

**SUMMARY**  
**SURGICAL TREATMENT OF PROMINENCE EARS**  
**U.A.Kurbanov, I.Z.Saidov, A.A.Davlatov, S.M.Janobilova**

In work is shown the author's experience in surgical treatment of prominence ears in 61 patients. Used popular methods of otoplasty along ore combined author's concluding, that the optimal approach is a developed by author's method of otoplasty during П-forming suture for anthelix fold and cruras with excision of conchal cartilage in base of ear and concha-mastoidal suture trans posterior incision.

**Key words:** prominent ears, otoplasty

---

**Адрес для корреспонденции:**

**У.А.Курбанов** - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: [kurbonovua@mail.ru](mailto:kurbonovua@mail.ru)



**ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ,  
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОЧЕЧНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЕТЕЙ  
НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ**

**А.А.Азизов, Ф.Х.Сафедов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев, С.С.Джабборов**  
**Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;**  
**Национальный медицинский центр Республики Таджикистан**

Анализ люмботомии детям с почечным положением на операционном столе показал, что причина послеоперационных осложнений, таких как линия швов после люмботомии целенаправлено не изучена, хотя накоплен огромный опыт по выявлению нагноительных процессов в ране, обусловленных антифизиологическим положением больных детей на операционном столе.

Авторы на основе собственного и ретроспективного анализа 1811 случаев люмботомий у детей, оперированных по поводу нефролитиаза и врождённых заболеваний почек за последние 10 лет, с целью поиска эффективной системы прогнозирования осложнений, разработали схему положения больного на операционном столе. Использование данной тактики способствовало снижению осложнений, связанных с люмботомией от 12.79% до 5.84%.

**Ключевые слова:** нефролитиаз, врождённое заболевание почек, нагноение раны, лигатурный и мочеви свищи, сигарный канал, послеоперационная грыжа

**Актуальность.** Вопросы осложнений раневого процесса у детей при люмботомии обсуждаются на съездах, конференциях и в повседневной работе хирургов, однако, процент осложнений остаётся высоким [1,2]. Поисками причин послеоперационных нагноительных процессов постоянно занимаются хирурги. При этом основной упор делается на ареактивность организма, некачественный шовный материал и технику выполнения операции. При этом упускается из виду антифизиологичес-

кое почечное положение больных, которое требует от анестезиолога много усилий, чтобы показатели внутренней среды организма стабильно функционировали и хирургу было удобно произвести люмботомию с тщательным гемостазом, от которого во многом зависят осложнения раневого процесса [3].

Причина послеоперационных осложнений, таких как линия швов после люмботомии целенаправленно не изучена, хотя накоплен огромный опыт по выявлению нагноительных процессов в ране, обусловленных антифизиологическим положением больных детей на операционном столе.

С целью прогнозирования развития осложнений, связанных с укладкой больного ребёнка на операционном столе в почечном положении, проводилось определение факторов риска возникновения осложнения при операциях (люмботомии) на почке.

Профилактика осложнений операционной раны при люмботомии зависит от оптимальных условий укладки больного ребёнка в почечном положении с учётом возраста, степени оптимального поднятия валика, т.е. подъёмника напряжений поясничных мышц как критерий удовлетворительного положения ребёнка. При несоблюдении приведённых условий возможна слабость тонуса мышц поясничной области, которая способствует кровотечению из мелких сосудов, то есть не происходит их сокращение при недостаточном поднятии валика с последующим кровотечением.

В подобных ситуациях хирургу приходится проводить тщательный гемостаз с применением множества кровоостанавливающих зажимов с последующим их лигированием, коагуляцией и т.д. К сожалению, нередко при технической неосторожности использование кровоостанавливающих зажимов травмирует мягкие ткани окружающих сосудов на большой территории. Нередко наблюдается отхождение от общепринятых требований к гемостазу, т.е. грубый захват сосуда с окружающими мягкими тканями, вследствие чего происходит раздавление и размозжение последних с последующим некрозом и нагноением.

При выяснении закономерностей процессов в операционной ране и разработке лечебных мероприятий необходимо учесть, что восстановление исходной структуры тканей операционной раны происходит позже того времени, когда больной чувствует себя вполне удовлетворительно.

Недооценка этого принципиального положения может способствовать затягиванию фазы воспаления в ране и в результате наблюдается картина морфологических изменений в виде местных очагов организации склероза – грубые келоидные рубцы.

**Цель работы.** Улучшение прогнозирования и профилактики осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе.

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино с 2000 по 2010 года было проведено 1811 люмботомий детям с почечным положением на операционном столе.

С целью прогнозирования и профилактики возможных осложнений больные разделены на 2 группы. Первая группа - основная – 120 детей, оперированных общепринятым методом за 5 лет с 2000 по 2004 годы. Возраст пациентов колебался от 2 до 5 лет -36 (30.0%), от 6 до 10 лет – 59 (49.2%), от 11 до 15 лет – 25 (20.8%) детей. Девочек было 41 (34.2%), мальчиков – 79 (65.8%).

Вторая группа – контрольная - 51 ребёнок, оперированных за период 2005 – 2010 годы, с учётом погрешностей, допущенных в основной группе. Возраст пациентов колебался от 2 до 5 лет -18 (35.3 %), от 6 до 10 лет – 22 (43.1 %), от 11 до 15 лет – 11 (21.6%) детей. Девочек было 21 (41.2%), мальчиков – 30 (58.8%).

Диагноз установлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, и инструментальных исследований.

**Результаты и их обсуждение.** Важным этапом оперативного вмешательства являлся гемостаз по ходу операции, который осуществлялся двумя способами. Первый способ – гемостаз с применением кровоостанавливающих зажимов типа «москитика». При этом необходимо соблюдать технически адекватного выполнения тщательного гемостаза.

Второй способ – гемостаз с применением коагулятора, при этом важное значение имеет технически правильно выполненная коагуляция кровоточащих сосудов. Очень важно соблюдение правил нанесения коагулятора на ткани, т.е. учёт скорости и краткости во избежание глубоких тканевых нарушений. При соблюдении приведённых предосторожностей предотвращаются нагноительные процессы в ране. После завершения основного этапа операции немаловажную роль играет послойное восстановление пересечённых тканей. Зачастую при зашивании операционной раны допускаются такие ошибки, как зазор – отслойка между слоями, способствующая скоплению тканевой жидкости (кровь, лимфа) из которой формируются серома или гной. Также допускается недозированное завязывание узлов, способствующие перерезыванию швов или при слабости швов - формированию гематомы, серомы с последующим нагноением и расхождением швов.

С момента основания клиники детской хирургии с патологиями почек, в которой производились операции, по их завершению в паранефральную клетчатку вставляется тампон типа «сигары» на 1-2 дня, с целью контроля гемостаза, затёка мочи. Если исключается затекание крови, мочи, то тампон удаляется. В сомнительных случаях тампон заменяется на резиновую полоску ещё на 1 день и удаляется. При этом происходит нормальное течение фазы раневого процесса.

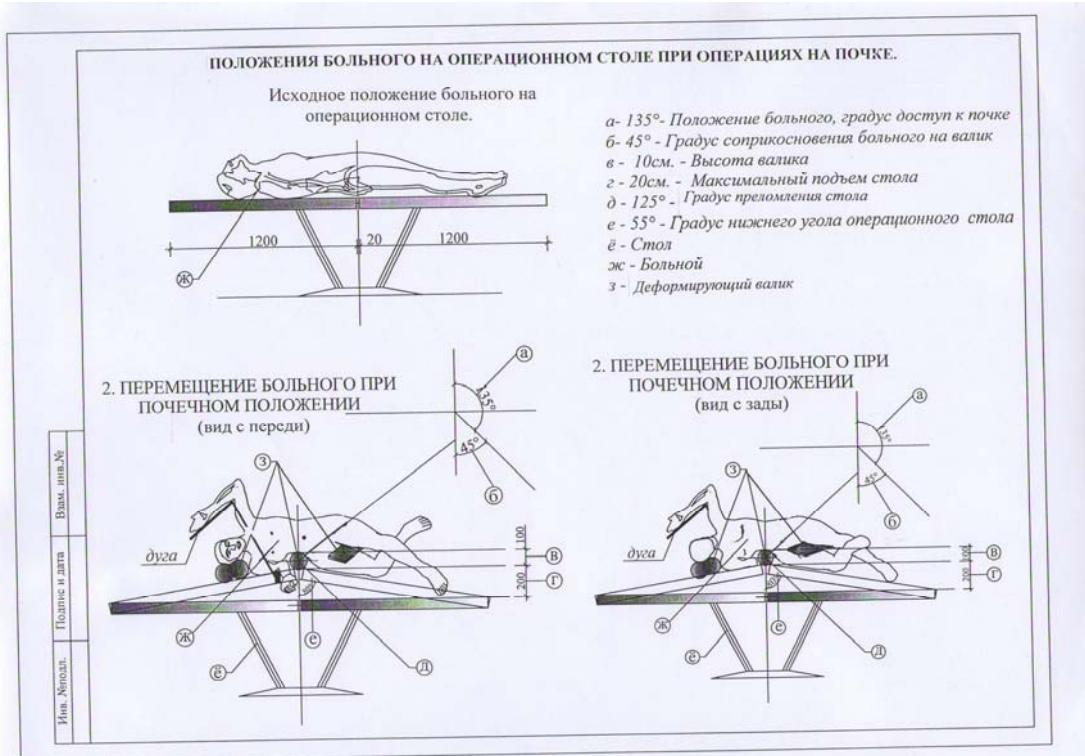
В тех случаях, когда резиновая полоска по неизвестной причине не удаляется, то нарушается процесс фазы восстановления процесса заживления. Нередко ложе «сигары» превращается в свищевой ход, который заживает вторично, растягивая стационарное лечение.

Ретроспективный анализ историй болезней детей, оперированных по поводу нефролитиаза и врождённых заболеваний почек за 10 лет, показывает, что многих осложнений операционной раны можно избежать при соблюдении вышеназванных указаний при выполнении операции. Сравнительная оценка результатов выявленных почечных осложнений в зависимости от положения больного на операционном столе представлены таблицей.

**Таблица**

**Структура осложнений, обусловленных почечным положением больных на операционном столе**

| <b>Осложнения</b>       | <b>Основная группа<br/>2000-2004гг.<br/>(П= 120)</b> | <b>Контрольная группа<br/>2005-2010гг.<br/>(П= 51)</b> |
|-------------------------|--|--|
| Лигатурный свищ         | 26 (2,78%)   | 9 (1,03%)  |
| Серома                  | 22 (2,34%)   | 8 (0,91%)  |
| Нагноение раны          | 20 (2,13%)   | 11 (1,26%)   |
| Мочевой свищ            | 18 (1,92%)   | 7 (0,80%)  |
| Мочевой затёк           | 17 (1,81%)   | 7 (0,80%)  |
| Сигарный канал          | 12 (1,28%)   | 6 (0,7 %)  |
| Послеоперационная грыжа | 5 (0,53%)  | 3 (0,34 %)   |
| Люмботомия              | 938 (100 %)  | 873 (100 %)  |
| Итого                   | 120 (12,79 %)  | 51 (5,84%)   |



**Схема положения больного на операционном столе при операциях на почке**

Как видно из таблицы, процент лигатурного свища после люмботомии снизился с 2.78% до 1.03%, серома подкожной клетчатки - от 2.34% до 0.91%, что свидетельствует о соблюдении правильной укладки больных на операционном столе, гемостазом (маскификами и коагуляции), наложении швов из современного шовного материала.

Особое внимание при анализе результатов хирургического лечения больных с хирургической патологией почек уделялось изучению состояния местного раневого процесса. Оказалось, что по сравнению с контрольной группой, в основной - чаще развивались инфильтрат, нагноение, свищи, серома и т.д.

Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений при люмботомии имеет важное значение для хирурга-уролога. С целью снижения осложнений нами была разработана эффективная система прогнозирования осложнений при люмботомии. На основе собственного и ретроспективного анализа данных о пациентах, перенёсших осложнения после вмешательства по поводу хирургических патологий почек с целью поиска оптимальных решений, нами была разработана схема положения больного на операционном столе при операциях на почке [Авторы: А.А. Азизов, Ф.Х. Сафедов, 2008г.].

Оптимальные варианты и этапы положение больного на операционном столе при операциях на почке представлены в схематических рисунках, где указаны положение больного и угловые изменения степени функционального перемещения операционного стола:

- а)  $135^{\circ}$  – положение больного при доступе к почке;
- б)  $45^{\circ}$  – угол соприкосновения больного на валик;
- в) 10 см - высота валика;
- г) 20 см – максимальный подъём стола;
- д)  $125^{\circ}$  – угол преломления стола;
- е)  $55^{\circ}$  – показатель нижнего угла операционного стола;
- ё) стол; ж) больной; з) деформирующий валик.

**Таким образом**, при выяснении процессов в операционной ране, необходимо особое внимание уделять созданию оптимального положения больного, от которого во многом зависит успех выполнения этапов операции.

При неправильной укладке больного на операционном столе возможны осложнения. Недооценка этого принципиального положения способствует развитию нагноительного процесса операционной раны и затяжное течение фазы раневого процесса.

Учёт вышеизложенных данных нашего исследования за последние 5 лет способствовали снижению осложнений, связанными с люмботомией от 12,79% до 5.84%

## Литература

1. Азизов А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённого уролитиаза у детей. – Душанбе. 1996. 108 с.
2. Зиёвиддинов А.Р. Пути снижения послеоперационных осложнений уролитиаза у детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук / Душанбе. 2003. - 26 с.
3. Сафедов Ф.Х. Диагностика и тактика хирургического лечения обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук / Душанбе. 2007. - 28 с.

## Хулоса

### РОҲҶОИ ПЕШГҮӢ ВА ПЕШГИРИИ АВОРИЗИ ВОБАСТА АЗ МАВҶЕИ ДАСТРАСИИ ГУРДАИ КӢДАКОН ДАР МИЗИ ҶАРРОӢӢ

А.А.Азизов, Ф.Х.Сафедов, Б.А.Азизов,

И.К.Атоев, С.С.Ҷабборов

Таҳлили буриши камари (люмботомия) кӯдакон бо мавҷеи дастрасии гурда дар мизи ҷарроҳӣ нишон дод, ки сабаби оризаҳои баъдиҷарроҳӣ, ба мисли хати чок пас аз люмботомия ба таври мақсаднок ва мукамал омӯхта нашудааст. Ҳарчанд барои ошкор сохтани равандҳои фасодгирии захмҳо, ки аз мавҷеи ғайрифизиологии кӯдакони бемор дар мизи ҷарроҳӣ вобастагӣ дорад, таҷрибаи кофӣ мавҷуд аст.

Муаллифон дар асоси таҷрибаи худ ва таҳлили ретроспективи 1811 люмботомия, ки ба сабаби нефролитиаз ва бемориҳои модарзодии гурдаҳо дар 10 соли охир ҷарроҳӣ шудаанд, бо мақсади дарёфти роҳҳои самарабахши пешгӯии авориз, нақшаи мавҷеи беморро дар мизи ҷарроҳӣ кор карда баромаданд. Истифодаи тактикаи мазкур имконият дод, ки аворизи вобаста ба люмботомия аз 12,79% то ба 5,84% кам шаванд.

## SUMMARY

### THE WAYS OF PREDICTION AND PREVENTION OF COMPLICATIONS CAUSED BY RENAL STATUS OF CHILDREN ON THE OPERATING TABLE

A.A.Azizov, F.H.Safedov, B.A.Azizov, I.K.Atoev, S.C.Jabborov

Analysis of lumbotomy in children with renal position on the operating table showed that the cause of postoperative complications, as the line of sutures after lumbotomy purposefully not been studied, although a wealth of experience in detecting suppurative processes in the wound caused by non-physiologic position of sick children on the operating table.

The authors based on their own and a retrospective analysis of 1811 lumbotomy operated on for nephrolithiasis and congenital kidney disease, over the past 10 years, with a view to finding an effective system of forecasting complication developed a scheme the patient's position on the operating table. Using this tactic helped reduce complications related to lumbotomy from 12.79% to 5.84%.

**Key words:** nephrolithiasis, inherited renal disease, suppuration of wounds, ligature and urinary fistula, a cigar channel, postoperative hernia

#### Адрес для корреспонденции:

**Ф.Х. Сафедов** - ассистент кафедры детской хирургии ТГМУ; 734049, Таджикистан,  
г. Душанбе, пр. И. Сомони - 59, Тел.: 935 – 65 – 65 – 77