

спондилита титана, значительно улучшает результаты хирургического лечения дегенеративных поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника по сравнению с аналогичными с применением аутокости.

Выводы. 1. В сравнении с аутокостным спондилодезом, спондилодез пористым никелидом титана обеспечивает первичную жесткую стабильность фиксации позвоночно-двигательного сегмента, что позволяет рано активизировать пациентов. Это сокращает сроки пребывания в стационаре, предотвращает возникновение осложнений, связанных с длительным постельным режимом, особенно у лиц пожилого возраста.

2. Пористые импланты из никелида титана коррозионно стойки, немагнитны. Исключается травматичность оперативного лечения, так как нет необходимости в аутокости (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).

3. Исключается формирование псевдоартрозов, фиброзного сращения и лизиса аутотрансплантатов.

4. Внедрение в клиническую практику данного метода позволило повысить эффективность лечения и добиться получения хороших отдаленных результатов, увеличив их с 58,0% до 83,0%, сократив при этом с 12,0% до 2,4% количество неудовлетворительных результатов, в сравнении с традиционными методиками операции.

Литература:

1. Бисюков Д.А. Дескомпрессия и металлоспондилодез в хирургии дегенеративных заболеваний в пояснично-крестцовом отделе / Д.А. Бисюков, М.Ф. Дуров, А.М. Стасюк // Науч.-практ. конф. SICOT: Тез. докл. - СПб., 2002. - С. 20-21.
2. Мусалатов Х.А. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе / Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, Н.Е. Хорева // Нейрохирургия. - 1999. - № 2. - С. 29-30.
3. Некрасов А.К. Анализ причин неудовлетворительных клинических исходов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / А.К. Некрасов, М.А. Некрасов // Акт. вопр. поврежд. и заболев. нервной сист.: Матер. конф. - Иваново, 2001.- С. 124.
4. Погожева Т.И. Сравнительный анализ возрастных и дегенеративно-дистрофических изменений при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника / Погожева Т.И. // Вертебродология - проблемы, поиски, решения: Матер. науч.-практ. конф. - М., 1998. - С. 146-147
5. Рождественский С.В. Осложнения хирургического лечения у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника / С.В. Рождественский, А.С. Рождественский // VII съезд травматол.-ортопед. России: Тез. докл. - Новосибирск, 2002. - С. 212-213.
6. Симонович А.Е. Хирургическое лечение дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника: Дисс.доктора мед. наук. /Симонович А.Е., Новосибирск. - 2005. - 368.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. ***
(НХЦ*, КГМИПуПК**, ТГБ г. Ом ***)

Резюме: основными причинами является позднее поступление больных с осложненными формами кишечной непроходимости, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит. Недостаточное обследование больных до операции, задержка хирургического вмешательства, неадекватная коррекция нарушенных функций.
Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Резюме: ичегинин өткөргүчтүнүн бузулушунун, карындын жарасынын, он эки эли ичегинин, холециститтин күчөгөн формалары менен жабыркаган бейтаптардын дарыгерге кеч кайрылышы, бейтаптарды операцияга чейин текшерүүдөн так өткөрбөө, хирургиялык кийлигишүүнүү кечдетүү, функциялардын бузулушун туура эмес дарылоо негизги себеби болуп эсептелинет.

Негизги сөздөр: перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

Resume: the main causes are later admission of the patients with complicated forms of intestinal obstruction, stomach ulcer and duodenum, cholecystitis, inadequate correction of disturbance functions.

Key words: peritonitis, relapatomy, causes, death rate.

Ведение. Число операций на органах брюшной полости составляет миллионы, в связи с чем, становится очевидной актуальность проблемы своевременной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости, а также их осложнений. По данным НХЦ (М.Б.Искакова, 2007) среднегодовой показатель поздней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости за период 1999-2003 годы составил 42,4% (при остром аппендиците - 39,9, ущемленной грыже - 29%, острой кишечной непроходимости - 64,8%), что существенно влияло на исход заболевания.

Цель: Проанализировать причины, определяющие развитие осложнений и летальности по ЛПУ Ошской области за период с 2006-2008 годы (табл.1).

Результаты и обсуждения: По нашим данным отмечается увеличение показателя поздней обращаемости населения за медицинской помощью от 36,5% (2006) до 45,5% (2008). В среднем, в 13,6% случаев допускаются диагностические ошибки на догоспитальном этапе, а на госпитальном этапе они составляют 7,1%.

В 16,8% случаях в хирургическом стационаре наблюдается затягивание процесса определения показаний к неотложным оперативным вмешательствам. Даже после необходимого уточнения диагноза и определения показаний к операции, к сожалению, время проведения операции неоправданно затягивалось в 36,2% случаях. Между тем, год от года удельный вес отказа больных от предложенной операции уменьшается, так если в 2006 году он составлял 4,1%, то в 2008 году - 1,8%.

Таблица 1.

Факторы, определяющие развитие осложнений и летальности в различные годы

Факторы	2006	2007	2008
Поздняя госпитализация по причине:			
-поздней обращаемости за медицинской помощью	36,5	38,3	45,5
-ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе	12,2	16,1	11,4
-ошибки врачей при первичном осмотре в стационаре	6,6	8,8	6,5
-затягивание процесса установки точного диагноза и показания к операции	16,7	18,6	14,4
Отказ больных от операции	4,1	2,2	1,8
Неоправданная задержка операции в стационаре			
Тактико-технические недостатки:			
-предоперационной подготовки	6,8	12,5	11,2
-хирургической тактики	28,4	23,5	28,8
-оперативной техники	6,6	8,9	12,3
-анестезиолого-реанимационного пособия	26,5	29,4	25,9
-ведения больных (консультации, консилиумы, обследования)	44,7	42,8	45,6
-медикаментозного лечения	35,5	36,7	28,7

Анализ показал, что на всех этапах стационарного ведения больных имеют место те или иные недостатки. В частности, в течение 2007-2008 годов недостатки предоперационной под-

готовки больных увеличились почти в 2 раза, составляя 12%, тогда как в 2006 году удельный вес этих просчетов составлял 6,6%.

Удельный вес недостатков в анестезиолого-

Информационном пособии колебался в пределах 25,9-29,8%. В таких же пределах сохраняется удельный вес и тактических ошибок (23,8-28,8%). Необходимо отметить, что частота технических погрешностей при операциях в 2008 году увеличилась почти в 2 раза в сравнении с 2006 годом и в 1,5 раза - в сравнении с 2007 годом.

Настораживает то, что удельный вес недостатков в организации консилиумов, консультаций, обследований составляют 43,2%, а медикамен-

тозного лечения 34,2%.

Мы провели факторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ-1. Клиническим материалом служили данные 48 больных, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1 в виду различных причин. Мужчин - 36 (94,7%), женщин - 12 (5,3%).

Таблица 2.

Распределение больных контрольной группы по полу и возрасту

Пол	Всего		Возраст		
	абс. ч.	%	18-45	46-59	60-62
Муж.	36	94,7	16	18	2
Жен.	12	5,3	5	4	3
Всего	48	100,0	21 (43,7%)	22 (45,8%)	5 (10,4%)

Возраст больных, подвергнутых вынужденной РЛ колебался от 18 до 62 лет (табл.2), но наибольший удельный вес был у больных среднего возраста (45,8%), затем молодого - 43,7%, а

лица пожилого возраста составили 10,4%. В этой группе мы рассмотрели причины вынужденной релапаротомии (рис.1).

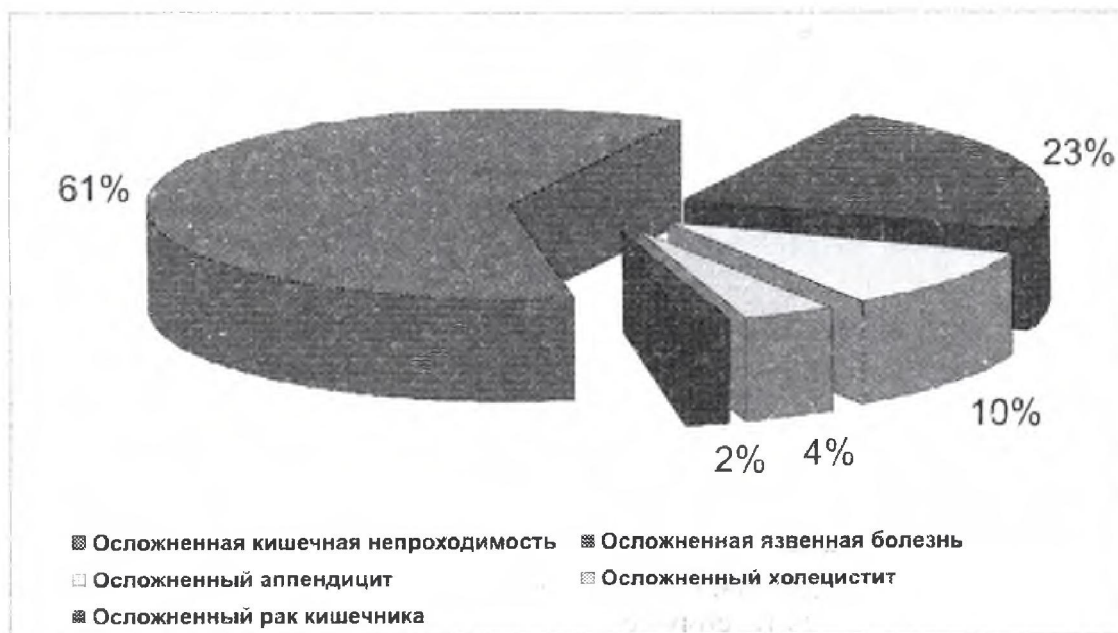


Рис.1. Причины послеоперационного перитонита у больных, подвергнутых вынужденной РЛ

Удельный вес осложненной кишечной непроходимости как причина послеоперационного перитонита составлял 61%. Среди причин на втором месте по удельному весу - осложненная язвенная болезнь (23%), а на третьем - острый деструктивный аппендицит (10%). Удельный вес

острого деструктивного был меньше (4%), а осложненного рака толстого кишечника - 2%.

Следует отметить, что у всех 48 больных уже во время первого оперативного вмешательства был выявлен перитонит различной степени распространенности.



Развитию послеоперационного перитонита, а, следовательно, для определения показаний к вынужденной РЛ-1 способствовали следующие тактические операционные ошибки: недостаточная санация и дренирование брюшной полости в 37,5%, недостаточно последовательное применение элементов дигестивной хирургии в 27,0%.

Вывод. Многофакторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ показал, что основными причинами является позднее по-

ступление больных с острыми хирургическими заболеваниями и в основном с осложненными формами таких заболеваний, как кишечная непроходимость, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит.

Недостаточно комплексное обследование больных до операции приводило к задержке хирургического вмешательства, не в полном объеме проводилась коррекция нарушенных функций, не всегда избирался адекватный доступ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ВЫНУЖДЕННЫХ И СПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕ И РЕ-РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. ***
(НХЦ*, КГМИПуПК**, ТГБ г.Ош***)

Резюме: После вынужденной релапаротомии летальность составила 31,6%, а после ре-релапаротомии - 80%. После спланированной релапаротомии летальность составила 14,8%, а после ре-релапаротомии - 25%.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Резюме: Аргасыз релапаротомиядан кийинки жыйынтык 31,6%, ал эми ре-релапаротомиядан кийинки жыйынтык - 80% түздү. Атайын пландаштырылган релапаротомиядан кийинки жыйынтык 14,8%, ал эми ре-релапаротомиядан кийинки жыйынтык - 25% түздү.

Негизги сөздөр: перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

Resume: After the relaparotomy death rate consisted of 31,6%, and after re-relaparotomy-80%. After the planned relaporotomy death rate consisted of 14,8%, and after re-relaparotomy-25%.

Key words: peritonitis, relaparotomy, causes, death rate.

Ведение. Общеизвестно, что у больного с перитонитом классических симптомов абдоминальной катастрофы в послеоперационном периоде практически не бывает, а потому ключом к установлению показаний к релапаротомии (РЛ) является изучение динамики течения послеоперационного периода. В этом аспекте, надо полагаться на результативное клиническое мышление врача по сопоставлению и оценке изменений отдельных симптомов и параметров в их динамике. Это дает возможность прогнозировать дальнейшее течение перитонита, а, следовательно, провести РЛ до развития основных симптомов катастрофы в брюшной полости.

Цель работы: Выполнить прогноз исходов

вынужденных и спрограммированных релапаротомий (РЛ-1) и релапаротомий (РЛ-2).

Материал и методы. Клиническим материалом служили данные 91 больных, оперированных в Центральной городской клинической больницы г.Ош по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложненных ПП и у которых были выполнены вынужденные и спланированные РЛ-1 и РЛ-2. Больные были разделены на 2 клинические группы: контрольная - 48 (52,7%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1; основная - 43 (47,3%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-2.