

21. The role if the fetal immune system in the pathogenesis of RhD-hemolytic disease of newborns / P. Gurevich, S. Erina, S. Gershon, I. Zusman // Hum-Antibodies. – 1997. – N 8(2). – P. 76-89.

ВАРИАНТЫ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПАХ БОЛЬНЫХ

КАПШИТАРЬ А. В.

доктор медицинских наук,

профессор кафедры хирургии и анестезиологии ФПО

КАПШИТАРЬ А. А.

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры общей хирургии и ухода за больными

Запорожский государственный медицинский университет

г. Запорожье, Украина

Лапароскопия (ЛС) является неотъемлемой частью диагностического процесса в неотложной абдоминальной хирургии у больных с атипичной и стёртой клинической картиной и отрицательными или малоубедительными результатами других дополнительных методов исследования [1, с. 39; 10, с. 57]. Используют две методики ЛС, одна из них разработана Kelling с предварительным наложением пневмоперитонеума, вторая методика – О.С. Кочневым (1988). Вопрос о показаниях и противопоказаниях по ряду положений остаётся дискуссионным [4; 5; 9, с. 359-370]. Одним из спорных вопросов является возможность применения ЛС при ожирении [2; 3; 5; 6]. Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют, что выполнение ЛС при ожирении технически более сложно из-за толщины передней брюшной стенки, присущ риск ятрогенного повреждения абдоминальных органов, ограниченный объём свободной брюшной полости, гипертрофированный большой сальник, создающий трудности визуализации, чаще возникают кровотечения из передней брюшной стенки, гнойно-воспалительные осложнения и др. [2; 3; 8]. В связи с вышеизложенным большинство хирургов ожирение III-IV степени относят к относительным противопоказаниям к ЛС [2; 4; 5; 8], другие – считают ожирение любой

степени противопоказанием к ЛС [6]. В процессе приобретения опыта ЛС исследований круг противопоказаний суживается и в настоящее время ряд хирургов в перечне противопоказаний: ожирение не упоминают [1, с. 39-42; 7, с. 76-77; 9, с. 359-362; 10, с. 57-60]. Однако, в своих публикациях, они не указывают также и на трудности, особенности проведения методики ЛС, не акцентируют внимание на технических приёмах для их преодоления [1, с. 39-42; 7, с. 76-77; 9, с. 359-362; 10, с. 57-60]. До настоящего времени отсутствуют описания методик ЛС применительно к различным конституциональным типам больных.

Цель исследования: разработать варианты методики лапароскопических исследований при различных конституциональных типах пациентов для клинического применения и этим исключить противопоказания.

Материал и методы.

В клинике хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ проведен анализ лапароскопических вмешательств у 230 больных с острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, а также травматическими повреждениями органов брюшной полости, при нечёткой клинической картине и отрицательных результатах лабораторно-биохимических исследований, обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полостей, ультразвукового исследования, фиброгастроуденоскопии, лапароцентеза. Мужчин было 124 (53,9%), женщин – 106 (46,1%) в возрасте от 18 до 89 лет.

Лапароскопия выполнена аппаратом фирмы «Karl Storz» (Германия) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. С целью обезболивания у большинства пациентов – 201 (87,4%), исследование осуществлено под местной анестезией 0,25% раствором новокаина и у 29 (12,6%) – под общим обезболиванием.

Согласно поставленной цели исследования всем больным выполнили антропометрические измерения. По полученным результатам пациентов условно разделили, согласно классификации М. В. Черноруцкого, который выделяет три конституциональных типа (нормостенический, астенический, гиперстенический). К I (нормостеническому) конституциональному типу отнесли 73 (31,7%) больных, II (астеническому) типу – 34(14,8%) и III (гиперстеническому) типу – 123 (53,5%). Сопутствующие заболевания в виде ИБС, гипертонической болезни, сахарного диабета и других определены у 95 (41,3%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Проведенные антропометрические измерения у астеников выявили преобладание продольных размеров над поперечными. Эпигастральный угол острый. Подкожно-жировой слой развит слабо.

У гиперстеников преобладали поперечные размеры над продольными. Надчревный угол тупой. Толщина подкожно-жировой клетчатки была довольно значительной, а у 58 (47,2 %) больных характеризовалась наличием «отвислого живота» в виде фартука. Общая же толщина передней брюшной стенки колебалась от 3,5 до 8,5 см.

Нормостеники представляли собой средний тип и характеризовались пропорциональностью основных размеров тела и правильным соотношением в строении. Подкожно-жировая основа развита умеренно.

Следовательно, гиперстенический и астенический типы являлись крайними вариантами конституциональных типов.

У нормостеников и астеников пупок располагался на середине расстояния между мечевидным отростком и верхним краем лонного сочленения. Подкожно-жировая клетчатка имела нормальную толщину или была истончена.

У гиперстеников пупок локализовался на границе средней и нижней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и верхний край лонного сочленения. Подкожная жировая клетчатка была выражена в достаточной степени.

Нами стандартизирована методика выполнения лапароскопии согласно конституциональным типам больных с целью улучшения диагностических возможностей метода. Местом введения полого манипулятора, с последующим наложением пневмоперитонеума, для всех трех конституциональных типов была точка Goetre, соответствующая границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и левую передне-верхнюю ость подвздошной кости. В этой точке вначале производили прокол передней брюшной стенки троакарном, извлекали стилет. В последующем по гильзе троакара в брюшную полость вводили полый манипулятор и накладывали пневмоперитонеум.

Различия касались точки для введения лапароскопа. У нормостеников и астеников прокол брюшной стенки выполняли в левой нижней точке Kalk троакарном на фоне пневмоперитонеума и проводили лапароскоп в брюшную полость после извлечения стилета. У гиперстеников лапароскоп

вводили в левой верхней точке Kalk. Осуществляли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр в положении Фовлера, Тренделенбурга, боковом и др., выполняя при необходимости дополнительные инструментальные диагностические манипуляции полым манипулятором под контролем лапароскопа.

Полученные результаты лапароскопических исследований позволили констатировать, что при наличии нормостенического и астенического конституциональных типов больных, каких либо диагностических трудностей во время исследования не было.

У гиперстеников в процессе лапароскопии обнаружен значительной толщины и размеров большой сальник, подвижность которого была ограниченной, невзирая на полипозиционный осмотр. В связи с этим с целью осмотра интересующих областей применяли манипулятор. Однако, у 97(42,2%) пациентов большой сальник полностью закрывал подпечёночное пространство, печёночный угол ободочной кишки, правую подвздошную область, не поддавался смещению и не открывал для осмотра органы брюшной полости. У этих больных применили разработанный способ, заключающийся в следующем. В горизонтальном положении, сняв фиксирующие ремни, пациента поворачивали на левый бок до угла 90° к плоскости стола, переводили в положение Фовлера или Тренделенбурга и, используя манипулятор, смещали большой сальник и визуализировали закрытые последним органы брюшной полости, локализовавшиеся в ранее не доступных осмотру выше указанных областях. В созданном положении большой сальник и слепая кишка под действием значительно большей силы смещались вниз, обнажая переходную складку брюшины правого бокового канала, латеральную и другие стенки желчного пузыря.

Лапароскопия у гиперстеников должна проводится быстро из-за возможного развития или ухудшения дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, особенно опасным для них является длительное нахождение в положении Тренделенбурга. Ситуация ухудшается у пациентов пожилого и старческого возраста с наличием таких сопутствующих заболеваний как ИБС, сердечно-сосудистая недостаточность, аритмия, состояния после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта и др.

По результатам проведенной лапароскопии у 175 (76,1%) больных диагностированы острые хирургические и гинекологические заболевания, травматические повреждения органов брюшной полости, у 55(23,9%) –

исключены. В неотложном порядке лапаротомия выполнена у 63(36%) пациентов, малотравматичные лечебные лапароскопические вмешательства – у 112(64%). Осложнения развились у 8 (3,5%) больных гиперстенического типа (нагноение раны-4, подкожная эмфизема-3, повреждение большого сальника-1). Все они ликвидированы с помощью консервативных методов.

Выводы:

1. У пациентов с нечёткой клинической картиной неотложной абдоминальной хирургической и гинекологической патологией, которым выполнены диагностические лапароскопические вмешательства, выявлены три конституциональных типа.

2. Разработанная и использованная методика лапароскопии согласно I, II, III конституциональных типов позволила у 76,1% больных установить патологию и у 23,9% – её исключить.

3. Лапароскопия позволила своевременно определить показания к неотложной лапаротомии у 35,6% пациентов и малотравматичным лечебным лапароскопическим вмешательствам – у 64,4%.

Список использованных источников:

1. Диагностическая лапароскопия при травме живота и критических состояниях (обзор литературы) / Г.М. Рутенбург, С.Ю. Пузанов, Д.Ю. Богданов, А.М. Алишихов // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – № 4. – С. 39–42.
2. Лапароскопия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.medicalj.ru.
3. Лапароскопия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: znai.u.ru.
4. Лапароскопия в Киеве: описание, показания, противопоказания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.laparoscopia.com.ua.
5. Лапароскопия, лапароскопическая операция, стоимость, противопоказания, безопасность / ОДМУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.odmu.od.ua.
6. Общая и лапароскопическая хирургия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: viva-clinic.com.ua.
7. Пронін В.О. Патологія червоподібного відростка та апендектомія / В.О. Пронін, В.В. Бойко. – Х.: СІМ, 2007. – 171 с.

8. Хирургические операции, комфортная хирургия – Лапароскопическая хирургия (лапароскопия) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.lhirurgia.com.ua.
9. Хирургия острого живота / Под ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. – 512 с.
10. Хирургия повреждений печени / В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Р.Р. Удербаяев и др. – Х.: СПД ФЛ Степанов В.В. – 240 с.

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ЗА ДАНИМИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З РОЗЩІЛИНАМИ ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ

КОГАН Л. Б.

аспірант

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність. Носо-ротове дихання призводить до змін в рідкому середовищі порожнини рота, до випаровування слини, збільшення її в'язкості, а також негативно впливає як на емаль зубів, висушуючи її, що сприяє підвищеному відкладанню зубного нальоту, так і на тканини пародонту, викликаючи запалення в них. У дітей з вродженими вадами ЩЛД захворювання пародонту зустрічаються у вигляді гінгівіту, пародонтального синдрому та ранніх стадій пародонтиту. Ознаки ураження тканин пародонту виявлялися у 86,2% дітей з даною патологією, що в 2-2,5 рази було вище, ніж у здорових. Авторами виявлено корелятивна залежність між тяжкістю ураження тканин пародонту, видом вродженої патології та аномаліями прикусу. Основними факторами зумовлюючими високу розповсюдженість та інтенсивність карієсу зубів, хвороб пародонту у дітей з вродженою розщілиною піднебіння є зниження резистентності емалі, незадовільний гігієнічний стан порожнини рота та тривале користування ортодонтичними і ортопедичними апаратами. [3, 22]. Наявність патологічного сполучення ротової та носової порожнин двома ізольованими біотопами створює умови для змішування двох мікробіоценозів, що також є причиною збільшення ураженості тканин пародонту [2, 34].