЕНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ХОЛЕЦИСТО-ДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Приведенное наблюдение показывает сложность диагностики холецисто-дуоденального свища, осложненного желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью в дооперационном периоде. Хирург должен быть готов в таких ситуациях к выполнению радикальной операции, что и было сделано в данном случае.

Ключевые слова: тонкокишечная непроходимость, свищ, желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка, осложнения.

SUMMARY

Zh.N. KYZHYROV, G.T. BERISTEMOV, A.B. ATANTAEV, D.B. KADYRALIEV, B. KABYL, N.B. MAULENOV, N.B. ESSENBEKOV, Zh.C. SMAGULOVA, Zh.A. DUISENOVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital №7, Almaty c.

CHOLECYSTO-DUODENAL FISTULA COMPLICATED GALLSTONE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Thus, given the complexity of the diagnostic observation shows cholecysto-duodenal fistula complicated gallstone small bowel obstruction in the preoperative period. The surgeon must be prepared in such situations to perform radical surgery that is done in this case.

Kew words: small bowel obstruction, fistula, gallbladder, duodenum, complications.

УДК 616.27:616.34-009

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Г.Т. БЕРИСТЕВ, Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫКОВ, Н.Б. МАУЛЕНОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В работе анализируются результаты обследования и лечения 107 больных с острым панкреатитом (ОП), из них с деструктивным панкреатитом 27 (25,2%) больных с января по июнь 2013 года. При тяжелом ОП установлено, что лечение этих больных должно быть комплексным и может быть эффективно проведено в отделении реанимации, поскольку оно включает методы интенсивной консервативной терапии, методы активной экстракорпоральной детоксикации, малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, детоксикация, фермент, желчь.

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) как в Казахстане, так и за рубежом, неуклонно растет. Доля пациентов с деструктивным панкреатитом составляет 15 – 20%. При этом летальность в зависимости от объема некроза сохраняется на уровне 20% и выше [1, 2, 3, 4, 6, 11]. Широкий диапазон колебаний общей и послеоперационной летальности при ОП обусловлен рядом причин: 1) несвоевременной диагностикой ОП и его ослож-

нений; 2) отсутствием единых согласованных взглядов на классификацию, оценку степени тяжести и прогноза заболевания; 3) отсутствием общепринятых объективных критериев выбора лечебной тактики; 4) стихийностью в использовании многочисленных методов консервативного лечения и оперативных вмешательств; 5) выполнением необоснованно “ранних” или “запоздалых” оперативных вмешательств; 6) противопоставлением миниинвазивных