

А.У. Алекперли, Ю.Б. Шапот, У.К. Алекперов, И.В. Куршакова

## ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ

ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)

Для характеристики состояния пострадавших с шокогенными повреждениями нами уже около 30 лет применяется прогнозирование течения и исходов острого периода травматической болезни (ТБ) по методу Ю.Н. Цибина с соавторами (1975—81). В том числе этот метод используется для определения хирургической тактики в остром периоде ТБ. Все пострадавшие делятся на 3 клинических группы, согласно индексу прогноза  $\pm T$ , выраженному в часах: с прогнозом благоприятным (1 группа), сомнительным (2 группа) и неблагоприятным (3 группа) для оперативного лечения.

Потребность в осуществлении максимально возможного объема оперативной коррекции повреждений в максимально ранние сроки привела нас к выводу, что состояние пациента в остром периоде травматической болезни необходимо оценивать (прогнозировать) в несколько этапов. Во-первых, по показателям на месте происшествия; во-вторых, при поступлении пострадавшего в стационар; в-третьих, после стабилизации витальных функций. Прогностический индекс догоспитального этапа дает возможность оценить состояние пострадавшего до оказания ему медицинской помощи. Оцениваемый при поступлении в стационар прогностический индекс показывает эффективность догоспитальной помощи, а также косвенно свидетельствует о состоянии реактивности организма пострадавшего. А показатель, получаемый после стабилизации витальных функций, позволяет расширить или ограничить объем оперативных вмешательств.

У пострадавших с исходно благоприятным прогнозом в определении динамического прогноза нет необходимости, так как возможно выполнение всех показанных оперативных вмешательств без ограничения.

На догоспитальном этапе и при поступлении пострадавших в стационар тяжесть их состояния оценивалась по формуле Ю.Н. Цибина. Третий этап (после стабилизации витальных функций) прогнозирования осуществлялся следующим образом. Поскольку невозможно напрямую оценить совокупную тяжесть повреждений после оперативной коррекции ряда из них, мы, опираясь на известное реальное время, в течение которого достигнута стабилизация витальных функций, производим инверсию формулы Ю.Н. Цибина и находим новый показатель — измененную совокупную тяжесть повреждений. Используя последний, определяем прогностический индекс 3 этапа прогнозирования. Таким образом, исходя из формулы Ю.Н. Цибина:

$$\pm T_1 = 1 / (0,317 - 0,039 \cdot Q_1 + 0,00017 \cdot A_1 \cdot Q_1 - 0,0026 \cdot P_1 \cdot B / A_1),$$

где  $\pm T_1$  — длительность периода нестабильности витальных функций (в часах);  $Q_1$  — совокупная тяжесть (шокогенность) повреждений (в баллах);  $A_1$  — уровень систолического АД при поступлении (мм рт. ст.);  $P_1$  — частота пульса при поступлении (уд/мин);  $B$  — возраст пострадавшего (в годах);

Проводим ее инверсию:  $T$  является известной величиной, а  $Q$  — неизвестная величина рассчитывается по формуле:

$$Q_2 = (0,317 - 0,0026 \cdot P_1 \cdot B / A_1 - 1 / T_{\text{real}}) / (0,039 - 0,00017 \cdot A_1),$$

где  $T_{\text{real}}$  — время оказания протившоковой терапии;  $Q_2$  — измененная совокупная тяжесть повреждений. Затем полученное значение  $Q_2$  подставляем в формулу прогноза (с гемодинамическими показателями на момент расчета) и получаем его новое значение.

Если при расчете динамического прогноза прогностический индекс  $T_2 \leq 8$  часов, можно расширить объем оперативного пособия и выполнить операции срочного и отсроченного характера в соответствии с лечебно-тактической классификацией сочетанных повреждений (Шапот Ю.Б., 1990). У пострадавших с изначально неблагоприятным прогнозом после стабилизации витальных функций, если при расчете динамического прогноза получается  $+8 < T_2 < +24$ , то выполняются операции только срочного характера. А при прогнозе  $T_2 > +24$  и отрицательных его значениях необходимо воздержаться от расширения объема оперативного пособия. Динамический прогноз особо неблагоприятным является тогда, когда его значение равняется или становится тяжелее, чем прогноз при поступлении.

Таким образом, динамическое прогнозирование дает возможность определить показания или противопоказания для расширения объема хирургического лечения.

Н.В. Алексеева, У.В. Пичугина, Н.И. Арсентьева

## СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГОУ ВПО ИГИУВ (Иркутск)  
ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Проблема костных кист (КК) у детей и подростков остается актуальной до настоящего времени и современное лечение их основано на известных механизмах возникновения и развития этой патологии. Данные о дистрофическом характере этого заболевания, в основе которого лежит локальное нарушение гемодинамики, положили начало разработке щадящих пункционных методов лечения (Буркова Л.М., 1990; Волков М.В., 1997; Ивченко В.К. с соавт., 1993; Сивак Н.Ф., 1988; Тенилин Н.А., 1996; Волков М.В. с соавт., 1997), однако длительные сроки достижения положительного результата связаны с неизученными этиопатогенетическими моментами.

Делаются попытки обнаружить иммунологический «маркер», который бы позволил определить состояние патологического процесса. Но не было встречено сообщений о возможности одновременного воздействия на иммунологический статус, как всего организма пациента, так и локально на полость кисты.

Остается неизученным состояние кровообращения в зависимости от активности костных кист.

Отсутствуют сведения о способах лечения направленных на улучшение кровообращения в зоне костных кист. Это обусловило выполнение данной работы.

Работа основана на наблюдении и лечении 162 пациентов с КК. Прослежены отдаленные результаты оперативного лечения у 125 больных с КК, у которых проведено пункционное лечение различными способами: 1 — традиционное пункционное лечение, 2 — пункционное лечение с иммунокоррекцией и катетеризацией, 3 — комбинированное пункционное лечение с отслойкой надкостницы.

Клинико-рентгенологические признаки позволяют определить стадии течения патологического процесса: агрессивная стадия; активная, теряющая активность и пассивная стадия.

Клиническое изучение костных кист позволило установить, что мальчики болеют чаще, чем девочки в 2,3 раза. Наиболее уязвимы дети в период скачков роста. Чаще страдает плечевая кость. На всех костях патологическому процессу в основном подвержены метафизы с правосторонней локализацией.

Костные кисты характеризуется фазностью течения, отсутствием общеклинических проявлений. Процесс не переходит через надкостницу в мягкие ткани. Патологические переломы в 74 % случаев явились индикатором в диагностике КК и способствовали при активных и агрессивных стадиях дальнейшему прогрессированию в отличие от патологических переломов в неактивную стадию.

Содержимое кист представляет собой кровь гемолизированную или с неповрежденными эритроцитами, с встречающимися мелкими фрагментами некротизированной кости, участками миксоидной ткани, небольшими скоплениями лейкоцитов, плазматических клеток, эозинофилов, в неактивной стадии КК из полости кисты извлекалась только белковая жидкость.

Проведенное иммунологическое исследование периферической крови у 30 больных с КК и пунктата КК показало, что у больных с КК иммунный статус характеризовался гипосупрессией и гиперактивацией фагоцитов.

Традиционное пункционное лечение рекомендованное ЦИТО проведено 12 больным. У всех больных достигнут положительный результат, но в сроки от 2 до 8 лет от начала лечения. В дальнейшем 4 больным из этой группы проведено пластическое хирургическое лечение в неактивной стадии.

В зависимости от иммунологического статуса больного и кистозного содержимого наряду с декомпрессией КК, инактивацией фибринолиза и ингибирования протеаз 60 больным проведено соответствующее иммунологическое лечение, которое в два раза ускорило переход КК из активной стадии в неактивную и в стадию восстановления.

Результаты проведенных исследований подтверждают участие иммунологических механизмов в патогенезе КК и дают основание для проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Достижимая декомпрессия во время пункции улучшает кровообращение, снижается асимметрия данных РВГ по сравнению со здоровой стороной, но декомпрессия оказывается непродолжительной, а эвакуация содержимого кисты недостаточной.

Поэтому в комплекс пункционного лечения 56 больных с КК мы включили постоянное дренирование кистозной полости путем катетеризации в течение 2–6 суток с сокращением интервалов между этапами лечения до 1–4 недели, т.е. форсированно. Потребовалось от 1 до 4 пункций для снижения активности КК и перехода в стадию восстановления.

Наиболее эффективной эта методика оказалась у больных с активными костными кистами леченных с самого начала с катетеризацией и иммунокоррекцией. У них стадия восстановления начиналась через 2–8 месяцев.

Включение в консервативную терапию КК способа комбинированного пункционного лечения кист костей, предложенного нами, направленного на улучшение кровообращения патологически изменен-

ной кости и состоящего из традиционной декомпрессии костной кисты, санации полости с использованием иммунокорректора, дренирования и отслойки надкостницы улучшает результаты и сроки лечения КК до 3–7 месяцев.

Этот способ уменьшает кровоснабжение локально на пораженном участке диафиза за счет уменьшения притока крови; обеспечивает улучшение кровообращения в зоне кисты за счет формирования периостально-медулярных анастомозов, что радикально изменяет гемодинамику (приток — отток) в зоне поражения одновременно и после пункционного лечения, приводит к нормализации внутрикостного давления; стимуляции регенераторного процесса в истонченной кортикальной пластинке.

Данный метод применен у 30 больных с КК, при локализацией патологического процесса в плечевой, бедренной, большеберцовой и лучевой кости. У всех больных через 2–3 месяца КК инактивировались и еще через 1–4 месяца отмечалась стадия восстановления.

Значительно быстрее достигнута положительная динамика КК от активной стадии до стадии восстановления у 18 больных, которым уже на первом этапе лечения произведена отслойка надкостницы. Через 1 месяц после отслойки надкостницы кортикальная пластинка увеличивается в размерах за счет периостального и эндостального образования костной ткани и приобретает другую форму.

При использовании комбинированного пункционного лечения больных с КК улучшается, нормализуется регионарное кровообращение в конечностях, так же возбудимость и проводимость нервного импульса по нервным стволам, о чем свидетельствуют данные фоновой реовазографии и стимуляционной электромиографии.

Таким образом, разработанная ими методика комбинированного пункционного лечения с иммунокоррекцией, дренированием и отслойкой надкостницы позволяет через 1 месяц от начала лечения достичь снижения активности патологического процесса и через 3–7 месяцев стадии восстановления костной структуры.

Так же мы полагаем, что феномен влияния отслойки надкостницы на репаративный процесс в кистозной полости клинически апробирован, работа в этом направлении будет продолжаться как в клинике, так и в экспериментальных условиях.

**И.А. Алтухов, Д.В. Хабаров, М.В. Кочеткова, Е.В. Шевцова**

## **ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)*

### **ВВЕДЕНИЕ**

Одним из наиболее частых (около 70 % пациентов с сахарным диабетом) и серьезных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). Лечение трофических расстройств на фоне синдрома диабетической стопы по-прежнему является трудноразрешимой проблемой современной медицины.

В патогенезе развития СДС ведущую роль играют три компонента: нейропатия, ангиопатия и инфекция. Выраженный энергетический дефицит при СД снижает адаптационный потенциал организма и приводит к нарушениям клеточного и гуморального иммунитета, недостаточности факторов неспецифической резистентности организма. Таким образом, наличие выраженных патологических изменений на различных уровнях регуляции (межсистемном, органном, местном) обуславливает трудность коррекции данных нарушений.

### **МЕТОДИКА**

В клинике НИИКиЭЛ СО РАМН успешно применяется способ лечения, основанный на использовании регионарной клеточной терапии. Суть метода: проведение лимфоцитафереза на сепараторе клеток крови AS-TEC 204 фирмы «Fresenius». Полученные аутолимфоциты в концентрации 400–1000 клеток/мл модифицируются иммуномодулятором (глутоксимом) и вводятся пациенту в бедренную артерию пораженной ноги, а для усиления эффекта воздействуют не только регионарно, но и системно, посредством внутривенного введения данных аутолимфоцитов. Процедура лимфоцитафереза повторяется до трех раз с интервалом 48–72 часа, в зависимости от динамики заживления язвенного дефекта. В артериальное русло также вводится актовегин, антибиотик широкого спектра действия.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В 70 % случаев удалось добиться стимуляции репаративных процессов, в 55 % случаев трофическая язва или послеоперационная рана заживала. В 10 % случаев было отмечено прогрессирование некро-

тического и инфекционного процессов стопы, что потребовало выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение в комплексную терапию внутриартериального введения модифицированных аутолимфоцитов, позволяет более эффективно влиять на патологический процесс и добиваться положительных результатов в лечении трофических язв на фоне СДС.

**Е.И. Астафьева, В.Е. Воловик**

### СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГРУБЫМИ ФОРМАМИ СКОЛИОЗА

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

Под нашим наблюдением находились 39 больных в возрасте от 7 до 38 лет со сколиозом III и IV степени, которые подверглись оперативному лечению, носившему достаточно травматичный характер, связанный с многоэтапностью хирургических вмешательств: сочетанием различных видов торакопластики, корригирующих и стабилизирующих оперативных приемов, как на дорзальных, так и на вентральных отделах позвоночника, преимущественно с применением различных металлических конструкций.

Исследование системы гемостаза у больных проводилось поэтапно: I этап — перед операцией, II этап — первые сутки после операции, III этап — 5–7 сутки после операции. Всем больным методом анкетирования проводилось исследование возможных нарушений сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза с применением специально разработанной типовой анкеты.

Проведенные исследования показали, что в дооперационном периоде у 33 больных показатели гемостаза были в пределах нормы, а у 7 больных была выявлена умеренная гипокоагуляция без клинических проявлений. В первые сутки послеоперационного периода изменения в системе гемостаза проявлялись в виде снижения активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) на 11,6 % по сравнению с исходными данными, незначительного увеличения процента фибриногена (на 10,3 %), угнетения фибринолитической активности на 20,4 %.

Кроме того, нами были выявлены положительные паракоагуляционные тесты, наличие которых может свидетельствовать о появлении в кровотоке активного тромбина, образовании растворимых фибрин-мономерных комплексов в ответ на наличие тромбина.

На 5–7 сутки показатели гемостаза нормализовались у 30 больных, у 7 больных сохранялась умеренная гипокоагуляция на фоне нормальных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза без наличия специфических клинических проблем.

Таким образом, совокупность изменений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза говорит о том, что обширное оперативное вмешательство может способствовать развитию у больных внутрисосудистого свертывания, которое при адекватной коррекции носит компенсированный характер.

**С.Ф. Багненко, А.Н. Тулупов, Ю.Б. Шапот, О.В. Балабанова, А.В. Лапицкий**

### ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМОТОРАКСА

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

На основании многолетнего опыта оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с изолированной и сочетанной травмой груди нами разработаны основные принципы использования эндовидеохирургических операций при такой патологии:

1. Определение очередности проведения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом доминирования повреждений.
2. Проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезболиванием с интубацией трахеи.
3. Использование видеоторакоскопии только с учетом результатов лечебно-тактического прогнозирования (Цибин Ю.Н. с соавт., 1976) — при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств.

4. Возможность проведения лечебно-диагностической видеолaparоскопии, в виду малой ее травматичности, при любом прогнозе.

5. Проведение видеолaparоскопии при травме живота в сочетании с травмой груди, сопровождающейся гемопневмотораксом, только после адекватного дренирования плевральной полости.

6. Обеспечение полного удаления патологических жидкостей и свертков крови из плевральной и брюшной полостей, выявления и устранения повреждений внутренних органов, полного гемостаза и аэростаза, адекватного направленного дренирования полостей.

7. Необходимость и возможность проведения видеолaparоскопии при разрывах и ранениях диафрагмы в неинсуффляционном режиме.

8. При сочетанной травме груди и живота торакоцентез и видеоторакоскопия, с одной стороны, и лaparоцентез и видеолaparоскопия, с другой, не являются взаимоисключающими диагностическими вмешательствами.

На основании сведений литературы и собственного клинического опыта установлено, что оптимальными показаниями для видеоторакоскопии при травме груди, в том числе сопровождающейся шоком, являются:

1. Средний и большой гемоторакс при отсутствии признаков продолжающегося внутривидеоторакоскопического кровотечения с поступлением по дренажам из плевральной полости крови в количестве до 500 мл в час.

2. Продолжающееся внутривидеоторакоскопическое кровотечение с выделением по дренажам из плевральной полости крови в количестве менее 500 мл в час.

3. Проникающие ранения груди в проекции сердца и крупных сосудов (в «кардиальной» зоне) при отсутствии убедительных признаков тампонады сердца и напряженной гематомы средостения.

4. Проникающие ранения груди в «торакоабдоминальной» зоне.

5. Нарастающая и напряженная эмфизема средостения.

6. Некупируемый напряженный пневмоторакс.

7. Стойкий, не купируемый в течение 3-х суток после травмы и рецидивирующий пневмоторакс.

8. Свернувшийся гемоторакс.

9. Инородные тела плевральной полости, легкого и средостения.

Противопоказаниями для торакокопии при изолированной и сочетанной травме груди мы считаем следующие:

1. Тотальный гемоторакс.

2. Профузное внутривидеоторакоскопическое или легочное кровотечение.

3. Тампонада сердца.

4. Убедительные признаки ранения крупных сосудов и трахеи.

5. Напряженный или некупируемый пневмоторакс на противоположной стороне груди.

6. Неблагоприятный или сомнительный прогноз для проведения оперативных вмешательств при травматическом шоке.

7. Наличие неустраненных доминирующих угрожающих жизни повреждений другой локализации.

8. Обширные повреждения или нагноения мягких тканей груди.

9. Облитерация плевральной полости.

При проведении неотложной и срочной лечебно-диагностической видеоторакоскопии пациентам со средним и большим гемотораксом в 100 % наблюдений констатирован частично свернувшийся гемоторакс с наличием в плевральной полости свертков крови массой от 200 г до 1,5 кг. Видеоторакоскопия в диагностическом отношении существенно превосходит остальные неинвазивные и малоинвазивные методы диагностики травматического гемоторакса, а также в отличие от них в подавляющем большинстве клинических наблюдений дает возможность не только установить точный топический диагноз, но и надежно и быстро устранить не требующие торакотомии повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. Значительные преимущества включения видеоторакоскопии в комплекс лечебных мероприятий при травме груди со средним и большим гемотораксом по всем позициям по сравнению с традиционными методами показаны в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Преимущества видеоторакоскопии перед традиционными методами лечения травмы груди со средним и большим гемотораксом**

Позиция	Традиционное лечение n = 321	С применением видеоторакоскопии n = 86	Эффект применения видеоторакоскопии
Частота торакотомии	19,3 %	9,3 %	уменьшение в 1,5 раза
Продолжительность операции, мин.	74,9 ± 2,9	43,1 ± 1,7	уменьшение в 1,7 раза
Продолжительность плеврального дренирования, сут.	6,2 ± 0,1	2,8 ± 0,1	уменьшение в 2,2 раза
Общая частота осложнений	62,6 %	38,4 %	уменьшение в 1,6 раза
Продолжительность стационарного лечения, сут.	17,8 ± 0,8	13,7 ± 0,7	уменьшение в 1,3 раза
Летальность	16,8 %	12,8 %	уменьшение на 4% или в 1,3 раза

**С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапот, Г.М. Бесаев, К.К. Дзодзуашвили**

## **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГРУДИ И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА**

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)  
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»  
(Санкт-Петербург)*

Тяжелые механические травмы характеризуются большим числом пострадавших с летальным исходом и не менее значительным удельным весом больных с полной или частичной утратой трудоспособности, с инвалидизацией различной степени.

Особую угрозу для жизни пострадавших составляют повреждения органов грудной клетки. При этом наличие повреждения смежного сегмента опорно-двигательной системы — плечевого пояса у данного контингента пострадавших существенно усложняет лечебно-тактические задачи в остром периоде травматической болезни.

Сложность клинической картины при этих травмах обусловлена синдромом взаимного отягощения нарушения функций органов и систем организма и депрессией иммунной системы. В результате нередко (62 % случаев) клинические проявления неадекватны характеру и тяжести повреждения отдельных органов. Главной клинической особенностью сочетанных повреждений груди и опорно-двигательного аппарата является отягощение травматического шока за счет расстройств внешнего дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Нами проведен анализ лечения 135 пострадавших с сочетанными повреждениями груди и плечевого пояса за 3 года.

Специфика оказания помощи данному контингенту пострадавших заключается в ее этапности. Главной тактической задачей является выбор оптимального времени и объема операции. При этом необходимо учитывать, что при сочетанной травме груди и плечевого пояса тесные анатомо-биомеханические взаимоотношения этих областей существенно ухудшают состояние пострадавших и требуют коррекции лечебно-тактических задач. Для оценки допустимости оперативного вмешательства и его очередности использовалась многофакторная шкала экспресс-прогнозирования течения и исходов травматического шока по Г.И. Назаренко (1988). Сортировка пострадавших проводилась в зависимости от тяжести травматического шока, что определяло вид, объем и сроки проведения травматологического пособия. Выделялись три группы: с благоприятным, сомнительным и неблагоприятным прогнозом для оперативного лечения.

При благоприятном прогнозе ( $T < 8$  часов) оперативное пособие производилось в полном объеме с использованием всех методик остеосинтеза, включая наkostный остеосинтез.

При сомнительном прогнозе ( $8 < T < 24$ ) допустимы оперативные вмешательства, обеспечивающие надежную фиксацию. Использовались малотравматичные методики с применением оригинальных аппаратов внешней фиксации, позволяющие одновременно стабилизировать и поврежденный костный каркас груди.

При неблагоприятном для оперативного лечения прогнозе фиксационный остеосинтез производился после проведения комплекса противошоковых мероприятий, оперативных вмешательств на голове, органах груди и живота и стабилизации состояния пострадавшего.

Раннее восстановление и фиксация поврежденных сегментов с использованием оригинальных малотравматичных методов восстановления целостности ключицы, плеча и предплечья обеспечивает улучшение показателей функции внешнего дыхания уже на операционном столе, раннюю мобилизацию пострадавших, облегчает мероприятия общего ухода, занятия лечебной физкультурой и является профилактикой гипостатических осложнений острого и раннего периодов травматической болезни.

**А.И. Баранов, Б.Б. Осипов, В.Т. Шапран, В.И. Халепа, Т.П. Айкина**

## **ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*МЛПУ ГКБ № 1 (г. Новокузнецк)  
ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» (г. Новокузнецк)*

Послеоперационные гнойные осложнения в неотложной абдоминальной хирургии развиваются у значительного количества оперированных больных, ухудшают качество лечения, влияют

на исход заболевания, а также требуют значительных расходов материальных средств. В структуре послеоперационных осложнений они составляют от 27 до 46 %. Снижение послеоперационных гнойных осложнений возможно при широком использовании лапароскопических операций и операций из минидоступа в сочетании с рациональной антибиотикопрофилактикой и антибиотикотерапией.

В 2005 году в практику МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка внедрена обязательная периоперационная антибиотикопрофилактика при острых заболеваниях органов брюшной полости. Антибиотикопрофилактика проводится цефалоспоридами непосредственно перед операцией и по показаниям проводится антибиотикотерапия. С августа 2005 года открыта операционная для выполнения лапароскопических операций у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. С апреля 2006 года в практике неотложной хирургии используется минидоступ при остром холецистите и перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

В таблице 1 показано количество выполненных оперативных вмешательств, в т.ч. малоинвазивные операции (лапароскопические и операции из минидоступа) и количество послеоперационных осложнений.

**Таблица 1**

**Динамика изменений числа послеоперационных осложнений**

Год	Количество операций	Малоинвазивные операции	Послеоперационные осложнения
2003	1428	213 (14,9 %)	69 (4,8 %)
2004	1448	246 (16,9 %)	63 (4,4 %)
2005	1394	367 (26,3 %)	36 (2,6 %)
2006	1288	513 (39,8 %)	25 (1,9 %)

Снижение числа послеоперационных осложнений связано, в первую очередь, с уменьшением количества гнойных осложнений (нагноение раны, абсцессы и инфильтраты брюшной полости: 2003 г. — 36, 2006 г. — 6). Обязательное использование лапароскопической технологии в неотложной хирургии значительно повысило точность диагностики и уменьшило число необоснованных лапаротомных хирургических вмешательств. Сочетание лапароскопических операций и операций из минидоступа позволяет у 80 % больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки выполнить операцию без широкой лапаротомии. При остром холецистите процент малоинвазивных операций превышает 90 %, при этом операции из минидоступа позволяют даже в сложных клинических ситуациях выполнить первичную радикальную операцию.

### **ВЫВОДЫ**

1. Развитие гнойных послеоперационных осложнений связано не только с характером первичного заболевания, по поводу которого выполнено операция, но и с организацией неотложной хирургической помощи.
2. Внедрение антибиотикопрофилактики и рациональной антибиотикотерапии позволяют уменьшить число гнойных послеоперационных осложнений.
3. Использование лапароскопических операций и операций из минидоступа в неотложной абдоминальной хирургии в сочетании с антибиотикопрофилактикой более чем в два раза уменьшает число гнойных послеоперационных осложнений.

**Л.Н. Белобратова, В.С. Яковлев, В.Е. Воловик, Ю.В. Ярошенко, В.К. Ко, А.Н. Исаков,  
М.И. Жарикова, Л.П. Сухонос**

### **ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

**ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (Хабаровск)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Росздрава» (Хабаровск)  
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» (г. Хабаровск)**

Мы располагаем опытом лечения 66 больных с дефектами длинных трубчатых костей, находившихся на лечении в травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева с 1993 по 2006 г. Из них мужчин — 56 (84,9 %), женщин — 10 (15,1 %) в возрасте от

16 до 60 лет. По социальному статусу работающих — 16 (24,2 %), не работающих — 19 (28,8 %), инвалиды 2 группы — 31 больной (47 %).

Основными причинами формирования дефекта длинных трубчатых костей являлись:

1. Посттравматический и гематогенный остеомиелит после проведения радикального хирургического лечения в объеме сегментарной резекции гнойного очага или проведения неоднократно секвестрэктомии — 38 больных (57,6 %);

2. Огнестрельные и открытые переломы длинных трубчатых костей с первичным дефектом костной ткани, или после проведения ПХО и ВХО ран в полном объеме с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей — 24 пациента (36,4 %);

3. Опухоли длинных трубчатых костей после радикальных вмешательств — 4 больных (6 %).

К дефектам кости относили утрату костного вещества с дефектом тканей между костными фрагментами более 1 см. При определении истинных размеров дефекта кости учитывали сумму межкостного диастаза и размеры анатомического укорочения поврежденного сегмента конечности.

По величине костных дефектов преобладали диастазы от 5 до 15 см, всего 44 больных (66,7 %), наиболее частая локализация дефектов — кости голени — 42 больных (63,6 %).

Свободная костная пластика малоберцовой костью применена у 4 (6,0 %) пациентов при замещении дефекта кости после резекции опухолевого процесса.

При субтотальных дефектах большеберцовой кости у 2-х больных и при дефектах 15 см, с обширными рубцовыми изменениями мягких тканей конечности у 2 пациентов применена методика тибялизации «фрагмент — цилиндр».

Метод билокального и полилокального остеосинтеза по Илизарову в различных модификациях применялся при замещении дефектов у 51 пациента (77,3 %).

У одного пациента (1,5 %) замещение дефекта большеберцовой выполнено комбинированным способом (билокальный и тибялизация).

Монолокальный компрессионный остеосинтез выполнен у 6 больных с целью восстановления опороспособности конечности и отказа пациентов от восстановления длины конечности при дефектах до 5 см у 4 пациентов и более 10 см у двух больных. Всего на этапах лечения выполнено 238 оперативных вмешательств, число повторных госпитализаций в среднем составило  $5 (\pm 3)$ , основная причина повторной госпитализации — воспаление мягких тканей вокруг спиц, необходимость проведения комплексных мероприятий с целью купирования воспалительного процесса, в том числе проведение дополнительных спиц.

Средние сроки лечения составили для верхних конечностей 11 мес. ( $\pm 5$  мес.), для нижних конечностей 37 ( $\pm 15$ ) мес.

У двух пациентов (3,0 %) наступил рецидив остеомиелита большеберцовой кости в течение года после окончания замещения дефекта кости, что потребовало повторного вмешательства с резекцией гнойного очага и последующим замещением дефекта кости.

Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 59 больных (89,3 %), неудовлетворительные исходы у двух пациентов (3 %) с субтотальным дефектом большеберцовой кости на фоне хронического посттравматического остеомиелита, при обширных рубцовых изменениях мягких тканей. Пятеро пациентов находятся на этапе лечения.

Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что наиболее благоприятные результаты замещения дефекта кости получены у больных с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных костей после проведения ПХО и ВХО ран в полном объеме, с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей и ранним замещением дефекта кости методом билокального остеосинтеза по Илизарову.

К недостаткам методов замещения дефектов длинных костей можно отнести длительность лечения больного и необходимость постоянного контроля за пациентом.

### **Выводы**

1. Билокальный остеосинтез по Илизарову, выполненный при соблюдении техники и технологии, по строго обоснованным показаниям, является наиболее эффективным способом замещения дефектов длинных костей.

2. При открытых, в том числе, огнестрельных переломах длинных трубчатых костей первичная и вторичная хирургическая обработка ран в сочетании с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей с последующим ранним билокальным остеосинтезом по Илизарову позволяет предотвратить развитие гнойных осложнений и получить хорошие результаты при замещении дефекта кости.

3. При субтотальных дефектах методом выбора является костная пластика малоберцовой костью.



Ю.В. Белов, Р.Н. Комаров, А.Б. Степаненко, А.П. Генс

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

ГУ «Российский научный центр хирургии РАМН» (г. Москва)

Сочетание аневризматической болезни аорты с ишемической болезнью сердца (ИБС) является сложнейшей проблемой сердечно-сосудистой хирургии. E. Crawford и соавт., J. Coselli, H. Safi и соавт., обладающие наибольшим мировым опытом хирургического лечения торакоабдоминальных аневризм аорты (ТААА), являются сторонниками одномоментного аортокоронарного шунтирования (АКШ) и протезирования аорты по методике Крауфорда.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучить результаты хирургического лечения ТААА в сочетании с ИБС.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

С 1986 по 2005 гг. в РНЦХ РАМН проведено оперативное лечение 19 больных торакоабдоминальными аневризмами аорты в сочетании с ИБС, что составило 16,4 % от пролеченных ТААА. Стенокардия напряжения 2–3 функционального класса (ФК) (по Канадской классификации) выявлена у 9 (47,4 %) пациентов. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был у 5 (26,3 %). С момента возникновения ИМ до протезирования ТААА прошло от 1 до 16 лет (в среднем  $5,6 \pm 2,7$  лет).

При анализе пациенты были условно разбиты на две группы: первая группа (n = 14) – пациенты, которым выполнено только протезирование ТААА без реваскуляризации миокарда, вторая группа (n = 5) – в сочетании с различными видами АКШ. Одномоментно реконструкция ТААА и АКШ выполнены 3 пациентам, этапно – двум.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Клинически дифференцировать проявления ИБС и ТААА крайне сложно. В нашем исследовании частота безболевого форм отмечена у 15,8 % пациентов. Определить показания к коррекции сопутствующей коронарной недостаточности сложно. Выполнение нагрузочных функциональных проб с целью определения коронарного резерва часто противопоказано в связи с тяжестью состояния пациентов и риском разрыва аневризмы. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход к доступу, объему операции и способам защиты спинного мозга и висцеральных органов.

В нашем исследовании показатели операций (длительность операции, время пережатия аорты, за исключением кровопотери) достоверно не отличались. Среди пациентов первой группы, острая сердечно-сосудистая недостаточность возникла у 6 (42,8 %) пациентов, что потребовало послеоперационной инотропной поддержки. Первичный ИМ, развившийся интраоперационно, имел место у 2 (14,3 %) больных. Летальный исход в первой группе наступил у 4 (28,6 %) пациентов, у 3-х из них был обусловлен первичной коронарной недостаточностью (у двух – ИМ). В одном случае смерть наступила на фоне острой дыхательной недостаточности и отека легких. Трое из 4-х умерших имели гемодинамически значимое поражение 2–3 артерий сердца со стенозом каждой  $\geq 50$  %. У пациентов второй группы послеоперационная сердечно-сосудистая недостаточность возникла у одного (20 %) больного. В отличие от первой группы летальных исходов не было ( $t = 2,3, p < 0,05$ ).

Наш скромный опыт позволяет отметить, что операционный риск, связанный с проведением АКШ у пациентов с ТААА абсолютно оправдан.

**ВЫВОДЫ**

У пациентов с торакоабдоминальными аневризмами аорты частота сочетанной ИБС составляет 16,4 %, что определяет необходимость активного поиска коронарного поражения.

Послеоперационная летальность при хирургическом лечении торакоабдоминальных аневризм аорты в сочетании с ИБС без коррекции коронарной недостаточности по нашим данным составила 28,6 %.

Проведение коронарной реваскуляризации позволяет уменьшить количество кардиальных осложнений и послеоперационную летальность.

Ю.В. Белов, Б.А. Константинов, Р.Н. Комаров

## ЗНАЧЕНИЕ HBVL-КЛАССИФИКАЦИИ В ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ

ГУ «Российский научный центр хирургии РАМН» (г. Москва)

При хирургическом лечении больных аневризмами аорты большинство осложнений связано с отсутствием коррекции патологических изменений артериальных бассейнов. Наибольшую сложность для хирургического лечения представляют сочетанные торакоабдоминальные аневризмы аорты (ТААА).

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассмотреть и модифицировать клинично-функциональную HBVL-классификацию РНЦХ РАМН с учетом понятия критического стеноза и оценить ее значение в хирургии ТААА.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В РНЦХ РАМН с 1992 года применяется клинично-функциональная классификация окклюзирующих поражений артериальных бассейнов, в которой за основу взяты общепризнанные классификации недостаточности артериального кровообращения. Условно выделенным сосудистым бассейнам классификация имеет в своем названии соответственно английское отображение первых букв: HBVL (H — сердце, B — головной мозг, V — висцеральные сосуды, L — нижние конечности). Рядом с каждой буквой указывается функциональный класс (ФК) артериальной недостаточности.

С учетом клинично-функциональной классификации и модифицированной нами HBVL-классификации проведена оценка 99 пациентов ТААА, оперированных в РНЦХ РАМН с 1986 по 2005 гг.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В современной хирургии оптимален унифицированный подход к артериальным бассейнам. Эта позиция основана на определении критического стеноза в кардиохирургии. При стенозе  $\geq 75\%$  магистральной артерии любого артериального бассейна возникает декомпенсация кровотока, что определяет необходимость реваскуляризации. Однако в ряде авторитетных источников (American Heart Association, ИССХ им. Бакулева, РНЦХ РАМН им. Б.В. Петровского) приводятся сведения о том, что значимые изменения кровотока в ветвях аорты могут быть при стенозе  $\geq 50\%$ . В своем исследовании «критический» стеноз  $\geq 75\%$  любой из ветвей аорты мы определили третьим ФК, рассматривая данных пациентов как потенциальных кандидатов для реконструкции. В связи с этим мы модифицировали клинично-функциональную классификацию HBVL с учетом анатомической степени стеноза, назвав последнюю функционально-анатомической.

Необходимость данной модификации определяется в первую очередь невозможностью проведения функциональных (гемодинамических) проб у пациентов с ТААА, с целью определения коронарного и цереброваскулярного резервов в связи с опасностью разрыва (расслоения) аневризмы. Во-вторых, если учитывать лишь клинично-функциональную характеристику (например, асимптомный стеноз), то мы можем встретиться с ошибкой тактики, когда при отношении больного к 1 ФК реваскуляризация не производится, и в послеоперационном периоде возможны осложнения: инфаркт миокарда (ИМ), ишемический инсульт (ИИ). В-третьих, при наступлении критического стеноза  $\geq 75\%$  резко ограничиваются компенсаторные возможности артериального русла и, как правило, показано восстановление магистрального кровотока. При поражении хотя бы одной магистральной артерии сердца  $\geq 60\%$ , при двух (трех)-сосудистом поражении  $\geq 50\%$  даже в одной проекции коронарограммы необходима реваскуляризация миокарда. 3–4 ФК предполагает реваскуляризацию пораженного бассейна. Однако следует отметить ситуации, когда при наличии H4 необходимость реконструкции артерий сердца не является абсолютной (например окклюзия правой коронарной артерии при левом типе кровоснабжения сердца). В тоже время при B2 встречаются ситуации, когда реконструкция необходима (например, при стенозе  $< 75\%$  и нестабильной атерогенной бляшке, при стабильной бляшке со стенозом 60% и клиникой ишемии мозга).

Таким образом, считаем стеноз  $\geq 75\%$  (обусловленный бляшкой или расслоением) брахиоцефальных артерий (БЦА), висцеральных и артерий нижних конечностей (АНК) третьим ФК, окклюзию — четвертым ФК даже при отсутствии клиники. При наличии стеноза  $\geq 60\%$  одной коронарной артерии больного относим к 3 ФК, при двух (трех) сосудистом окклюзирующем поражении  $\geq 50\%$  и/или наличии перенесенного ИМ в анамнезе, либо нестабильной стенокардии к 4 ФК (т.к. при нестабильной стенокардии, либо перенесенном ИМ, отсутствуют выраженные стенотические изменения коронарных артерий лишь у 5% пациентов). По нашим данным практически у каждого пятого больного ТААА имеется декомпенсация кровотока в том или ином артериальном бассейне,

3 – 4ФК НВVL-бассейнов составляет от 4 до 19,2 %. У больных истинными ТААА (в этиологии заболелания преобладал атеросклероз) имеется преимущество 3 – 4ФК Н и В бассейнов, в сравнении со всеми пациентами ( $t = 2,19, p = 0,03$  и  $t = 2,06, p = 0,04$  соответственно). При оценке больных ТААА лишь с учетом клинико-функционального принципа (оригинальная классификация 1992 г.) мы получили достоверно меньшие показатели в Н и V бассейнах, что подтверждает правильность нашего подхода.

#### ВЫВОДЫ

Предлагаемая функционально-анатомическая НВVL-классификация окклюдизирующих поражений артериальной системы позволяет более наглядно оценить состояние артериального русла, выработать оптимальную тактику лечения, оценить объем и очередность реваскуляризации пораженных бассейнов у больных торакоабдоминальными аневризмами аорты, проводить динамическую оценку в до- и послеоперационном периоде.

**Д.С. Бердников, Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов**

### ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» (г. Красноярск)*

Одним из грозных осложнений при сочетанной травме является синдром абдоминальной компрессии. Патологические сдвиги, возникающие при остром и чрезмерном повышении внутрибрюшного давления, проявляются нарушениями сердечно-сосудистой системы, дыхания, мочеиспускания, расстройствами перфузии внутренних органов и развитием ишемии кишечника. Ишемические нарушения спланхической зоны чреваты усугублением воспалительной реакции, повышению проницаемости кишечника с развитием бактериальной транслокации, что может играть роль в развитии синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан метод профилактики синдрома абдоминальной компрессии, заключающийся в следующем: между петлями кишечника и передней брюшной стенкой в зоне лапаротомной раны укладывается многослойная пористая матрица – прокладка (интерпонент) с захождением под края раны не менее 10 см. Матрица представлена многослойной целлюлозной полупроницаемой мембраной с величиной пор до 3 нм, проницаемая для воды и других веществ с молекулярной массой до 15 дальтон. Затем накладываются редкие противозвентрационные швы через все слои передней брюшной стенки. Между краями раны укладывается второй слой пористого интерпонента. Швами края лапаротомной раны сближаются с диастазом до 6 – 8 см. Лапаротомная рана и мембранное покрытие закрываются многослойной асептической марлевой салфеткой, смоченной в 0,2% растворе хлоргексидина. Повязка меняется через 24 часа.

Внутрибрюшное давление измеряется непрямим методом, через катетер Фолея. Мочевой пузырь служит пассивной диафрагмой, и внутрибрюшное давление не повышается при объеме 50 – 100 мл. Для мониторинга внутрибрюшного давления измерения проводится каждые 3 часа.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Данная методика была нами применена у пяти больных с закрытой травмой живота, в возрасте от 25 до 62 лет, находившихся на лечении в ГКБ № 6 в 2006 году. У троих пациентов при первичной операции были выявлены разрывы внутренних органов, множественные гематомы брыжейки и забрюшинного пространства. Для предотвращения развития компартмент синдрома первичная операция была завершена лапаростомой по предложенному нами способу. Двое пациентов были оперированы повторно, с целью хирургической декомпрессии, так как в послеоперационном периоде длительно сохранялся парез кишечника, что привело к росту внутрибрюшного давления до критических цифр – 35 мм. рт. ст. и более. После наложения лапаростомы парез кишечника удавалось купировать не позднее 48 – 72 часов, после чего лапаростома была закрыта. Предупреждение роста внутрибрюшного давления позволило сократить время ИВЛ – все пациенты были экстубированы не позднее, чем через 10 часов после наложения лапаростомы. Срок пребывания в стационаре сократился в среднем на 3 суток. Данная методика имеет ряд преимуществ, но нуждается в доработке и оптимизации технического решения.

С.Н. Березуцкий, Ю.А. Варенцев, В.Е. Воловик, А.Н. Метелкин

## МЕТОД «ОТКРЫТАЯ ЛАДОНЬ И ПАЛЬЦЫ» ПРИ УСТРАНЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПОИТРЕНА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

*МХО ККБ № 2 (г. Хабаровск)*

*ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)*

*ИПКСЗ (г. Хабаровск)*

Профилактика нагноения послеоперационных ран является одной из важнейших проблем хирургии, в общем, и хирургии кисти в частности.

Прошло около 170 лет со времени появления сообщения Дюпоитрена о контрактуре пальцев кисти. За этот период предложено множество способов оперативного лечения данного заболевания. Но все различия касаются, в основном, линий разреза и методов пластики образующихся после разгибания пальцев дефектов кожи. Сложность выделения тонких анатомических структур (нервов и сосудов) из грубого рубцово-измененного ладонного апоневроза, травматичность операции, большая продолжительность ее, применение обширных кожных пластик, повышенная кровоточивость ран в послеоперационном периоде обуславливают довольно большое количество осложнений, в том числе и нагноение ран (5 – 10 %).

В связи с этим представляет большой интерес применение способа оперативного лечения данного заболевания «открытая кисть», позволяющая кардинально решить эту проблему.

Метод «открытая ладонь и пальцы» или «открытая кисть» представляет собой модификацию оригинальной техники Коша «открытая ладонь» (1964), нашедшей крайне мало последователей за рубежом, не применявшейся и не известной в нашей стране.

Способ «открытая ладонь и пальцы» («открытая кисть»), предназначенный для оперативного лечения болезни Дюпоитрена, разработан и впервые применен на клинической базе ЦИТО – в городской клинической больнице № 33 им. Остроумова в 1976 г.

По своей сути метод биологичен: делаются параллельные разрезы кожи, располагающиеся поперечно на ладони и пальцах. При этом формируются мостовидные лоскуты с двойным кровоснабжением. Раны при этом не зашиваются, оставляются зияющими. Поэтому раны, разделенные лоскутами, сообщаются между собой и свободно дренируются. Для улучшения условий регенерации сосуды при операции не лигируют и не коагулируют. Под влиянием ранней функциональной нагрузки создается благоприятная возможность для самозаживления ран в короткие сроки.

В отделении микрохирургии метод «открытая ладонь и пальцы» при контрактуре Дюпоитрена применяется с 1981 года. Основная группа больных была с контрактурой 2 – 3 степени (при 3-х степенной классификации), когда функция кисти была значительно ограничена и нарушала как трудоспособность, так и самообслуживание.

Срок заживления ран совпадает с полным восстановлением функции пальцев от 2 до 4 – 5 недель, в зависимости от степени контрактуры, а также размеров послеоперационных ран. В дальнейшем проводим комплекс восстановительного лечения по общепринятой методике.

За последние 10 лет (1995 – 2005 гг.) в отделении данным способом было оперировано 282 больных с различными степенями контрактуры Дюпоитрена. Не было выявлено ни одного случая нагноения послеоперационной раны.

Следует подчеркнуть, что все явные достоинства и преимущества метода «открытая ладонь и пальцы» могут быть реализованы только при надлежащей подготовленности хирурга к этому ответственному и деликатному вмешательству, которое следует проводить лишь при наличии соответствующего оборудования и хирургического инструмента для кистевой хирургии, а также совершенного знания анатомии кисти. Наряду с этим, большое значение имеет правильное послеоперационное ведение больного, которое заключается в коротком сроке иммобилизации (3 – 5 суток) и проведении активной комплексной реабилитации.

Данный метод превосходит известные методы по принципу хирургической техники и более благоприятным функциональным исходам. Метод прост в исполнении и не требует каких-либо вариантов кожной пластики, длительной иммобилизации, период заживления ран совпадает с периодом полного восстановления функции пальцев, отсутствуют гнойные осложнения послеоперационных ран.

**С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик**

## ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*ГОУ ВПО ДГМУ Росздрава (г. Хабаровск)*

В хирургии кисти особое место занимают сочетанные повреждения пальцев кисти, включающие в себя перелом или дефект кости, сухожилий (чаще разгибателей), кожи и мягких тканей. Эти повреждения чаще всего образуются в результате воздействия, как правило, фрезерного станка или циркулярной пилы, реже — разлетевшимся абразивным кругом «болгарки». Обычно страдают дистальные и средние фаланги пальцев кисти.

На дистальной фаланге при этом еще страдает наполнение подушечки пальца, которая играет большую роль в функции пальца. Нами в доступной литературе не найдено способов реконструкции дефектов дистальных фаланг при таком сочетании. Выполнение только кожной пластики не возмещает дефекта наполнения и косметический результат не вполне удовлетворительный.

Нами предложен способ кожно-костной реконструкции сочетанных повреждений продольного дефекта кости дистальной фаланги и ладонной поверхности подушечки пальца, успешно примененный на практике у 11 больных.

Первым этапом производим костную аутопластику трансплантатом, взятым из дистального метаэпифиза лучевой кости с одноименной конечности, который после его формирования фиксируется тонкой спицей или серкляжным швом в позиции, восполняющем отсутствующую часть возвышения дистальной фаланги.

После восполнения костного дефекта выполняем кожную пластику островковым перемещенным лоскутом на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком, предложенный R. Venkataswami и N. Subramanian в нашей модификации, для гарантированного и достаточного кровоснабжения костного ауто трансплантата во избежание его лизиса. Данный лоскут позволяет сохранить все виды чувствительности лоскута. Лоскут укладывается на фиксированный костный ауто трансплантат и фиксируется швами. После этого выполняется аутопластика ногтевой пластинки.

При сочетанных повреждениях на уровне средних фаланг первым этапом выполняется открытая репозиция отломков, артродезирование или костная аутопластика с фиксацией в оригинальной чрескостной спицевой distractionной конструкции. Затем осуществляется лоскутная пластика указанного выше лоскутом в единственном варианте либо в сочетании с тыльным фасциальным реверсированным лоскутом. Внешней иммобилизации при этом не требуется.

Таким образом, применения комплексного подхода к лечению сочетанных повреждений пальцев кисти с включением костной аутопластики, репозиции отломков или артродезирования, кожной пластики и замещения дефектов сухожилия и мягких тканей, фиксацией во внеочаговой спицевой distractionной системе является наиболее адекватной данному виду повреждения и способствует получению приемлемого функционального и эстетического результата.

**С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик**

## ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ ЛОСКУТНОЙ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава (г. Хабаровск)*

*ИПКСЗ (г. Хабаровск)*

*МХО ККБ № 2 (г. Хабаровск)*

В связи с широким применением лоскутной пластики при дефектах пальцев кисти особое внимание уделяется профилактике различных осложнений, прежде всего, нагноениям послеоперационных ран.

Устойчивость тканей к нагноению в области операции обусловлена следующими факторами: степенью повреждения тканей, выраженностью нарушения кровообращения, питанием лоскута, обсемененностью раны, щадящей операционной техникой, опытом хирурга, возможностью полноценного закрытия дефекта лоскутом.

В связи с этим приобретает большое значение тщательное выполнение всех компонентов лоскутной пластики при травматических дефектах пальцев кисти.

*Во-первых*, обязательное применение принципа отсроченной первичной хирургической обработки раны при повреждениях, сопровождающихся размождением, загрязнением ее краев, позднем обращении больного.

*Во-вторых*, улучшение или восстановление кровообращения тканей, прилежащих к ране (сосудистая терапия, препараты местного воздействия и т.д.).

*В-третьих*, иссечение всех размятых и поврежденных тканей, рациональная антибиотикотерапия, применение эффективных местных антисептических препаратов, современных систем для промывания ран и их вакуумирования.

*В-четвертых*, использование для закрытия дефектов лоскутов с надежным кровообращением, отдавая предпочтение лоскутам с осевым сосудистым питанием на постоянной ножке (островковые перемещенные лоскуты на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком).

*В-пятых*, обеспечение при лоскутной пластике полноценного закрытия раны с соответствием кожного компонента размерам ран, учитывая при этом сократимость кожи и избыток тканей, сопровождающих лоскут (сосудисто-нервный пучок, жировая ткань, фасция).

*В-шестых*, избегать при кожной пластике ишемии лоскута путем предотвращения скелетирования сосудистой ножки, точной диагностики на дооперационном периоде гипоплазии артерии, недопущения травматизации сосудисто-нервного пучка, адекватной терапии длительного спазма сосудов, профилактики сдавления пучка вследствие отека или натяжения тканей.

*В-седьмых*, применение атравматической операционной техники с элементами микрохирургии (соответствующие нитки, увеличение, инструменты).

*В-восьмых*, хирург должен обладать соответствующим опытом и квалификацией.

Таким образом, только тщательное соблюдение мер профилактики осложнений во время применения современных методик кожной пластики дефектов пальцев кисти позволяет избежать такого грозного осложнения, как нагноение послеоперационной раны, и получить приемлемый функциональный и эстетический результат.

**Г.М. Бесаев, В.Г. Багдасарьянц**

## **ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)**

**Цель исследования** — улучшение результатов лечения пострадавших с нестабильными повреждениями таза при политравме путем разработки рационального тактико-технического алгоритма оказания помощи с учетом прогноза тяжести шока.

Нами проведен анализ лечения 390 пострадавших с тяжелой политравмой, сопровождающейся шоком, которые лечились в институте с 1998 по 2005 гг. Возраст больных от 16 до 83 лет. Среди них мужчин было 210 (53,9 %) и женщин 180 (46,1 %).

Травма получена, в основном, в результате дорожно-транспортных происшествий (60,3 %) и падения с высоты (28,6 %). При этом шок I степени диагностирован у 122 (31,3 %), II степени у 89 (22,8 %) и шок III степени у 179 (45,9 %).

Оперативное лечение повреждений таза проводилось у 152 (38,9 %) пострадавших, при лечении 238 (61,1 %) больных использовались традиционные консервативные методы, а также разработанный нами лечебно-транспортный пояс.

Из 152 оперированных больных чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации таза осуществлен в остром периоде травмы у 130 (85,5 %).

Согласно разработанной тактике, пострадавшие с травмой таза подразделяются на 3 группы в зависимости от тяжести травматического шока, что и определяет вид, объем и сроки проведения травматологического пособия.

**1.** Благоприятный прогноз для оперативного лечения. При повреждениях тазового кольца показаны малоинвазивные методы чрескостного остеосинтеза, репозиция и фиксация как переднего, так и заднего отделов таза.

**2.** Сомнительный прогноз для оперативного лечения. При сомнительном прогнозе допустимы оперативные вмешательства по поводу повреждений таза, обеспечивающие надежную фиксацию костей. Показаны такие репозиции, которые не наносят дополнительной травмы и выполняются аппаратами внешней фиксации

**3.** Неблагоприятный прогноз для оперативного лечения. У этих пациентов комплекс реанимационных и противошоковых мероприятий проводится без снятия транспортных шин и повязок. С гемостатической целью накладывается лечебно-транспортный тазовый пояс. При успешной противошоковой терапии возможно осуществление фиксационного остеосинтеза переднего отдела наименее травматичным способом. Окончательное восстановление поврежденных отделов таза осуществляется по истечении острого периода травмы путем перемонтажа аппарата внешней фиксации или открытым способом.

Тактико-технический алгоритм, используемый в институте, позволил заметно улучшить качество организации и эффективность реабилитации пострадавших с тяжелыми повреждениями таза.

А.Э. Блюменкранц, С.Ю. Чистохин, С.А. Мясников, В.В. Тимофеев

## ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)  
Дорожная клиническая больница (г. Чита)

Проблемы острого панкреатита последние годы чаще других обсуждаются на съездах и конференциях в России и за рубежом. Во многих докладах и публикациях обосновывается расширение показаний к более продолжительному консервативному или «полузакрытому» ведению таких больных с применением эндовидеохирургических технологий.

Из лечившихся в Дорожной клинической больнице ст. Чита-II в 1997–2006 гг. 1240 пациентов с различными формами острого панкреатита у 46 (3,7 %) применено такое лечение в связи с выраженными клиническими, лабораторными и УЗИ-признаками поражения поджелудочной железы, при небольших сроках (1–3 суток) от начала заболевания. В ходе диагностической лапароскопии, поскольку не исключалась и деструктивная форма заболевания, у больных этой группы выявлены лишь косвенные признаки мелкоочагового панкреонекроза — единичные пятна стеатонекроза и местный или диффузный серозно-ферментативный перитонит. Таким пациентам выполняли под эндовидеоконтролем чрескожную чреспеченочную минихолецистостомию спиралевидным катетером, дренирование сальниковой сумки через винслово отверстие двухпросветной трубкой ТММК № 24 или 27, дополнительно вводили через отдельные проколы дренажные трубки в малый таз (у всех 46) и в левое поддиафрагмальное пространство (у десяти), ряду больных (12) в толщу круглой связки печени проводили тонкий катетер для повторных новокаиновых блокад и подведения антибиотиков.

Проточно-промывное дренирование сальниковой сумки продолжали до 6–10 суток. Наружное желчеотведение, дополненное ежедневными промываниями пузыря и протоков через холецистостому новокаином с антибиотиками и гепарином и (или) 0,04% раствором гипохлорита натрия, продолжали до 8–12 суток, после контрастной холецистохолангиографии катетер удаляли. Традиционную инфузионную, антибактериальную и антиферментную терапию дополняли короткими курсами сандостатина (октреотида) по 200–300 мкг/сут. или, чаще, 5-фторурацила по 250–500 мг/сут. в первые 3–5 дней с последующим переходом на антисекреторную терапию H<sub>2</sub>-блокаторами (фамотидин) в сочетании с периферическими холинолитиками (гастроцепин). Комбинация двух последних препаратов использовалась и после выписки из стационара в качестве поддерживающей терапии в период реабилитации. У 38 пациентов применялось лазерное или ультрафиолетовое облучение крови. У всех больных этой группы констатировано благоприятное течение заболевания, средние сроки стационарного лечения составили  $11,6 \pm 2,2$  к/дня. В этой небольшой группе больных отмечена отчетливая корреляция между активностью санационных промываний желчных протоков и сальниковой сумки со скоростью нормализации клинических, физиологических, ультразвуковых и лабораторных показателей.

В отдаленные сроки от 1 до 8 лет лишь у 5 пациентов наблюдались повторные эпизоды панкреатита, связанные со злоупотреблением алкоголя, во всех случаях обострение удалось купировать консервативными мерами.

Таким образом, лапароскопические технологии достаточно эффективны в острой фазе мелкоочагового панкреонекроза, позволяют предотвратить прогрессирование заболевания и развитие гнойно-септических осложнений, заметно улучшают ближайшие и отдаленные клинические и функциональные результаты лечения больных острым панкреатитом.

Н.И. Богомолов, И.А. Кузнецова, Н.Н. Томских, М.А. Гончарова

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНАЭРОБНОЙ ГАЗООБРАЗУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)  
Областное патолого-анатомическое бюро (г. Чита)

Анаэробная газообразующая инфекция (АГИ) в мирное время встречается намного реже, чем у раненых в военных конфликтах. Поэтому, нередко, диагноз устанавливается с опозданием и лечение оказывается неадекватным. В последние пять лет участились случаи АГИ, особенно после выполнения инъекций в домашних условиях.

По материалам двух клиник города мы располагаем 16 наблюдениями АГИ. Мужчин было 10, женщин — 6; возраст — от 39 до 71 года. Девять человек имели тяжелую фоновую и сопутствующую патологию (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, последствия спинальной травмы и др.), по поводу

которой и получали лечение на дому или в амбулатории, в том числе двое с парапроктитом. У 7 пациентов АГИ развилась после травмы: поездная была у 3, огнестрельное дробовое и минно-взрывное ранение — у 2, травму при дорожно-транспортном происшествии получили 2 человека. Во всех случаях первичная хирургическая обработка проведена с опозданием и не в полном объеме, вторичная — осуществлялась в клинике после доставки из районных ЛПУ. Развернутая клиническая картина с температурной реакцией, тяжелым общим состоянием, отеком и эмфиземой мягких тканей с характерным их цветом была у 11 больных. Бактериологическая верификация возбудителя при жизни осуществлена только при повторных исследованиях у 8 человек, у двух пациентов диагноз выставлен только на основании клинических данных. У шести оно нашло подтверждение при исследовании трупного материала. Локализация первичного очага отличалась разнообразием: в 1 наблюдении это была поясничная область, в 2-х — стопа и голень, в 2-х — бедро, в 2-х — промежность, таз и параректальные ткани, в 9 случаях — ягодичная область.

Лечение осуществлялось в отделениях хирургической инфекции и боксированных реанимационных палатах. Антибактериальная терапия включала не менее 3-х антибактериальных средств, в том числе метрогил, детоксикационную и симптоматическую терапию, ГБО, методы эфферентной терапии, местное медикаментозное лечение ран с этапной некрэктомией и вторичными хирургическими обработками. Противогангренозная сыворотка использовалась в дозе 100000 — 150000 ЕД. Широко применялось проточно-аспирационное дренирование с антисептиками из группы окислителей, сорбционно-аппликационное лечение (патент № 2195291). Кожная пластика при ранах площадью более 25 см<sup>2</sup> применена у 11 человек, у 4-х из них в два и более этапов. У 3-х больных выполнены ампутации конечности: на уровне голени — у 1, на уровне бедра — у двух. Контрактура и тугоподвижность в суставах на момент выписки имелись у 3 человек.

Умерло 6 (37,5 %) больных, среди причин смерти кроме АГИ, сепсиса фигурировали ТЭЛА (2 случая), инфаркт миокарда (1), перитонит (1). В 3-х наблюдениях результат микробиологического исследования трупного материала оказался неожиданным для хирургов. Эпидемиологическое расследование случаев АГИ выявило несоблюдение правил асептики и антисептики при выполнении инъекций на дому, дефекты при оказании первой врачебной и специализированной помощи на этапах эвакуации. Все случаи разобраны по цепи следования больных.

Таким образом, анаэробная газообразующая инфекция в мирное время осложняет течение открытых травм, соматических заболеваний, особенно у ослабленных больных, при выполнении инъекций в домашних условиях лицами, не имеющими медицинского образования. Течение заболевания может быть торпидным, без явных классических клинических признаков. В лечении решающее значение имеет своевременная качественная хирургическая обработка ран (гнояников), антибактериальная и серотерапия, ГБО, местное медикаментозное лечение с использованием сорбентов.

**Н.И. Богомолов, Д.В. Сафронов, Н.Н. Томских, О.В. Иванова, Л.Г. Пикулина, И.В. Терентьева,  
И.В. Шишов, Б.Ф. Дученко, А.Ю. Гусев**

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

**ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава (г. Чита)  
ГУЗ ОКБ (г. Чита)  
НУЗ ДКБ (г. Чита)  
ОВКГ № 321 СибВО (г. Чита)**

Представлен анализ фрагмента материала трех клиник г. Читы по диагностике, лечению и реабилитации больных дивертикулезом ободочной кишки. Изучено 137 историй болезни, женщин было 98, мужчин — 39, в возрасте от 43 до 87 лет (средний — 60,3 ± 13,1). Осложнения дивертикулярной болезни имели место у 48 (35,04%), в том числе: дивертикулит, парадивертикулярный инфильтрат, синдром раздраженной кишки — у 13, перфорация дивертикула с отграниченным перитонитом — у 12 и забрюшинным абсцессом еще у 4, профузное кишечное кровотечение — у 10, острая кишечная непроходимость — у 7, сочетание осложнений было у 9 пациентов, у 8 — в последующем перфорация следовала за кровотечением или наоборот.

На протяжении последних трех лет ежегодно от 17 до 21 больного с дивертикулярной болезнью находятся на обследовании и лечении в единственном колопроктологическом отделении ГУЗ ОКБ. Для диагностики заболевания используется известный протокол обследования, где основным методом визуализации является рентгенологический (ирригоскопия), у ряда больных применялась колоноскопия и лапароскопия. Однако, у 4-х пациентов правильный диагноз установлен только при патологоанатомическом исследовании, в то время как при лапаротомии у 3 и при лапароскопии у 1 человека процесс трактовался как неоперабельная злокачественная опухоль. Еще в 7 случаях до операции на основании



и рентгенологического исследования опухоль подозревалась. Из 48 человек в экстренном порядке оперировано 19, в срочном — 29. В связи с ранними послеоперационными осложнениями и (или) рецидивом кровотечения повторно оперировано 5 пациентов. Объем операции был индивидуален и зависел от интраоперационной трактовки патологического процесса, опыта и квалификации хирурга, тяжести состояния, сопутствующей и фоновой патологии у больного. Резекция сигмовидной кишки в варианте операции типа Микулича (у 11) или Гартмана (у 6) выполнена у 17 пациентов, левосторонняя гемиколэктомия — у 14, резекция поперечноободочной кишки — у 6, колостомия — у 5, правосторонняя гемиколэктомия — у 3, субтотальная колэктомия — у 1, лапаротомия, ревизия, встречное тотальное дренирование кишки — у одного пациента. Умерло после операции 4 (8,33 %) человека, осложнения имели место у 9 (18,75 %).

Восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции в сроки от 2-х месяцев до 1,5 лет после первичной операции, в том числе с дополнительной резекцией ободочной кишки (у 3-х человек), выполнены 39 больным. Трем пациентам было отказано в хирургической реабилитации из-за преклонного возраста и (или) тяжелой сопутствующей патологии, два человека не явились на закрытие колостомы. При двустольной стоме восстановление естественной непрерывности кишки осуществляли из локального окаймляющего доступа (патент РФ № 2228149), при одностольной — из лапаротомного с формированием анастомоза ручным или аппаратным (у 7 человек) швом. В последние шесть лет при формировании соустья активно используем однорядный прецизионный шов, который существенно снизил число послеоперационных осложнений. При выполнении восстановительных операций у 3 больных выполнены симультантные операции: пластика ventральной грыжи — у 2 и холецистэктомия — у одного человека. Летальных исходов не было, осложнения отмечены в 6 (15,38 %) случаях.

Таким образом, дивертикулярная болезнь ободочной кишки протекает с осложнениями у каждого третьего-четвертого больного. Некоторые осложнения трудны для диагностики даже с использованием современных средств визуализации. Хирургическое лечение требуется при большинстве осложнений. На высоте кишечного кровотечения особенно трудно определить с объемом хирургического пособия, так как источник локализовать сложно. Расширенные операции типа субтотальной колэктомии могут применяться в исключительных случаях. Больные дивертикулярной болезнью должны находиться на диспансерном учете и периодически обследоваться в специализированном стационаре или поликлинике.

**Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских**

### **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ФУРНЬЕ**

**ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)**

Нами обобщен материал двух ЦРБ, где авторы в начале своей карьеры работали, ОКБ и ДКБ города Читы по 14 наблюдениям болезни Фурнье. Возраст больных был в пределах от 28 до 59 лет. Время заболевания до поступления в стационар — от 20 часов до 5 суток. Двух больных доставили в состоянии тяжелого инфекционно-токсического шока, вывести из которого их не удалось, они погибли. На вскрытии картина острого сепсиса, шока, полиорганной недостаточности. Летальность — 14,2 %.

В стационаре всем больным после санитарной обработки, интенсивной инфузионной терапии проводилось активное хирургическое вмешательство, сущность которого в рассечении мошонки, брюшной стенки и внутренней поверхности бедер, иссечении нежизнеспособных тканей, широком дренировании, применении антисептиков из группы окислителей. Пять человек получили противогангренозную сыворотку в дозе от 100 000 до 150 000 ЕД. Вторичная хирургическая обработка проводилась по мере необходимости от 2 до 5 раз до полного очищения ран. Все больные получали антибиотики широкого спектра действия, которые подбирались и заменялись по мере получения антибиотикограмм. Осуществляли местное медикаментозное лечение ран, в последние 15 лет широко использовались методы эфферентной терапии (УФО, ГБО, ЛОК и др.). На 16 — 28 сутки осуществлялось, где это было возможно, наложение вторичных швов, применялась кожная пластика, нередко в несколько этапов. Четырех больными средствами Санавиации перевели в Областную и Дорожную больницы на долечивание и реабилитацию. Яички, как правило, погружались под кожу на внутренней поверхности бедер.

У 3 больных за последние 9 лет применили собственный способ лечения гнойных ран (патент РФ № 2195291), сущность которого в использовании лекарственной композиции на основе сорбента природного происхождения (цеолит + смектит), гипохлорита натрия и поливинилпирролидона. Повязка накладывается сразу после хирургической обработки очага инфекции, меняется 1 раз в сутки. Выраженное дезодорирующее, некрофибринолитическое, адсорбирующее и биостимулирующее действие композиции позволило ускорить очистку раны более чем в 2 раза, а у одного больного удалось даже

сохранить большую часть тканей мошонки и предотвратить обнажение яичек, начав сорбционно-аппликационную терапию в ранние сроки заболевания. Приводим наблюдение.

Б-ной Е., 29 лет, инвалид 2-й группы по ДЦП, и.б. 1234/6, поступил в ОКБ по скорой помощи через 28 часов с момента заболевания с диагнозом «Флегмона мошонки и брюшной стенки, сепсис?». При поступлении состояние тяжелое, беспокоит острая боль в мошонке, паховых областях, резкая слабость. Температура 39,6 °С, лежит на спине с поджатыми к животу бедрами, стонет, АД- 90 и 40 мм рт. ст., пульс 134 уд. в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Мошонка увеличена в объеме, ее кожа и кожа передней брюшной стенки ниже пупка, внутренней поверхности бедер багрово-синего цвета, напряжена, участки некроза размером от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Начата противошоковая, детоксикационная терапия, после стабилизации состояния в условиях гнойной операции сделаны множественные разрезы кожи и глуболежащих тканей на мошонке, брюшной стенке, выполнена экономная некрэктомия, выделилась грязно-серого цвета с дурным запахом жидкость, взят материал на бактериологическое исследование, раны широко дренированы резиновыми полосками, обработаны перекисью водорода, свежеприготовленным перманганатом калия, больной помещен в отделение реанимации. В последующие сутки во время перевязки применили сорбент, насыщенный гипохлоритом натрия и поливинилпирролидоном. Перевязки делали ежедневно на протяжении 6-и суток, участки некроза не прогрессировали, запах и отек исчезли, из ран скудное гнойное отделяемое, постепенно раны заполнились грануляционной тканью, яички не обнажились. К 21-м суткам состояние стабилизировалось и пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на долечивание в поликлинику по месту жительства. Это единственный пример, когда удалось сохранить большую часть тканей мошонки благодаря своевременной общей и местной медикаментозной терапии с использованием сорбента природного происхождения в сочетании с активнейшим антисептиком из группы окислителей.

Таким образом, болезнь Фурнье является крайне тяжелым, опасным для жизни, гнойно-септическим заболеванием, протекающим стремительно, осложняющимся шоком и сепсисом. Лечение должно проводиться в ЛПУ, имеющем современные терапевтические и хирургические возможности, подготовленный персонал. При местном медикаментозном лечении ран хорошо себя зарекомендовали сорбционные технологии с использованием лекарственных смесей на основе сорбентов природного происхождения, позволяющие ускорить процесс очищения ран, сохранить часть тканей мошонки, улучшить общие результаты лечения.

**Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских**

## **ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТА**

**ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)**

**Цель исследования:** проведение ретроспективного анализа эффективности методов хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреатита на основе прогностических систем оценки тяжести его течения.

Решались **задачи:**

**1.** Оценить состояние больных до и после хирургического лечения на основе прогностических систем оценки тяжести течения острого панкреатита Ranson (1974) и APACHE II (1984). **2.** Проанализировать эффективность методов хирургического лечения панкреонекроза на основе динамической оценки показателей степени тяжести состояния больных по шкалам Ranson (1974) и APACHE II (1984). **3.** Выявить количество и тяжесть ранних послеоперационных осложнений при различных методах хирургического лечения.

Проанализированы результаты лечения 96 больных, лечившихся в клинике госпитальной хирургии за период с 2002 по 2005 гг. с различными формами панкреатита, из них 69 (72 %) мужчин и 27 (28 %) женщин. Средний возраст больных составил  $48,45 \pm 3,9$  лет. Среди этиологических причин ведущее место занимают алкогольный (37 %) и билиарный (32 %) факторы.

Больные распределены на 7 групп по видам лечебно-диагностических мероприятий. Первая группа клинического сравнения — включала пациентов, которым проводилось консервативное лечение с купированием болевого синдрома посредством блокады паравerteбральных ганглиев. Вторая — пациенты, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства. Третья — больные, которым после применения малоинвазивных технологий была выполнена лапаротомия. Четвертая — пациенты, которым наряду с лапаротомией были применены методы миниинвазивной хирургии. Пятая — больные, которым выполнялись санационные этапные лапаротомии. Шестая — группа лиц, которым после безуспешных традиционных открытых вмешательств применен собственный запатентованный способ сорбционно-аппликационного лечения. Седьмая — группа пациентов, которым при наличии клиники раз-

вития гнойно-некротических осложнений изначально применена собственная методика сорбционной терапии по патенту РФ № 2188045 «Способ лечения панкреонекроза».

Состояние всех пациентов было оценено с помощью клинико-лабораторных шкал Ranson и АРАСНЕ II. Каждый показатель выражался в баллах, окончательный результат определялся их суммой. Результаты анализа выглядят следующим образом. Максимальные значения показателей степени тяжести были выявлены у пациентов третьей группы, которым после миниинвазивных вмешательств выполнена лапаротомия, и у пациентов шестой группы, которым после безуспешного традиционного открытого вмешательства применена сорбционная терапия. Показатели составили по шкале Ranson  $5,8 \pm 1,8$  и  $5,9 \pm 1,76$  баллов, а по АРАСНЕ II —  $12,4 \pm 3,5$  и  $12,2 \pm 3,7$  баллов соответственно, а также в четвертой группе больных, которым наряду с лапаротомией применяли методы миниинвазивной хирургии и составили  $4,9 \pm 1,7$  баллов по шкале Ranson и  $14,1 \pm 5,7$  баллов по АРАСНЕ II. Промежуточное положение по показателям занимали больные седьмой группы.

Продолжительность лечения также оказалась наиболее высокой в данных группах: 46, 48 и 65 дней соответственно. Наименьшая — 12 и 25 дней соответственно в первой и седьмой группах, где не было и летальных исходов. При анализе послеоперационных осложнений ведущее место занимают абсцессы брюшной полости, плевриты, перитонит, анемия и кишечные свищи. Среди других осложнений отмечены сепсис (4), аррозивные кровотечения (9), ДВС-синдром (3), кишечная непроходимость (4). Наибольшая летальность (70 %) выявлена в группе больных, которым после применения миниинвазивных вмешательств выполнялась лапаротомия.

Таким образом, применение миниинвазивных вмешательств у пациентов, состояние тяжести которых превышало 3 балла по шкале Ranson и 7 баллов по шкале АРАСНЕ II привело в последующем к выполнению лапаротомии и открытое хирургическое вмешательство оказалось у ряда больных запоздалым. Чем агрессивнее были применяемые хирургические пособия при панкреонекрозе, тем больше осложнений и тем выше процент летальных исходов. Прогностические системы оценки тяжести панкреонекроза безусловно дают наиболее объективную картину течения заболевания у конкретного больного и они должны более широко применяться в клинической практике. Прогностические системы оценки тяжести способствуют правильному выбору метода хирургического пособия на первом и последующих этапах лечения. Открытые дренирующие операции с использованием сорбционно-апликационных методик позволяют сохранить жизнь даже у наиболее тяжелых пациентов с панкреонекрозом. Эта методика имеет свои показания и должна выполняться только подготовленными хирургами.

**Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, Д.В. Сафронов**

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ**

*ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)*

**Целью** исследования явилась необходимость создания obtураторов нового поколения, пломбировочной композиции и новых способов лечения сформированных, несформированных, трубчатых свищей и остаточных полостей.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для лечения различных свищей нами разработаны охраноспособные технологии и устройства для их реализации, значительно улучшившие общие результаты лечения. Оценка лечения осуществлялась по общепринятым критериям.

Для obtурации сформированных тонко- и толстокишечных свищей нами использовано устройство, созданное на основе вентиля мотокамеры (патент РФ № 2143285). Obtуратор готовится в условиях клиники, все материалы устройства, соприкасающиеся с тканями организма, имеют допуск для использования в медицине. Устройство применяли у 56 пациентов, одиннадцать из которых выполняли прежнюю работу. Obtуратор надежно герметизирует свищевой канал, удобно крепится на теле и практически не заметен за верхней одеждой. Все больные отметили повышение качества жизни при использовании этого устройства.

Для лечения несформированных и сформированных свищей и свищей, открывающихся в гнойную рану, нами разработано и применено у 43 больных «Устройство для obtурации и лечения кишечного свища» (патент РФ № 2224554). Устройство повышает эффективность процесса герметизации свищевого хода за счет надувного баллона и контейнера с сорбентом в основании прозрачной сферы. В просвет кишки вводятся интубационные трубки с раздувными манжетами, из приводящего колена дозированно осуществляется аспирация, а в отводящее колено вводится собранный химус и питательные смеси. В основании устройства укладывается контейнер с сорбентом, активно поглощающим изливаю-

щийся химус и предотвращающий мацерацию кожи. Устройство успешно применено у 43 больных. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (патент РФ № 2262942). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 32 больных. Лечение оказалось эффективным у 87 % больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространства, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Для хирургического лечения сформированных тонко- и толстокишечных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент РФ № 2228149). В основе способа лежит использование локального, окаймляющего свищ, хирургического доступа, использование однорядного непрерывного кишечного шва при формировании анастомоза с использованием прецизионной техники, формирование отграниченного в брюшной полости пространства, предупреждающего в случае несостоятельности шва развитие разлитого перитонита. Способ успешно применен у 84 больных. Частичная несостоятельность шва имела место лишь у одного пациента.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия кишечных свищей, есть прекрасное поле деятельности для разработки новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных обтураторах, повышающих качество их жизни. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых обтураторов.

**И.К. Бойко, Л.В. Алексеева, В.А. Шантуров**

### **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск)  
ГУ НЦРВХ ВСНЦ РАМН (г. Иркутск)*

#### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Изучить возможности ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) в диагностике острых тромбозов и посттромботических состояний вен нижних конечностей и таза.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

С 2004 по 2006 год обследовано 165 больных с острым тромбозом крупных венозных коллекторов системы нижней полой вены (НПВ) и 458 пациентов с посттромботической болезнью (ПТБ) нижних конечностей. Исследования проводились на ультразвуковой системе PHILIPS EnVisor методом ультразвукового дуплексного сканирования. Определялись верхний уровень и протяженность окклюзии магистральной вены. Особое внимание уделялось состоянию главных сегментарных ветвей: берцовых, глубокой бедренной и подвздошных вен (места их впадения являются истоками коллатеральной сети). По протяженности флеботромбоза различали: сегментарный тромбоз (без исключения сегментарных ветвей) и распространенный тромбоз (с исключением одной или двух главных сегментарных ветвей). Оценивали состояние стенок, просвет вен, реакцию на компрессионную пробу, локализацию тромбоза, его протяженность, давность возникновения и степень фиксации тромба, изменение параметров кровотока в динамике реканализации.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В группе больных с острым тромбозом вен нижних конечностей и таза УЗДС позволило установить окклюзивный тромбоз в 137 (83 %) наблюдений: у 12 (9 %) пациентов тромбоз НПВ, сегментарный тромбоз магистральных вен в 36 (26 %) и распространенный тромбоз в 89 (65 %) наблюдениях. Неокклюзивный тромбоз выявлен в 28 (17 %) случаев. Диагностическими признаками неокклюзивного тромбоза считали наличие фиксированных пристеночных неоднородных структур в просвете вены и неполное

смыкание стенок при компрессионной пробе. Эмбологенноопасный распространенный окклюзивный тромбоз с флотирующей верхушкой выявлен в 23 % наблюдений. Для профилактики тромбозомболии легочной артерии применялся эндоваскулярный метод имплантации кава-фильтра под рентгенологическим контролем. Ультразвуковой контроль за состоянием кава-фильтра позволил выявлять его проходимость, частичный тромбоз или тромбоз кава-фильтра с флотирующей верхушкой в просвете НПВ. УЗДС дает возможность в динамике следить за процессом реканализации тромбированной вены, состоянием главных коллатеральных ветвей. Результаты исследования УЗДС в группе пациентов с ПТБ оценивали на основании: проходимости вен, состояния их просвета и стенок. Функция клапанного аппарата определялась при проведении компрессионных проб. При реканализованной форме ПТБ с деструкцией клапанного аппарата УЗДС позволяет выявить основные сегменты с ретроградным кровотоком. Из них в развитии декомпенсированной ХВН в 259 (57 %) наблюдениях функционально наиболее значимыми явились бедренный и подколенно-большеберцовый сегменты. Оценка гемодинамики нижних конечностей при ХВН создает условия для выбора рациональной тактики хирургического лечения в данной группе больных.

Таким образом, ультразвуковое дуплексное сканирование — высокочувствительный неинвазивный метод диагностики тромбозов системы НПВ и посттромботической болезни вен нижних конечностей, позволяющий сформулировать оптимальную лечебную тактику.

**Т.Н. Бойко, В.А. Шантуров**

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

*ГУЗ ИОКБ (г. Иркутск)  
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Тяжелые формы острого деструктивного панкреатита остаются сложнейшей проблемой неотложной абдоминальной хирургии, так как, несмотря на применение самых современных методов диагностики и лечения, сопровождаются высокой летальностью. Развитие вторичной инфекции поджелудочной железы и окружающей ее забрюшинной клетчатки представляет собой наиболее тяжелое осложнение острого панкреатита, требующее хирургического вмешательства. Учитывая тяжесть состояния пациентов, распространенность гнойно-некротического процесса панкреонекроза на первый план выступают миниинвазивные вмешательства под контролем компьютерной томографии (КТ), как этап подготовки пациента к хирургическому вмешательству, или как исчерпывающий метод лечения. Особую значимость приобретает КТ в диагностике и лечении послеоперационных и резидуальных гнойников.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Определить возможности КТ в диагностике и лечении инфицированного панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Работа выполнена на основании анализа результатов обследования и лечения 360 пациентов (с 2001 по 2006 гг. включительно). Критерием включения установлено наличие панкреонекроза по данным КТ. Критерием исключения из исследования определили декомпенсированный необратимый инфекционно-токсический шок. В клинике разработан алгоритм обследования и лечения больных с панкреонекрозом. Компьютерная томография проводилась на аппаратах: КТ — «Somatom DRH» и МСКТ — «Sensation 16» фирмы Siemens.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Всем пациентам выполнялась КТ как при поступлении, так и в течение всего периода лечения. 180 (50 %) пациентов подверглись КТ-мониторингу — им процедура выполнялась 3 и более раз. 144 (40 %) пациента подверглись миниинвазивным вмешательствам (пункциям и дренированиям) под контролем КТ. Пункции локальных парапанкреальных скоплений жидкости позволяли определить вид инфектанта, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам. Дренирование гнойников позволило подготовить больного к хирургическому вмешательству в более благоприятных условиях. Оперативное лечение с целью дренирования гнойников при неэффективности миниинвазивных манипуляций, либо отсутствии безопасного транскутанного доступа выполнено у 127 (35,2 %) пациентов. Операции выполнялись проекционным доступом с учетом нарушенных топографо-анатомических соотношений, уточненных в ходе КТ-мониторинга. Использование локального доступа сопровождалось уменьшением длительности

ности и травматичности операции. В послеоперационном периоде КТ мониторинг позволил отследить рецидуальные гнойники и выполнить их дренирование под контролем КТ. Послеоперационная летальность составила 23 %, общая летальность при панкреонекрозе составила 12,4 %.

### ВЫВОДЫ

Использование разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма, основанного на комплексном применении КТ в диагностике и лечении панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений, сопровождается улучшением результатов лечения за счет повышения эффективности антибактериальной терапии и снижения травматичности санации очагов гнойно-некротической резорбции.

**Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, Е.Ю. Морозов**

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)*

В настоящий момент сахарный диабет занимает первое место среди эндокринной патологии. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих гнойно-некротические поражения нижних конечностей, достигает от 90 000 до 375 000 человек в мире. Ампутация нижних конечностей у данной группы пациентов производится в 15 раз чаще, чем в общей популяции. По данным Анциферова и соавторов, от 50 до 70 % от общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных диабетом. Примерно от 6 до 30 % из них после первой подвергаются ампутации второй конечности в течение одного — трех лет. Частота контрлатеральной ампутации увеличивается с 12 % через год до 28 — 51 % через 5 лет после первой ампутации.

**Цель и задачи** данного исследования: проанализировать эпидемиологию и лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы по данным отделения хирургической инфекции 1-й ГКБ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучали и анализировали сто шестьдесят два случая заболевания за период 2001 — 2005 гг. 1-ой ГКБ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Были исследованы истории болезни сорока четырех мужчин, ста восемнадцати женщин.

По возрасту: до 49 лет было 28 пациентов, от 50 до 59 лет — 39; от 60 до 69 лет — 62; старше 70 — 33 пациента. Более 65 % больных имели в анамнезе стабильную стенокардию, около 60 % имели симптоматическую артериальную гипертензию, нефропатию — 30 %, инфаркт миокарда — 15 %, ХОБЛ — 12 %, панкреатит — 5 %, холецистит — 4 %. У 88 % больных сахарным диабетом имел место атеросклероз сосудов нижних конечностей. По давности заболевания от впервые выявленных до пяти лет — 30 случаев, от шести до десяти лет — 27, от одиннадцати до пятнадцати лет — 21 случай, от шестнадцати до двадцати — 47, от двадцати одного до двадцати пяти — 19, больше двадцати пяти лет — 18. Все пациенты получали комплексное лечение, включающее инсулинотерапию, антибактериальную терапию, применение антиагрегантов, ангиопротекторов, спазмолитиков, иммуномодуляторов. Ста двадцати двум (77,3 %) пациентам было проведено оперативное лечение, из которых у тридцати пяти (28,6 %) — вскрыли и дренировали гнойники, 48 (39,3 %) — сделали некрэктомию и экзартикуляцию с иссечением сухожилий, 49 (32,1 %) — ампутировали конечность на уровне бедра.

Среднее количество койко-дней стационарного лечения за 2001 год составило 26, за 2002 год — 30, за 2003 год — 28, за 2004 год — 34, за 2005 год — 30 дней.

Причины длительной госпитализации:

- позднее поступление больного в стационар, в результате безболезненного течения раневого процесса на фоне диабетической нейропатии (44 %)
- поздняя обращаемость за медицинской помощью (36 %)
- длительное амбулаторное лечение (16 %)
- другие причины (4 %)

Летальность за 2001 — 2002 гг. составила по 2 случая, в 2003 году — 4, в 2004 — 7, в 2005 году — 3.

При исследовании обратили внимание на высокий процент летальности в первые десять суток стационарного лечения. Причина в прогрессировании гнойно-некротического процесса, в тяжелом течении фоновой и сопутствующей патологии.

**ВЫВОДЫ**

Успех лечения больных синдромом диабетической стопы зависит не только от комплексного подхода к данному заболеванию. Необходимо формирование групп и определение риска развития синдрома диабетической стопы на уровне первичного звена медицинской помощи — поликлиник. Уменьшить риск развития гангрены стопы, повторных госпитализаций в хирургические стационары позволяет организация специализированного кабинета диабетической стопы.

**Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, И.Н. Номоконова**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)*

В настоящее время доказано, что при синдроме диабетической стопы (СДС) отмечается снижение иммунорезистентности организма пропорционально степени тяжести и форме заболевания. Таким образом, выявляется необходимость иммуностимуляции при гнойно-некротических формах СДС, в частности при исходно сниженной иммунореактивности и при влиянии факторов, снижающих защитные силы организма. В иммуностимулирующей терапии нами использовался «Ронколейкин» (интерлейкин-2 человека рекомбиантный дрожжевой)

Интерлейкин-2 является эндогенным иммуномодулирующим препаратом, вызывает пролиферацию всех типов Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и натуральных киллеров, стимулирует продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами. Выступает в роли макрофага активизирующего фактора, способствует трансформации моноцитов периферической крови в лимфокинактивированные киллеры (ЛАК). Потенцирует продукцию ряда лимфокинов клетками мишенями для которых являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты, натуральные киллеры и макрофаги. При этом происходит усиление иммунного ответа за счет функциональной активации указанных клеток. Действие ронколейкина дает плеiotропный эффект с участием нескольких субпопуляций клеточных элементов иммунной системы, что позволило нам использовать его в качестве иммуностимулятора при СДС.

Нами пролечено 24 пациента с гнойно-некротическими формами СДС. «Ронколейкин» вводили лимфотропно в 1 – 2 межпальцевые промежутки стоп подкожно, на задней поверхности голени после наложения манжеты. На момент введения препарата состояние всех больных расценивалось как тяжелое и средне тяжелое. Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4 – 6 дней температура начинает нормализоваться, лейкоцитоз постепенно уменьшается. Снижение отека и инфильтрации тканей на 10 – 14 сутки, уменьшение гнойного отделяемого на 14 – 16 сутки, уменьшение площади язв на 19 – 20-е сутки, в 4-х случаях достигнуто практически полное заживление язвенных дефектов. Сравнение этой группы больных с контрольной, где пациенты лечились традиционными способами (39 пациентов), показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2 – 1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс и сокращаются сроки заживления язв.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

**В.А. Бомбизо, М.Л. Меланин, И.Г. Толстокоров, А.М. Яцын**

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

*МУЗ «Городская больница №1» (г. Барнаул)*

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Улучшить качество хирургического лечения больных с разрывами двенадцатиперстной кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Анализируются результаты лечения 26 пациентов с повреждением забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.

Закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки — тяжелая патология, из-за своей редкости представляющая, как правило, определенные трудности при диагностике. Среди наших пациентов с закрытой травмой живота повреждения брюшинной части двенадцатиперстной кишки наблюдались у 26 пострадавших. У 14 больных разрывы двенадцатиперстной кишки сочетались с повреждениями других органов и опорно-двигательного аппарата, а у 12 мы наблюдали изолированный разрыв двенадцатиперстной кишки. Возраст пациентов составлял от 20 до 65 лет, среди них было 24 мужчин и 2 женщины. Механизм травмы у наших больных был самым разнообразным: автодорожные травмы, удары в живот тупым предметом, падения с высоты.

Клиническая диагностика разрывов брюшинной части двенадцатиперстной кишки очень трудна, особенно при тяжелой сочетанной травме, когда пациенты находятся в критическом (шоковом) состоянии. В литературе встречаются единичные упоминания о случаях, когда до операции выставлен правильный диагноз. У 3 больных мы заподозрили разрыв двенадцатиперстной кишки, а у 9 был поставлен правильный диагноз. Заподозрить разрыв двенадцатиперстной кишки позволили наличие воздуха в брюшинном пространстве и укорочение перкуторного звука в данном месте. Используемый ранее лапароцентез давал информацию о характере выпота в животе, но сейчас он применяется реже в связи с развитием видеолапароскопической техники. Лапароскопия позволяет достоверней диагностировать повреждение ДПК. Лапароцентез проведен 17 больным (у 7 из них с положительным результатом), а лапароскопия — 9 больным.

Все наши пациенты оперированы в первые 12 часов после госпитализации (21 — в первые 6 часов, 5 — через 7–12 часов). Задержка с операцией объясняется отсутствием патогномичных симптомов, кроме того, 15 больных находилось в состоянии алкогольного опьянения, а трое имели тяжелую черепно-мозговую травму. Определенные трудности и ошибки бывают в диагностике данной патологии и при лапаротомии. Однако при тщательной ревизии и целенаправленном операционном обследовании диагностическая ошибка обычно исключается, как это имело место у всех наших больных. Мы отметили ряд признаков, позволяющих распознать брюшинные повреждения двенадцатиперстной кишки во время лапаротомии: характерный экссудат желтовато-зеленого цвета в брюшном пространстве, студенистый отек тканей в области двенадцатиперстной кишки и пропитывание их желто-зеленой жидкостью, брюшинная гематома. Если имеется хотя бы один из перечисленных признаков, необходимо обнажить двенадцатиперстную кишку (мобилизация по Кохеру). Во время операций у 12 больных в брюшинном пространстве обнаружено большое количество грязно-зеленой жидкости, а у 8 — скудный желтоватый выпот с пропитыванием брюшинной клетчатки. У 6 пациентов имело место гнойное расплавление брюшинной клетчатки (распространенная флегмона). Количество кишечного содержимого и массивность гнойного воспаления зависели от величины раны в кишке и времени, прошедшего с момента травмы. 24 больным проведено зашивание ран двенадцатиперстной кишки тремя рядами швов (предпочтительно использование атравматического шовного материала), а двум из них, с развившимся сужением просвета кишки, наложен передний гастроэнтероанастомоз на длинной петле. Двум больным с обширным продольным разрывом нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки дефект был закрыт тонкой кишкой на выключенной петле с анастомозированием тощей и двенадцатиперстной кишки в области разрыва последней. Все они выписаны с выздоровлением. Задний листок брюшины всегда восстанавливался, а брюшинное пространство дренировалось через поясничную область трубчатыми дренажами. В послеоперационном периоде у 7 пациентов наблюдались осложнения, связанные с несостоятельностью швов двенадцатиперстной кишки. Эти осложнения наблюдались у лиц с запущенным процессом при наличии брюшинной флегмоны и панкреатита или при тяжелой сочетанной травме.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В группе больных, анализируемой нами, летальность составила 26,9 % (умерли 7 из 26). Трое больных погибли в первые 2 часа после операции, а четверо других — через 19–30 дней от гнойно-септических осложнений.

#### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, брюшинные разрывы двенадцатиперстной кишки относятся к тяжелым, трудно диагностируемым травмам, чреватые серьезными осложнениями в послеоперационном периоде. Особую трудность представляет диагностика разрывов при тяжелой сочетанной травме из-за крайне тяжелого состояния этой категории больных при поступлении в стационар. Тщательно собранный анамнез с учетом механизма травмы и использованием специальных диагностических методов (рентгенография, компьютерная томография, лапароскопия) позволяет до операции поставить правильный диагноз. Своевременно выполненная операция, адекватное ведение раннего послеоперационного периода предупреждают возможные осложнения.



Ю.И. Бородин, Н.П. Бгатова, А.М. Паничев, С.Н. Силкин, О.П. Макарова, И.Г. Ракова

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ НА ОСНОВЕ ПРИРОДНОГО ЦЕОЛИТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)  
Тихоокеанский институт географии ДВО РАН (г. Владивосток)  
Главный госпиталь Тихоокеанского флота РФ (г. Владивосток)

В последние годы появилось много образцов раневых покрытий, отличающихся по химическому составу основы и добавляемых в них лекарственных веществ. Вместе с тем до сих пор не существует универсального препарата, пригодного для использования во все фазы раневого процесса при ожогах различной глубины. Известно, что лечение больных с ожогами, представляет значительные трудности, особенно в чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении пострадавших, когда требуются высоко эффективные и недорогие перевязочные средства, способные предотвратить тяжелые последствия термических травм и снизить смертность данной категории больных. Одним из перспективных направлений в разработке новых перевязочных средств является создание биологически активных раневых покрытий, на основе технологии полупроницаемых мембран и цеолитовых сорбентов. Особенностью цеолитов, как сорбентов, является не только способность сорбировать токсические вещества, но и регулировать минеральный гомеостаз организма.

На экспериментальной модели ожога 3А степени на крысах породы Вистар нами было показано, что использование аппликаций раневого покрытия «Литопласт» (тонкоразмолотого цеолитсодержащего природного минерального комплекса Милоградовского месторождения в полупроницаемой мембране) способствовало более раннему купированию воспалительного процесса, более эффективному развитию грануляционной ткани и эпителизации. Нами было выявлено, что использование после термического ожога кожи раневого покрытия «Литопласт» оказывало не только местное, ранозаживляющее действие, но и выраженный общий детоксикационный, противовоспалительный эффект, снижало степень дегидратации организма. В качестве маркеров развивающейся в послеожоговом периоде токсемии, использовали определение концентрации молекул средней массы и изучение структуры печени, как центрального органа детоксикации. Развитие системного воспалительного процесса оценивали по концентрации про- и противовоспалительных цитокинов и изучению структуры коры головного мозга. В качестве маркера водного баланса организма в послеожоговом периоде исследовали структуру поднижнечелюстной слюнной железы.

Нами было показано снижение концентрации молекул средней массы, меньшее повреждение структуры печени, коры головного мозга и структуры поднижнечелюстной слюнной железы в послеожоговом периоде при использовании раневого покрытия «Литопласт». Применение раневого покрытия «Литопласт» способствовало более ранней индукции IL-1 и ФНОб, что, по-видимому, обусловило более раннее подключение клеток, участвующих в регенерации поврежденной кожи. Низкие уровни активности IL-2 и IL-4 косвенно свидетельствовали о меньшей инфицированности ожоговой раны. Полученные эффекты раневого покрытия мы связываем с его корригирующим действием на лимфатический дренаж области ожоговой раны кожи. Косвенным свидетельством данного факта являлось меньшее повреждение интерстиция и ультраструктуры эндотелиоцитов лимфатических капилляров при его использовании.

Полученные данные позволяют полагать, что применением аппликаций раневого покрытия «Литопласт» на основе природного минерального комплекса можно не только регулировать механизмы развития воспалительного и регенераторного процесса, но и управлять лимфодренажной функцией лимфатической системы, снижая степень интоксикации организма.

А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, А.М. Хантаков

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Экстренная колоноскопия является одним из наиболее информативных методов исследования при подозрении на заболевания прямой и ободочной кишок.

В представленном сообщении обобщен опыт экстренной колоноскопии у 78 больных с колоректальным кровотечением. Удельный вес больных с толстокишечным кровотечением составил 2,3 % на 3331 колоноскопий.

Мужчин было 34 (43,6 %), женщин — 44 (56,4 %). В возрасте до 30 лет было 3 (3,8 %) больных, 31 — 40 лет — 3 (3,8 %), 41 — 50 лет — 10 (12,8 %), 51 — 60 лет — 17 (21,8 %) больных, 61 — 70 лет — 18 (23,1 %), 71 — 80 лет — 18 (23,1 %) и старше 80 лет — 8 (10,3 %) больных.

Исследование кишечника у большинства больных проведено в первые двое суток от момента поступления их в клинику.

Причиной кровотечения явились: дивертикулы толстой кишки (15 больных), геморрагический проктит (9), колоректальный рак (6), острые язвы (6), эрозивно-язвенный колит (5), НЯК (5), полипы (4) и другие заболевания (3). У 25 больных при колоноскопии был выставлен синдромальный диагноз толстокишечного кровотечения.

При опухолях толстой кишки и НЯК диагноз верифицировался при патоморфологическом исследовании биоптата.

Источник кровотечения локализовался в прямой кишке у 8 больных, сигмовидной кишке — у 25, нисходящей кишке и селезеночном углу — у 13, восходящем отделе — у 7, в области баугиньевой заслонки и тонкой кишке — у 3 и у 8 больных были множественные очаги кровотечения в нескольких отделах толстой кишки. В 14 наблюдениях при колоноскопии не удалось определить точную локализацию источника кровотечения.

Продолжающееся кровотечение во время колоноскопии было у 29 больных. У 26 больных оно было малой интенсивности и у трех — средней интенсивности. У 49 больных на момент проведения эндоскопии имелись признаки кишечного кровотечения, но активного подтекания крови не отмечено и кровотечение было расценено как остановившееся.

Таким образом, 56,4 % больных с колоректальным кровотечением были пациенты пожилого и старческого возраста.

Наиболее частой причиной кровотечения являются дивертикулы толстой кишки и геморрагический проктит. Источник кровотечения чаще локализуется в сигмовидной кишке и нисходящей ободочной с селезеночным углом.

У больных с колоректальным кровотечением, колоноскопия позволяет подтвердить или отвергнуть факт кишечного кровотечения, у большинства больных определить причину и локализацию источника кровотечения.

**А.И. Брегель, Н.А. Мутин, А.М. Хантаков**

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)**

В представленном сообщении обобщен опыт экстренной лапароскопии у 71 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). В данную работу не были включены больные с острой мезентериальной непроходимостью.

Неотложная лапароскопия была выполнена у 93 больных с подозрением на ОКН при неясной клинической картине, сомнительных рентгенологических данных, трудностях в дифференциальной диагностике с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. Диагноз был подтвержден только у 14 (15,1 %) больных. Кроме того, у 57 больных во время лапароскопии, предпринятой в связи с подозрением на другие острые заболевания, была диагностирована ОКН различного генеза.

Мужчин было 35 (49,3 %), женщин — 36 (50,7 %). В возрасте до 40 лет было 7 (9,9 %) больных, 41 — 60 лет — 25 (35,2 %) больных и 36 (50,9 %) пациентов были пожилого и старческого возраста.

У 52 (73,2 %) больных эндоскопия была выполнена в первые сутки с момента поступления в клинику.

У 36 (50,7 %) больных причиной ОКН явился спаечный процесс брюшной полости, у 24 (33,8 %) пациентов при лапароскопии установлен опухолевый характер ОКН, у 6 (8,5 %) — заворот толстой (4) и тонкой (2) кишки, у 5 (7,0 %) больных кишечная непроходимость имела динамический характер.

У всех больных имелись резко раздутые петли тонкой и толстой кишок, выпот в брюшной полости. У 10 (14,1 %) больных отмечен некроз стенки толстой (8) и тонкой (2) кишок. У 4 из них произошла перфорация некротизированной стенки толстой кишки. У 20 (28,2 %) больных при лапароскопии констатировано развитие серозного (14), серозно-геморрагического (4), гнойного (1) и пельвиоперитонита (1).

Лапароскопия позволяет не только диагностировать ОКН, но и выявить сопутствующие заболевания брюшной полости. Так, у 28 (39,4 %) были обнаружены хронический гепатит и цирроз печени (10), асцит (5), признаки портальной гипертензии (4) и другие заболевания (9).

Осложнений, связанных с проведением неотложной лапароскопии в анализируемой группе больных не было.

Наши данные свидетельствуют о высокой информативности неотложной лапароскопии при нетипичной клинической картине ОКН различного генеза. Опасность возникновения осложнения, по нашему мнению, не превышает опасности задержки оперативного вмешательства у этой категории больных. В связи с этим считаем обоснованным более широкое использование неотложной лапароскопии при подозрении на ОКН.

**М.В. Бубенко, В.В. Самойлов, А.В. Целюба, В.В. Доржиев**

### **СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ТАЗА**

**ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)**

Общеизвестно, что сочетанная политравма является наиболее тяжелой формой травматических повреждений и имеет тенденцию к увеличению и утяжелению, в связи с механизацией, алкоголизацией населения и применением современного огнестрельного оружия. В структуре сочетанной политравмы травма таза относится к наиболее тяжелым повреждениям, которая характеризуется не только переломами костей таза, но и повреждением органов и тканей, массивной кровопотерей, шоком, а также развивающейся в последствии эндогенной интоксикацией. За последние 12 лет в травматологическом отделении Городской клинической больницы № 1 г. Читы находилось на лечении 1349 больных с сочетанной политравмой, при чем у 147 больных (10,8 %) была сочетанная травма таза. Возраст пациентов варьировал от 14 до 91 года. Причинами травмы были падения с высоты – 24,9 %, ДТП – 41,7 %, прочие – 33,4 %. У всех больных наблюдались повреждения нескольких анатомических областей, и доминирующие повреждения таза сочетались с черепно-мозговой травмой (29,1 %), травмами опорно-двигательного аппарата – 47,1 %, груди – 7 %, позвоночника (0,8 %) и других анатомических областей (26 %), в т.ч. травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Лечение пострадавших начиналось с места происшествия и включало обеспечение адекватного дыхания и кровообращения, инфузионную терапию, ИВЛ, обезболивание, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию и максимально щадящую транспортировку. В стационаре пострадавших с политравмой направляли в реанимационное отделение или операционную, на фоне проводимой интенсивной терапии уточняли диагноз с выделением доминирующего повреждения для оптимального выбора тактики. Наиболее рациональным способом для отведения мочи у больных с подозрением на травму мочеполювых органов было наложение эпицистостомы и уретральный дренаж катетером Фоллея с постоянным промыванием мочевого пузыря. Обязательные диагностические мероприятия включали рентгенографию, эхолакацию, лабораторные исследования, по показаниям проводились пункции плевральной полости, ультразвуковое исследование внутренних органов, лапароскопию, компьютерную томографию. За последние два года, имея КТ-исследование таза, при нестабильности повреждений были произведены оперативные вмешательства на тазовом кольце различными видами остеосинтеза, при чем в ближайшее время после поступления, т.е. после выведения из шока. Адекватное оперативное лечение с применением методов чрескостного и накостного остеосинтеза позволяет не только уменьшить сроки пребывания больных в стационаре, но и способствует более раннему восстановлению трудоспособности и снижению процента осложнений, в том числе и развитию раневой инфекции.

**О.В. Буторина, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин**

### **АНАЛИЗ СРОКОВ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПОЛИКЛИНИКУ**

**ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)**

#### **ЦЕЛЬ**

улучшить результаты хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у работников предприятия нефтехимического комплекса.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 320 работников предприятия нефтехимического комплекса с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, находившихся на лечении в период с 2003 по 2005 гг.

При анализе обращаемости больных по месяцам установлено, что наибольшее число приходится на ноябрь — декабрь и на февраль — апрель месяцы.

Наименьшее число больных приходится на летние месяцы, что свидетельствует о роли погодного фактора, улучшения рациона питания (включение свежих овощей, фруктов и т.д.), ведения более активного образа жизни, начала сезона летних отпусков.

Анализ обращаемости больных за медицинской помощью в хирургический кабинет поликлиники свидетельствует о преобладании поздних сроков обращаемости у больных с неосложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний. Основная масса больных обращалась в хирургический кабинет на 3—4 сутки.

Анализ поздней обращаемости больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей показал, что основными ее причинами являются:

1. Неосведомленность о болезни, о возможных осложнениях и т.д.
2. Попытки самолечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей в домашних условиях (мази, компрессы и т.д.).
3. Результат несерьезного отношения больных к своему заболеванию.
4. Нежелание рабочих находится на листке нетрудоспособности.

Исходя из анализа причин поздней обращаемости, можно отметить следующие пути их снижения:

1. Широкая, более активная санитарно-просветительская работа среди рабочих нефтехимического предприятия.
2. Повышение квалификации врачей-хирургов, терапевтов поликлинического звена в вопросах диагностики и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний.
3. Усиление контроля со стороны администрации на профилактику и своевременное выявление больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей.

#### **ВЫВОДЫ**

Основная масса больных обращалась в хирургический кабинет на 3—4 сутки. Наименьшее число больных приходится на летние месяцы, что свидетельствует о роли погодного фактора, улучшения рациона питания (включение свежих овощей, фруктов и т.д.), ведения более активного образа жизни, начала сезона летних отпусков.

**А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков**

### **ЕЮНОСТОМИЯ, КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

*Бурятский государственный университет (г. Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Улан-Удэ)*

У 12 больных, поступивших в клинику с распространенным гнойным перитонитом, осложнившимся образованием несформированных тонкокишечных свищей, произведена резекция свищнесущей петли тонкой кишки (у 3 пациентов на одной петле тонкой кишки имелось два свища), еюностомия типа Майдля в нашей модификации. После удаления патологического очага брюшной полости проксимальный конец тонкой кишки вшивали в бок дистального отдела с поперечным разрезом ее стенки. Свободный дистальный отдел выводился на брюшную стенку в виде энтеростомы, через которую проводилась декомпрессия дистального и проксимального отделов тонкой кишки, а при необходимости раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Швы межкишечного анастомоза состоятельны у всех пациентов. Всем выполнена лапаростомия с многократными поднаркозными санациями брюшной полости и последующим ушиванием раны брюшной стенки через все слои на трубках — «амортизаторах», проводилась комплексная интенсивная терапия распространенного гнойного перитонита. Операция выполнялась по экстренным показаниям при появлении признаков тонкокишечного свища. Закрытие энтеростомы (чаще внебрюшинным доступом) проводили после выздоровления в сроки через 1—3 месяца с момента операции.

Предложенная методика оперативного лечения несформированных тонкокишечных свищей может быть операцией выбора с целью удаления источника распространенного гнойного перитонита и восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта.

Ю.В. Валуйских, Э.М. Перкин, А.И. Баранов

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

МЛПУ ГКБ № 1 (г. Новокузнецк)

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»  
(г. Новокузнецк)

Летальность при распространенном гнойном перитоните остается высокой и достигает 70–80 % при развитии полиорганной недостаточности. Современные способы хирургического лечения распространенного гнойного перитонита не предусматривают активной санации брюшной полости в межоперационный период.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод непрерывной газожидкостной санации брюшной полости, проводимый между программными релапаротомиями. Во время первичной операции в брюшную полость устанавливаются в мезентериальных синусах и поддиафрагмальных пространствах трубки — ирригаторы, по боковым фланкам и в полость малого таза дренажные трубки. С помощью специальной конструкции формируется устойчивая лапаростома. После операции через трубки — ирригаторы подается увлажненный кислород под давлением 0,2 атм. Через конструкцию, формирующую лапаростому, капельно подается изотонический раствор NaCl<sub>2</sub>. Жидкость в брюшной полости встречается с газовым потоком кислорода, появляется эффект бурления, который обладает механически очищающими свойствами. Перитонеальный экссудат и промывные воды оттекают по дренажным трубкам.

Лечение распространенного гнойного перитонита проведено 118 больным. Всем пациентам была сформирована лапаростома, в основной группе (52 больных) проводилась газожидкостная санация, в контрольной группе (66 больных) применялся пассивный метод дренирования. Основная и контрольная группы были однородны по полу, возрасту, этиологии заболевания, тяжести состояния и полиорганной дисфункции.

При использовании газожидкостной санации количество гнойно-деструктивных процессов в брюшной полости составило 31 (59,6 %), а в контрольной 88 (130,3 %). При исследовании бактериального пейзажа установлено, что газожидкостная санация приводила к более быстрому уменьшению количества микробных тел в брюшной полости. Индекс поражения брюшины (разработанный группой В.С. Савельева) в основной группе снижался быстрее, чем в контрольной. В основной группе умерло 15 (29 %) больных, в контрольной 27 (41 %).

### ВЫВОДЫ

1. Способ газожидкостной санации прост в техническом исполнении, обеспечивает эффективную санацию брюшной в межоперационном периоде и не имеет специфических осложнений.
2. Использование газожидкостной санации обеспечивает быструю деконтаминацию брюшной полости, уменьшение количества гнойно-деструктивных интраабдоминальных осложнений.
3. Разработанный способ газожидкостной санации снижает летальность при распространенном гнойном перитоните в 1,4 раза.

А.И. Верховский, И.В. Куршакова

## ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, (г. Санкт-Петербург)

Диагностика сочетанных ЧМТ (СЧМТ) представляет собой весьма сложную задачу, для решения которой нами был выработан ряд принципов. Предварительно врачебно-диагностическая тактика при сочетанных повреждениях формируется еще до доставки пострадавшего в стационар, сразу после сообщения скорой помощи о предстоящей госпитализации, тяжести состояния пациента и предварительном диагнозе.

При первичном осмотре в стационаре выявляются следующие данные:

- наличие непосредственной угрозы жизни и необходимость реанимационных мероприятий;
- подсчет прогноза исхода острого периода ТБ и отнесение пациента к одной из трех клинических групп: с предполагаемым благоприятным (1), сомнительным (2) или неблагоприятным (3) прогнозом;
- выявление доминирующего повреждения, причем у пострадавших 2 и 3 прогностических групп возможно наличие 2 и более доминирующих повреждений.

Все это осуществляется практически одновременно на фоне интенсивной терапии и является основанием для определения характера, последовательности и объема диагностических и лечебных мероприятий.

При сочетанных шокогенных повреждениях, безусловно доминирующей является тяжелая ЧМТ с формированием острого компрессионно-дислокационного синдрома. По важности она уступает лишь массивному кровотечению и грубому расстройству функции внешнего дыхания. При отсутствии таких повреждений, все диагностические и лечебные нейрохирургические мероприятия носят первоочередной характер. В то же время уточненная диагностика нехирургических вариантов СЧМТ может быть отложена до стабилизации гемодинамики.

Последовательность нейрохирургического обследования.

1. Выяснение механизма травмы со слов сотрудников скорой помощи, очевидцев и, при возможности, пострадавшего.

2. Уточнение прогноза, характера и тяжести внечерепных повреждений по данным протившоковой бригады.

3. Выяснение анамнестических данных (по мере возможности).

4. Внешний осмотр с оценкой состояния кожных покровов головы (наличие ран, ссадин, царапин, кровоподтеков, подкожных и подапонеуротических гематом), а также выявление симптомов наружной ликвореи.

5. Неврологический осмотр: полноценный при сохраненном сознании и избирательный при сопоре или коме с оценкой признаков компрессионно-дислокационного синдрома по 4-х степенной классификации Р.Д. Касумова (1995). Оценка уровня сознания обычно осуществляется по шкале ком Глазго.

6. Эхоэнцефалоскопия (достоверность исследования не превышает 83 %).

7. Краниография и рентгенография шейного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях.

8. При отсутствии возможности компьютерной томографии головного мозга в данном учреждении — каротидная артериография даже на операционном столе хотя бы в прямой проекции (при АД не менее 90 мм рт. ст. При меньших цифрах систолического АД высока вероятность получения ложноположительного псевдокаротидотромбоза как свидетельства прекращения мозгового кровообращения). Если эти методики не могут быть реализованы, то нейрохирург вынужден осуществлять хирургическую диагностику путем наложения диагностических фрезевых отверстий.

9. Выполнение нейровизуализационного исследования. Первичное исследование производится при поступлении пострадавшего с подозрением на ЧМТ и может предшествовать пп. 4—8. У пострадавших с признаками ТЧМТ при отсутствии симптомов иных жизнеугрожающих повреждений выполнение КТ головного мозга должно носить приоритетный характер. При верификации зон морфологической деструкции мозга, внутричерепных гематом небольшого объема, не требующих экстренного оперативного лечения, исследование целесообразно повторить через 12—24 часа или немедленно при нарастании неврологической симптоматики (дислокационного синдрома). Отсутствие положительной неврологической картины к исходу 3—10-х суток также является показанием для повторного исследования.

Пострадавшие 2 и 3 прогностических групп, у которых при первичном обследовании не выявлено признаков тяжелой ЧМТ должны наблюдаться в динамике нейрохирургом не менее 3 суток с нейровизуализационным исследованием к концу этого периода. Такая позиция диктуется следующими соображениями: контузионные очаги I типа достоверно визуализируются только через 6—12 часов после травмы; на фоне тяжелой гипоксии размер первичных очагов может увеличиваться; типовые патологические процессы острого периода травматической болезни создают предпосылки для формирования подострых внутричерепных гематом.

**А.Н. Вишневская**

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)**

Увеличение количества больных с тяжелыми формами панкреатита, наблюдаемое за последнее время, привело к увеличению числа пациентов с кистами поджелудочной железы (Луценко В.Д., 2003). Кисты в процессе формирования вызывают различные осложнения от 20—34 % до 45—70 % (Багненко С.Ф., 2000). Выбор метода хирургического лечения остается предметом дискуссии и в настоящее время. Цель работы: оценка хирургической тактики при осложненных кистах поджелудочной

железы. Обследовано 49 больных (39 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 21 до 68 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении ККБ №1 в 2000–2007 гг. У 77,6 % больных кисты возникли вследствие панкреатита, в 5 случаях (10,2 %) причиной была травма поджелудочной железы, у 6 больных (12,2 %) кисты появились без каких-либо причин. Кисты располагались в области головки поджелудочной железы у 16,3 % больных, тела – у 28,6 %, хвоста – у 12,2 %, в области тела и хвоста – у 26,5 %. Солитарные кисты были у 85,7 % пациентов, множественные у 14,3 %. Размеры кист варьировали от 2,2 Ч 2,7 до 20 Ч 30 см. Сформированные кисты были у 63,3 %, несформированные у 36,7 % пациентов. Осложнения кист имелись у 16 (32,65 %) больных. Так, нагноение кисты имело место у 8 (16,3 %) больных, кровотечение у 2 (4,03 %) больных. В 3-х случаях киста вызвала сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, в одном случае – сдавление выходного отдела желудка и у 1 больного – нарушение дуоденальной проходимости. Все больные с осложненными кистами оперированы. При нагноившихся кистах методом выбора хирургического лечения явилось вскрытие кисты, удаление гноя и тканевого детрита с последующим наружным дренированием, что было выполнено у 14 (87,5 %) больных. В одном случае нагноение сочеталось с аррозивным кровотечением, в этом случае операция была дополнена прошиванием места кровотечения. Операция внутреннего дренирования на отключенной по Ру петле была выполнена в одном случае псевдокисты, осложненной кровотечением. Одному больному с псевдокистой, вызвавшей сдавление двенадцатиперстной кишки и дуоденальную непроходимость из-за тяжести состояния был наложен гастроэнтероанастомоз. При кистах, осложненных механической желтухой, во всех случаях была выполнена операция наружного дренирования, которая в одном случае была дополнена холецистостомией. Таким образом, при осложненном течении ложных кист поджелудочной железы во всех случаях нагноения, а также нагноения с кровотечением, выполнялись вынужденные оперативные вмешательства, направленные на устранение осложнений с последующим обязательным наружным дренированием.

**Н.М. Волков, В.Е. Воловик, А.С. Аксенов, О.М. Романенко**

### **ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*МУЗ «Городская больница № 7» (г. Комсомольск-на-Амуре)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»  
МЗ Хабаровского края (г. Хабаровск)*

В травматологическом пункте МУЗ «Городская больница № 7» Комсомольска-на-Амуре в 2004–2006 гг., с применением методов внутрисуставной оксигенотерапии (ВСОГТ) и гипербарической оксигенации (ГБО) пролечено 96 больных с деформирующим артрозом (ДА) коленных суставов. Общее состояние больных, как правило, не было нарушено. Заболевание характеризовалось выраженными болями, расстройством функции опоры и движения, изменением формы коленного сустава.

Оксигенотерапию выполняли по методике П.З. Завеса с некоторыми изменениями. Производили 3–8 внутрисуставных введений кислорода в количестве от 60–80 до 100–120 см<sup>3</sup> с интервалом 3–4 дня. В промежутках между процедурами больные занимались дозированной ЛФК, самомассажем мышц конечности. В отдельных случаях количество введений достигало 10–12 раз, что зависело от выраженности болевого синдрома, степени дегенеративно-дистрофических изменений в суставе, стойкости контрактуры.

Усилить эффект лечебного действия кислорода можно путем ингаляций его под повышенным давлением в барокамере. Лечение проводили амбулаторно. Особое внимание уделяли подготовке больного к лечению в барокамере. Всех больных осматривал врач отделения ГБО, лечащий врач, терапевт для выявления противопоказаний, а также с целью уточнения режима, типа барокамеры.

Лечение в барокамере «БЛКС-301М» проводилось при Р = 0,5–0,7 АТИ (атмосфера техническая избыточная: 1 ати = 1 кгс/см.кв.), с изопрессией (основной рабочий режим бароаппарата, характеризующийся величиной установившегося внутри барокамеры постоянного давления) 40–50 минут, короткими циклами по 3–6 баросеансов (в среднем за 11 дней) с перерывами между ними в 2 дня. По мере увеличения общего числа баросеансов перерывы между циклами также увеличивались.

Возраст пациентов варьировал от 17 до 84 лет: до 20 лет наблюдалось 5 (5,8 %) пациентов, от 21 до 30 лет – 8 (9,3 %), от 31 до 40 лет – 10 (11,6 %), от 41 до 50 – 12 (13,9 %), от 61 до 70 – 21 (24,4 %), от 71 до 80 лет – 4 (4,6 %), старше 80 лет – 1 (1,1 %). Самую многочисленную группу больных составляли пациенты 51–60-ти летнего возраста – 25 (29 %) человек.

Обследовали больных с артрозом коленных суставов медленно прогрессирующего течения I–III стадии (по классификации Н.С. Косинской, 1961). У 70 % пациентов отмечали реактивный синовит

различной выраженности. У 76 больных было ограничение объема движений. Все больные предъявляли жалобы на боли в коленных суставах, усиливающиеся после физической нагрузки. Средний возраст больных  $41 \pm 7$  лет: женщин — 74, мужчин — 12.

24 (27,9 %) пациентам с деформирующим артрозом одновременно с кислородом в полость сустава вводились хондропротекторы: Цель-Т (10 пациента), Алфлутоп (6 больных) Ферматрон (3 человека), Синвиск (2 случая), Нолтрекс (3 чел). Гормоноподобные препараты применялись крайне редко: дипроспан вводился 3 пациентам старшей возрастной группы с грубой деформацией коленного сустава тяжелой степени, нарушением функции сустава II—III степени и выраженным болевым синдромом. Эти больные длительно и без особого эффекта лечились в поликлиниках города.

Дважды введение дипроспана было обусловлено хроническим синовитом, комплексное лечение которого при помощи нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапии, эвакуации синовиальной жидкости многократными пункциями, не привело к желаемому результату. Применение ВСОГТ вместе с дипроспаном позволило достаточно быстро купировать явления воспаления, восстановить функцию движения и опоры, вернуть утраченную работоспособность.

В некоторых случаях, при лечении больных с ДА коленных суставов, особенно высоких степеней, помимо ВСОГТ назначалась базисная терапия, включающая: нестероидные противовоспалительные средства; микроциркулянты; седативные; антигистаминные; биостимуляторы; витамины; средства наружного применения (мази, компрессы, ванночки); физиотерапия (ДДТ, ультразвук, электрофорез и др.); надкостничная терапия — ритмичное сдавливание костных выступов в течение 2—4 минут — согласно концепции гиперстимуляционной анальгезии, уменьшает боль; инактивация триггерных точек, расположенных вблизи сустава 2,0 % раствором лидокаина; постизометрическая релаксация (ПИР) скелетных мышц; мануальная терапия; микрофасциотомия; рациональная и позитивная психотерапия — разъяснение больным причин возникновения боли, методов ее устранения, положительная установка на лечение.

Оценка результатов лечения проводилась по методике регресса экспертных признаков и данных объективного исследования.

Клинически отмечалось уменьшение болей у 96,5 % больных, у 88,1 % — увеличение объема движений. У двух больных боли усилились из-за форсированного введения газа. Боли стихли при изменении техники введения кислорода.

Процент положительных результатов в среднем составил 96,5 % (83 пациента), без эффекта — 1,1 % (1 больной). Прогрессирование заболевания наступило у 2 (2,3 %) пациентов (больные с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью деформации). Уменьшение болевых ощущений и снижение дозировки и кратности приема нестероидных противовоспалительных препаратов достигнуто у всех больных, что позволило значительно улучшить общее состояние и повысить двигательную активность пациентов.

После проведенного лечения все больные отмечали уменьшение болей, а у 12 человек боли исчезли совсем в течение 2 лет.

Объем движений у больных с контрактурами сустава различной степени восстановлен у 67 (88,1 %) пациентов, значительно увеличен — у 8 (10,5 %), остался без изменений у 1 (1,3 %) больного, который впоследствии был прооперирован в травматологическом отделении стационара с удовлетворительным результатом.

Болевой синдром остался без изменений у 1 больного (1,1 %), за счет сопутствующего заболевания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом. Пациент продолжил лечение у невролога.

Длительность ремиссии болевого синдрома: 8 месяцев — 71 % пролеченных больных, 6 месяцев — 25 %, 3 месяца — 4 %.

Таким образом, можно сделать вывод, что более эффективным является лечение артроза с помощью ВСОГТ в сочетании с ГБО.

**В.Е. Воловик**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛАССИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»  
МЗ Хабаровского края (г. Хабаровск)*

Проанализированы три группы оперативных вмешательств: корригирующие, корригирующе-стабилизирующие без вентрального спондилодеза и двухэтапный способ лечения по Я.Л. Цивьяну.



На основании изучения клинических, рентгенологических и социально-психологических критериев исхода заболевания, минимальная сумма по всем показателям составила 37,3 балла, а максимальная — 100 баллов. Оценка исхода заболевания производилась через 2 года после окончания лечения. Высоким результат лечения считался при оценке исхода 80—100 %; удовлетворительным — 60—70 %; низким — менее 60 %.

Корректирующие оперативные вмешательства:

1. Коррекция по Харрингтону —  $56,3 \pm 3,8$  %;
2. Коррекция по Харрингтону-Люка —  $64,5 \pm 4,1$  %;
3. Коррекция по Котрелю —  $61,9 \pm 3,9$  %;
4. Коррекция по Драммонду —  $69,2 \pm 4,2$  %;
5. Коррекция по Алану-Казьмину —  $49,8 \pm 3,2$  %;
6. Коррекция миниатюрным эндокорректором —  $81,7 \pm 4,9$  %;
7. Коррекция эндокорректором собственной конструкции —  $83,5 \pm 5,1$  %.

Корректирующе-стабилизирующие вмешательства без вентрального спондилодеза:

1. Коррекция по Харрингтону и дорзальный спондилодез —  $67,1 \pm 3,9$  %;
2. Коррекция по Харрингтону-Люка и дорзальный спондилодез —  $76,7 \pm 4,3$  %;
3. Коррекция по Котрелю и дорзальный спондилодез —  $75,2 \pm 4,5$  %;
4. Коррекция по Драммонду и дорзальный спондилодез —  $80,3 \pm 4,9$  %;
5. Коррекция по Алану-Казьмину и дорзальный спондилодез —  $61,9 \pm 3,7$  %.

Корректирующе-стабилизирующие вмешательства с вентральным спондилодезом:

1. Двухэтапный способ Я.Л. Цивьяна без резекции реберного горба —  $84,1 \pm 5,1$  %;
2. Двухэтапный способ Я.Л. Цивьяна с резекцией реберного горба —  $87,5 \pm 5,3$  %.

Сравнительная оценка исходов заболевания при применении различных видов хирургического лечения больных сколиозом выявила следующее.

Корректирующие вмешательства на позвоночнике при сколиотической болезни без элементов костно-пластической стабилизации являются низкоэффективным методом лечения и не могут быть рекомендованы как окончательный метод лечения. Эти операции должны быть характерны для больных, рост которых еще не завершен и в последующем дополняться спондилодезирующими вмешательствами.

В группе корректирующих вмешательств, выполненных в основном детям старшей возрастной группы, наиболее эффективными являются: коррекция сколиотической деформации по Драммонду — 69,2 %; по Харрингтону-Люка — 64,5 %, т.е. операции, с помощью которых на сколиотический позвоночник можно воздействовать методом осевой тракции в сочетании с поперечно-экстензионным усилием. В отличие от метода Харрингтона, указанные оперативные вмешательства позволяют получить значительно большую интраоперационную коррекцию и в большей степени сохранить ее в отдаленном послеоперационном периоде.

В группе корректирующих вмешательств детям младшей возрастной группы с применением авторских устройств, эффективность лечения составила 81,7 % и 83,5 %. Здесь необходимо пояснить, что в последующем устройства были заменены на «традиционные» и оценивался окончательный результат лечения.

Наиболее неблагоприятный результат лечения, относящийся к категории «низкий» отмечен при коррекции поясничной кривизны по Алану-Казьмину — 49,8 %. Следует сказать, что столь низкий процент в данной группе больных, прежде всего, обусловлен клинко-рентгенологическим характером исхода. В косметическом плане результат лечения при поясничном типе сколиоза устраивает больных в ряде случаев даже более, чем при других типах деформации. Такая ситуация, конечно, обусловлена незначительной исходной и окончательной деформацией грудной клетки, что имеет очень существенное значение при изучении социально-психологического статуса больного.

Несколько лучшими оказались исходы заболевания в группе больных, которым были выполнены корректирующе-стабилизирующие вмешательства. Так, коррекция по Харрингтону в сочетании с дорзальным спондилодезом по Генле-Уитмену, позволила увеличить оценку окончательного результата до 67,1 %, что на 10,8 % больше, чем в первой группе. Если уровень окончательного результата при ее применении в группе «А» расценивался как «низкий», то в группе «Б». Он уже расценивается как «удовлетворительный». В среднем на 12,9 % выше оценка окончательного результата при использовании методов Харрингтона-Люка и Котреля, и оценен он как «удовлетворительный», что опровергает данные литературы о преимущественно неудовлетворительных результатах лечения при корректирующих операциях в сочетании с дорзальным спондилодезом.

Наиболее успешным среди наших больных в группе корректирующе-стабилизирующих вмешательств «Б» оказалось сочетание коррекции по Драммонду и дорзального спондилодеза по Генле-Уитмену. При анализе отдаленного результата лечения по данной методике было получено 80,3 %, т.е. исход лечения следует расценивать как «высокий». Это еще раз говорит о том, что далеко не всегда невыполнение вентральной стабилизации позвоночника приводит к неудовлетворительному результату.

Как и в группе «А» результат лечения поясничного сколиоза малоутешителен, хотя в сравнении несколько лучше (61,9 %), что позволяет отнести его к «удовлетворительным».

Комплексная медико-социальная оценка исхода при сколиотической болезни выявила несомненное преимущество двухэтапного метода хирургического лечения по Я.Л. Цивьяну. Применение указанного метода без резекции реберного горба «оценена» в 84,1 %, а применение метода в сочетании с внеплевральной резекцией реберного горба получило оценку 87,5 %, т.е. в обоих случаях результат оценен как «высокий».

Таким образом, коррекция сколиотической деформации одним из предложенных методов в сочетании с дорзальной и вентральной костно-пластической стабилизацией позволяет получить стабильный, компенсированный, безболезненный позвоночник, удовлетворяющий больного сколиозом в функциональном, косметическом и социально-психологическом аспектах.

**Н.П. Володченко, Н.А. Дружинина**

## **АНТИОКСИДАНТЫ И НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)**

По данным международного комитета ВОЗ, количество больных диабетом составляет более 3 % населения земного шара, а в возрастной группе старше 50 лет — 7–9 %.

Проблема профилактики и лечения гнойных заболеваний и осложнений у больных сахарным диабетом является актуальной, так как любой гнойно-некротический процесс при наличии сахарного диабета сопровождается нарушением местного кровообращения с развитием циркуляторной, тканевой и анемической гипоксии, активизацией ПОЛ, усугубляет течение сахарного диабета (Ерьюхин И.А., 1989, Кузин М.И., 1996). Традиционные методы лечения и профилактики у таких больных остаются недостаточно эффективными.

В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику методов профилактики и лечения, направленных на устранение гипоксии, подавление инфекции в зоне воспаления, снижения активности ПОЛ, является патогенетически обоснованной и актуальной.

Проанализированы результаты обследования и лечения 67 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, панариции) у больных с сахарным диабетом 2 типа. Женщин было 42 (62,7 %), мужчин — 25 (37,4 %). Средний возраст больных  $59,1 \pm 1,4$  года. Сахарный диабет (по классификации ВОЗ) легкой степени выявлен у 13 (19,9 %), средней степени тяжести у 45 (65,2 %), тяжелой степени у 9 (14,9 %).

Больные были распределены на две группы: 1 группа — 29 человек. В комплексное лечение больных данной группы были включены антиоксидант дигидрохверцитин в дозе 250 мкг в сутки курс от 14 до 21 дня, поддерживающая доза 10 мкг, лазеротерапия (НИЛИ). Использовали гелий-неоновый лазер ЛА-2, с длиной волны 0,89 нм. Проводили наружное облучение раны. Курс лечения 8–14 дней, продолжительность сеанса 5–10 мин. С целью коррекции иммунитета использовали УФОК 3–5 процедур. Традиционное лечение получили больные второй группы (38 человек). Больные в группах были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести сахарного диабета.

Диагностический алгоритм включал: анализ клинико-лабораторных показателей, оценку иммунологического статуса, состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ), цитологическое исследование раны, бактериологическое исследование очагов гнойно-некротических процессов.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу гнойных заболеваний мягких тканей проводили коррекцию уровня гликемии простым инсулином. Уровень сахара стремились стабилизировать в пределах 5,5–11 ммоль/л: назначали антибиотики широкого спектра действия (с учетом чувствительности микрофлоры), препараты, улучшающие микроциркуляцию и снижающие свертываемость крови, проводили коррекцию функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательных систем, печени, почек, иммунитета. У 23 больных проведен курс УФОК, у 31 — ГБО.

После очищения раны от гнойно-некротических тканей к лечению подключали гелий-неоновый лазер.

Процессы нормализации глюкозы крови, положительные изменения иммунного статуса, очищение ран, появление грануляций и островковой эпителизации у больных первой группы, лечение которых осуществлялось с применением антиоксидантов, НИЛИ, УФОК происходили в 1,5–2 раза быстрее, чем у больных 2 группы при традиционном методе лечения. Продолжительность лечения больных в стационаре в основной группе составила  $13,9 \pm 0,13$ , контрольной —  $21,7 \pm 0,15$  к/дней.

Таким образом, лечение больных гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета должно быть комплексным и заключаться в проведение качественной обработки гнойных очагов,

коррекции глюкозы простым инсулином, применение современных антиоксидантов, НИЛИ, УФОК, что позволит сократить сроки лечения больных в стационаре, улучшить их качество жизни.

**С.А. Воробьев, Е.Ю. Левчик**

## **ТАКТИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОНКО-КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ**

**ГУЗ «Свердловская Областная клиническая больница № 1» (г. Екатеринбург)**

**Цель исследования:** оценить эффективность этапной тактики лечения пациентов с тонкокишечными свищами.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проведен анализ непосредственных исходов восстановительных операций у 78 больных со свищами тонкой кишки, оперированных в отделениях хирургической инфекции СОКБ № 1 в 2002–2007 гг. Мужчин было 49 (63 %), женщин – 29 (37 %). Возраст пациентов от 18 до 77 лет (средний составил  $46,7 \pm 14,9$  лет). Свищи тощей кишки наблюдали у 21 (27 %) пациента, свищи среднего отдела тонкой кишки – у 14 (18 %), подвздошной – у 43 (55 %) больных, с множественными свищами 24 % (19 из 78 больных). Полные свищи у 42 (54 %) больных, рецидивные – у 13 (17 %). При поступлении 16 (20,5 %) из 78 пациентов имели дефицит массы тела более 20 % от идеальной; 11 (14 %) – с абсцессами брюшной полости, в том числе с множественными – 3 (4 %); 10 (12,8 %) больных – с эвентрационными ранами брюшной стенки. Спаечную болезнь брюшной полости выявили у 59 (75,6 %) пациентов, различные формы механической кишечной непроходимости – у 34 (43,6 %) больных. У 33 (42 %) пациентов безвозвратные потери кишечного содержимого составляли более 1,5 л в сутки.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

С 2002 по 2007 гг. у 64 (82 %) из 78 больных нами проведено этапное хирургическое лечение, которое заключалось в ликвидации гнойно-воспалительных осложнений свищей и нарушений трофологического статуса до восстановительных вмешательств. Множественные абсцессы брюшной полости до восстановительной операции нам удалось устранить у 6 (7,7 %) больных, заживление эвентрационных ран передней брюшной стенки произведено у 4 (5,15 %) из 78 больных. Успешное устранение гнойно-воспалительных осложнений свищей, как главной причины интраоперационного инфицирования брюшной полости и развития послеоперационного перитонита, было невозможно без компенсации нутритивной недостаточности. Для этого использовали методы сокращения/прекращения безвозвратных потерь кишечного отделяемого в сочетании с лечебным энтеральным и/или парентеральным питанием. Обтурация кишечных свищей выполнена 32 пациентам и была эффективна у 19 (24,4 %) из 78 больных с неполными свищами, или полными – с податливой шпорой. Питание таких пациентов не имело ограничений (стол 15). «Возвратная» схема компенсации потерь кишечного содержимого в отводящие отделы тонкой кишки была эффективна у 8 (10,3 %) из 78 больных. Дополнительно к питанию протертой пищей, обогащенной белком, использовали сбалансированные полисубстратные смеси для энтерального питания (нутризон, нутрикомп), вводимые в растворе или сухом виде с протертой пищей. У остальных 51 (65,4 %) из 78 больных со свищами среднего и дистального отделов тонкой кишки использовали калоприемники или сорбционные повязки для сбора безвозвратных потерь кишечного отделяемого. В комплексе питания таких больных использовали сбалансированные смеси для энтерального питания в виде питьевого раствора в объеме 0,5–1,0 л в сутки, в разведении 1 : 1, или в виде сухой добавки к пище. Калорийность суточного рациона составляла 2500–3000 ккал. Некоторым больным дополнительно проводили парентеральное питание (10 % аминокислотный раствор – 500,0; 10 % липофундин – 500,0; 10 % и 20 % растворы глюкозы с инсулином 1 ЕД на 4–5 г глюкозы – до 800,0 в сутки).

В результате у 64 из 78 больных восстановительные вмешательства были выполнены через 3–6 месяцев от возникновения свищей/последней лапаротомии, после купирования общих и местных осложнений. Лишь 14 (17,9 %) из 78 больных оперированы в ранние (до 30 суток) сроки существования свищей. Летальных исходов у этих пациентов не было, но послеоперационный период сопровождался развитием осложнений.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Из 78 больных выжили 74 (94,9 %), умерли 4 (5,1 %) пациента. Относительно невысокая послеоперационная летальность обусловлена снижением частоты послеоперационного перитонита, который развился у 10 (12,8 %) из 78 больных.

С.Е. Гаврина, Л.С. Денисенко, Ю.П. Пахолюк, О.К. Шкуратова, Е.С. Рогаткина

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница №1 (г. Владивосток)

Интерес к реконструктивно-восстановительным операциям возрастает в связи со значительным увеличением их качества. При осложненном раке и дивертикулёзе толстой кишки, травмах, язвенных колитах резекция толстой кишки заканчивается выведением одноствольной колостомы. Избавляя больного от заболевания, эта операция приводит к инвалидизации. Восстановление непрерывности толстой кишки несет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных.

В период с 1990 по 2006 гг. в колопроктологическом отделении выполнено 143 реконструктивно-восстановительных операции. Основными причинами резекции толстой кишки с выведением одноствольного ануса были:

- осложненный рак – 71,8 %
- травма толстой кишки – 10,9 %
- осложнения дивертикулёза ободочной кишки – 4,5 %
- ятрогенные ранения толстой кишки – 3,7 %
- язвенные колиты – 2,7 %
- другие причины – 0,9 %

Важный фактор в выполнении реконструктивно-восстановительной операции – размер культи и ее локализация. У 31 больного культи до 10 см, у 29 больных – 15 см. У 38 больных культи располагалась забрюшинно, у 22 больных на уровне брюшины малого таза.

При выполнении реконструктивно-восстановительных операций у 35 больных (24,4 %) выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки или резекция сегмента кишки. У 108 больных (75,6 %) анастомоз сформирован без дополнительной мобилизации или резекции толстой кишки.

У 63 больных (37,9 %) анастомоз располагался в забрюшинном пространстве. Всего выполнено 76 (53,1 %) ручных анастомозов конец-в-конец, 57 (39,2 %) механических анастомозов конец-в-конец, или конец-в-бок и 3 по Дюамелю конец-в-бок (7,7 %).

Осложнения отмечены в 21 случае (14,7 %). Внутрибрюшинные осложнения развились у 12 больных (8,4 %), раневые – у 8 больных (5,6 %), соматические осложнения у 1 больного (0,7 %). Несостоятельности забрюшинных анастомозов не было. Несостоятельность внутрибрюшинно ручного анастомоза встретилась у 8 больных, механического шва – у одного больного. 4 больным из 9 выполнена реоперация. В 5 случаях выздоровление наступало на фоне консервативной терапии.

Нагноение раны на месте колостомы диагностировалось у 8 больных, у 2 больных – мочевые свищи в результате ранения мочевого пузыря, в одном случае ректовагинальный свищ. Острый инфаркт миокарда – у 1 больного. Умерло трое больных (2,1 %) от перитонита.

### ВЫВОДЫ

1. Реконструктивно-восстановительные операции должны выполняться в специализированных отделениях.
2. Оптимальный срок для реконструктивно-восстановительной операции – 6–12 месяцев.
3. При восстановительных операциях предпочтения следует отдавать анастомозам конец-в-конец, конец-в-бок.

Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, А.А. Ибатуллин, Р.Р. Булатов

## ОПЫТ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В г. УФЕ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница №21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

С 2004 г. на базе городского колопроктологического центра (ГКБ № 21) создан кабинет реабилитации стомированных больных. С 2005 г., в связи с выходом в свет федерального закона № 122, началось активное сотрудничество с региональным отделением ФСС.

Функционирование кабинета реабилитации стомированных больных осуществляется в тесной связи с ведущим производителем средств по уходу за стомой фирмой «Колопласт», специализированными отделениями колопроктологии ГКБ № 21 и Республиканского онкодиспансера, хирургическими отделениями городских стационаров и амбулаторной хирургической службой. Вышеуказанные медицинские подразделения ежеквартально подают в кабинет списки стомированных больных, состоящих на учете по району обслуживания. В настоящее время на учете состоит 562 больных с кишечными стомами.

Механизм работы кабинета стомированных больных состоит в следующем: после выписки из стационара пациент направляется на прием в кабинет реабилитации стомированных больных, где даются рекомендации по диете, режиму дня, уходу за стомой. Разъясняются такие вопросы как, особенности вида стомы и ухода за ней у каждого конкретного пациента, какие трудности могут возникнуть при уходе за ней. Кроме того, больные снабжаются литературой и на первое время, до оформления инвалидности, выдается бесплатно несколько калоприемников, которые нам безвозмездно предоставляет компания «Колопласт». Индивидуальное обучение стомированных пациентов правильному использованию калоприемников производится на муляже. Далее производится оформление выписки для составления индивидуальной программы реабилитации инвалида, которую больной предоставляет в органы медико-социальной экспертизы. На стомированного пациента заводится стандартная амбулаторная карта и, кроме того, его данные вносятся в созданную нами компьютерную базу данных, в которой подробно указываются паспортные данные, основной диагноз, сопутствующие заболевания, вид, локализация и имеющиеся осложнения стомы. Пациенту назначается дата и время следующего осмотра, в случае возникновения вопросов пациент осматривается внепланово.

В ходе организации помощи стомированным больным возникли следующие трудности:

1. Техническое обеспечение кабинета стомированных больных. В решении данного вопроса оказана большая помощь фирмой производителем калоприемников «Колопласт».

2. Как и во многих других регионах, от момента наложения стомы и до момента получения инвалидности, проходит достаточно длительное время (от одного до 2–3-х месяцев), в течение которого многие больные зачастую остаются без калоприемников и средств по уходу за стомой.

3. На случай несвоевременной поставки калоприемников фирмой — дистрибьютором региональное отделение ФСС производит пациентам денежную компенсацию затрат.

4. К сожалению, не все пациенты имеют возможность придти на прием в виду тяжелого состояния. При наличии такого пациента проводится работа с его родственниками.

В настоящее время нашей службой ведется работа по следующим направлениям:

1. Дальнейшее совершенствование системы обеспечения стомированных больных и усиление взаимодействия с ФСС, органами МСЭ и социальной опеки.

2. Проведение лекций и семинаров по проблемам реабилитации стомированных больных сотрудниками лечебно-профилактических учреждений, как стационаров, так и амбулаторного звена, в связи с необходимостью оказания адекватной помощи данной категории пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи,

3. Патронаж пациентов со стомами на дому — в ближайшее время планируется организация выездов на дом с целью оказания помощи стомированным пациентам, не имеющим возможности самостоятельного передвижения.

4. Открытие школы по обучению больных и родственников пациентов со стомами.

5. Проведение организационных мероприятий по созданию общественной организации больных со стомами — Ассоциации стомированных больных г. Уфы.

**О.В. Галимов, Р.Р. Фархутдинов, С.Р. Туйсин, В.О. Ханов, В.Ш. Ишметов, О.В. Буторина**

## **ВОПРОСЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ И ВЛИЯНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА НА СОСТОЯНИЕ СЕМЕННОЙ ЖИДКОСТИ**

*ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)*

### **ЦЕЛЬ**

Оценить состояние свободно-радикального окисления в семенной жидкости при мужском бесплодии у больных варикоцеле до и после операции.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В основу работы положен анализ исследования 52 лиц мужского пола. Контрольную группу составили 20 мужчин с доказанной фертильностью (доноры спермы). У 32 больных бесплодием, которые составили основную группу, выявлено варикоцеле. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование эякулята, включающее двукратную оценку семенной жидкости, полученную с интервалом в 14 дней (табл. 1).

*Таблица 1*

*Показатели хемилюминесценции у больных до операции*

Основные показатели ХЛ		Основная группа	Контрольная группа
Нативная сперма	Светосумма свечения, отн. ед	31,2 ± 3,7	2,7 ± 0,9
	Спонтанное свечение, отн. ед	4,1 ± 1,2	0,8 ± 0,3
	Максимальное свечение, отн. ед	7,2 ± 1,4	0,6 ± 0,1
Отмытые сперматозоиды	Светосумма свечения, отн. ед	16,3 ± 2,4	2,5 ± 0,7
	Светосумма свечения, отн. ед	1,9 ± 0,6	1,1 ± 0,4
	Максимальное свечение, отн. ед	3,2 ± 0,9	0,5 ± 0,2

**Примечание:** результаты статистически достоверны ( $p < 0,05$ )

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

На следующем этапе исследования изучали показатели хемилюминесценции в основной группе после выполнения хирургического лечения (через 72 дня после операции) (табл. 2).

*Таблица 2*

*Показатели хемилюминесценции у больных после операции*

**Примечание:** результаты статистически достоверны ( $p < 0,05$ )

Динамика изменений эякулята такова: к 3-м месяцам улучшаются показатели подвижности сперматозоидов, к 6-ти месяцам увеличивается их количество. В группе больных, перенесших эндоскопическое лечение беременность наступила в 9 (28,1 %) семьях в течение первого года после операции.

**ВЫВОДЫ**

1. Активные формы кислорода играют важную роль в патогенезе мужского бесплодия. В норме сперматозоиды характеризуются низкой способностью к генерации активных форм кислорода.
2. Хирургическое лечение варикоцеле, как фактора мужского бесплодия, ведет нормализации показателей хемилюминесценции спермы.

**А.Н. Горшеев, Т.Н. Обыденникова, В.В. Усов, О.П. Беньковская**

**МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ ОЖОГОВЫХ РАН КАК ЭТАП  
СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ  
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)**

Ожоговая травма остается одной из актуальных проблем современной медицины. Среди всех видов травматизма она занимает третье место. Общее число пострадавших от термической травмы на

территории Приморского края составляет 6–7 тыс. человек ежегодно, из них госпитализируется 1200–1500 человек. В Приморском краевом ожоговом отделении на протяжении последних 4-х лет лечение получали 600–630 ожоговых больных. В последние годы имеет место увеличение доли пострадавших с глубокими ожогами с 35,7 до 41,4 %. Несмотря на некоторое снижение летальности за счет успехов противошоковой терапии в группах молодого и среднего возраста, среди тяжелобольных происходит перераспределение летальности за счет увеличения осложнений ожоговой болезни в более поздние сроки.

Наиболее частой причиной смерти пострадавших от ожогов остаются инфекционные осложнения ожоговой болезни. Улучшение результатов лечения больных с тяжелой термической травмой достигается разработкой эффективных методов ранней диагностики инфицирования ожоговых ран, исследованием микробного пейзажа госпитальных штаммов, выявление их антибиотикорезистентности с целью назначения рационального лечения гнойной инфекции у обожженных.

Для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений при ожоговой травме необходимым условием является быстрый и качественный мониторинг, как экзогенной госпитальной микрофлоры, так и эндогенных скрытых источников инфекции у пострадавших.

**Цель** нашего исследования состояла в изучении спектра микрофлоры биоптатов ожоговых ран и разработке стандартизированного подхода к назначению антибактериальных препаратов в Приморском краевом ожоговом отделении ФГУ «ДВОМЦ Росздрава».

При выявлении условно-патогенных штаммов исключали возможность контаминации биологического материала микроорганизмами с поверхностью кожи. При выделении смешанных культур предпочтение отдавалось микроорганизмам, выделенным в большой концентрации и обладающих потенциально более высокой вирулентностью. За последние три года удельный вес *S. aureus* в микробных ассоциациях составлял 34 %; *Ps. aeruginosae* – 22,8–32,4 %.

Нами проведено 967 микробиологических исследований. У *St. aureus* наибольшая устойчивость была выявлена к антибиотикам пенициллинового ряда. Высокая чувствительность определялась к ингибитор-защищенным пенициллинам, цефалоспорином III поколения, фторхинолонам. 97,5 % резистентных к оксациллину стафилококков были чувствительны к ванкомицину.

Наибольшая резистентность *S. epidermididis* отмечена к оксациллину, аминогликозидам (гентамицину, ампициллину).

*Ps. aeruginosae* отличалась очень высоким уровнем резистентности к гентамицину (61,3 %), а также к полусинтетическим пенициллинам (70–90 %). Наиболее активными в отношении *Ps. aeruginosae* являлись амикацин (резистентность 6,7 %), цефалоспорины III поколения (резистентность 11–14 %), левофлоксацин (резистентность 0 %).

Таким образом, препаратами выбора для лечения инфекционных осложнений ожоговой травмы являются ингибитор-защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения.

**Е.Г. Григорьев, А.С. Коган, В.Е. Пак, В.И. Капорский, С.В. Растомпахов, П.И. Сандаков**

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)  
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)  
ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Проблема бактериальных деструкций легких, в том числе гангрены, является актуальной для Сибири. Гангрена легкого была описана почти 190 лет назад тому назад Р. Лаэннеком. Наши представления о ключевых этиопатогенетических факторах этой тяжелой патологии приведены в схеме (рис. 1).

Их калейдоскопическое сочетание и взаимное отягощение являются причиной крайней тяжести пациентов, усугубляющейся осложнениями (кровотечения, эмпиема плевры, сепсис). Ключевой проблемой этой патологии является ранняя диагностика трансформаций острых и хронических воспалительных заболеваний различной этиологии (чаще всего пневмоний) в деструктивный процесс, особенно гангрену.

Мы располагаем опытом диагностики и лечения гангрены легкого более чем у 300 больных. Клинические проявления гангренозного процесса в легких описаны нами ранее (Григорьев Е.Г., 2000, 2003).

В настоящее время есть основания считать, что единственным эффективным методом лечения распространенной гангрены легкого является радикальный хирургический – лоб-, билобэктомия, либо

(чаще) пневмонэктомия. Консервативное, парахирургическое лечение, как и паллиативные операции (торакостомия, пневмотомия, некрэктомия) — при распространенной гангрене малоэффективны и чреваты тяжелыми осложнениями.



Рис. 1. Схема этиопатогенеза гангрены легкого (bronхогенный каскад).

Тяжесть состояния больных оказалась причиной того, что около 30 % из них не были оперированы и, несмотря на интенсивную терапию и реанимационную поддержку, антибактериальную терапию они умерли в кратчайшие сроки после поступления.

Наиболее частым и тяжелым осложнением радикальных операций при гангрене легкого являются бронхиальные свищи, каким бы способом не ушивалась культя бронха. По нашему опыту и данным Е.А. Вагнера (1982) частота этого осложнения находится в пределах 60–70 %. Повторные операции ушивания культи бронха малоэффективны в большинстве случаев. Основной причиной такой ситуации является тяжелое гнойно-некротическое поражение долевых и главных бронхов, выраженный воспалительный процесс в тканях средостения и плевральной полости, что и определяет неэффективность ушивания бронха во многих случаях, именно при гангрене легкого. В связи с этим, нами были разработаны методы пластического укрытия культи бронха собственными тканями. Для этого была использована широчайшая мышца спины, либо большой сальник с сохраненным осевым кровообращением. Эти методы описаны в наших работах. Летальность благодаря этим методикам удалось снизить до 15,6 %. Общая летальность при радикальных операциях в разные годы варьировала в пределах 40–50 %.

Е.Г. Григорьев, М.В. Садах, В.Е. Пак, В.И. Капорский, С.А. Гельфанд

### ХИРУРГИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница» (г. Иркутск)

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Инфицированный панкреонекроз до сих пор остается одной из наиболее тревожных проблем абдоминальной хирургии, а между тем, в последние десятилетия отчетливо определилась тенденция к



увеличению заболеваемости острым панкреатитом, в том числе его некротическими формами, осложненными забрюшинными нагноениями.

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2006 гг. на лечении находилось 60 больных с инфицированным панкреонекрозом, у которых заболевание осложнилось развитием толстокишечных свищей (41,1 % от общего количества оперированных больных). У 42 (70,0 %) пациентов диагностирован распространенный перитонит: мужчин — 25 (59,5 %), женщин — 17 (40,5 %), средний возраст — 55,7 (33 — 73) лет. Наиболее часто некротическим процессом повреждались восходящий и поперечный сегменты ободочной кишки — 35 чел (83,3 %). Множественные (от 2 до 5) свищи наблюдались у 28 (66,6 %) пациентов. Первые признаки уклонения толстокишечного содержимого отмечены на 4 — 11 сутки после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Интраоперационно наблюдалось гнойно-некротическое повреждение *mesocolon* и параколярной клетчатки с переходом процесса на стенку толстой кишки. Морфологически установлены различные сочетания нарушений регионарного кровообращения (тромбоз микрососудистого русла *mesocolon*) и воспалительной реакции (острого экссудативного воспаления в зоне свища и продуктивного воспаления в окружающих тканях и висцеральной брюшине).

По поводу возникшего осложнения выполнялось: ушивание свища без протекционного стомирования в 11 наблюдениях (26,1 %), резекция толстой кишки с илеостомой по Бруку у 12 больных (28,6 %), резекция свищесущего участка с колостомой в 9 случаях (21,4 %). У 5 больных выполнено ушивание свища в сочетании с операцией Брука (11,9 %).

Итак, 23 (54,7 %) пациентам была выполнена резекция пораженных участков толстой кишки с выведением кишечной стомы в том или ином варианте.

Общая летальность составила 59,5 %. Она была связана не столько с образованием кишечных свищей, сколько с тяжестью течения основного заболевания, развитием обширной забрюшинной флегмоны и распространенного перитонита. Наиболее часто свищи осложняли течение инфицированного панкреонекроза со смешанным типом гнойно-некротического парапанкреатита (28 пациентов — 66,6 %), причем летальность в этой группе была наиболее высокой — 63,3%. Летальность при выведении илеостомы была меньшей (47,9 %), чем в других группах больных (при колостомировании — 54,8 %, при ушивании кишечных свищей — 64,7 %).

После купирования патологического процесса в брюшинной полости и забрюшинном пространстве (через 6 — 8 мес.), после проведения курса реабилитации и восстановительного лечения, выполнялось восстановление кишечной непрерывности путем закрытия илео- либо колостомы одним из общепринятых способов.

Таким образом, наложение протекционной кишечной стомы пациентам с толстокишечными свищами в условиях инфицированного панкреонекроза, осложненным распространенным перитонитом является оправданным хирургическим маневром, который позволяет снизить летальность в данной группе пациентов и предупреждает дальнейшую контаминацию брюшинной полости и забрюшинного пространства.

**К.А. Гураль, С.А. Банин, Е.Ю. Протасов, М.Ю. Ключников**

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРАВМОЦЕНТРЕ

*Сибирский государственный медицинский университет (г. Томск)  
Администрация департамента здравоохранения Томской области (г. Томск)  
ММЛПУ «Городская больница № 1» (г. Томск)*

Лечение больных с политравмой представляет собой актуальную и социально значимую задачу в любом регионе. Для фрагментарного решения данной проблемы и оптимизации медицинской помощи пострадавшим нами разработаны алгоритмы, включающие в себя маршруты движения больных и лечебно-диагностические мероприятия в специализированном травматологическом стационаре, которые мы предлагаем Вашему вниманию.

Порядок направления на хирургическое лечение в травмоцентр. Экстренный ежедневный прием, плановая госпитализация, консультативный прием.

**Регистрация пострадавших.** Тщательное ведение медицинской документации имеет значение в связи с тем, что многие травмы впоследствии являются предметом судебных разбирательств. Регистрация пациента на входе приемного покоя обязательна. Каждому пациенту присваивается номер, который затем ставится на всех других документах, а также пробах и анализах пациента. Врач приемного покоя, оказывающий первую помощь, собирает и записывает анамнез несчастного случая, после чего производится осмотр пострадавшего в краниокаудальной последовательности. После окончания реги-

страции всех данных формулируют диагноз, заполняется формализованная история болезни, в которой отражают все виды доклинической помощи на месте катастрофы (в соответствии с протоколом врача скорой помощи) и назначают лечение. Обязательно описание травмотогенеза и мер спасения (время травмы и обстоятельства, время сдавления и время освобождения конечности, время наложения жгута, наложения шин, дренажа грудной клетки, срочной ампутации и т.д.), чтобы при дальнейшем лечении можно было определить, когда и какая помощь была оказана. Параллельно с проведением первичной диагностики осуществляют иммобилизацию мест переломов табельными шинами, накладывают или перекалывают жгут и т.д. Оценивается тяжесть травмы и состояния больного, осуществляется медицинская сортировка.

**Медицинские маршруты и сортировка в травмоцентре.** При поступлении в стационар пострадавший в приемно-диагностическом отделении осматривается руководителем дежурной бригады, которым также определяется медицинский маршрут и лечебная тактика. В случаях изолированной травмы больному в приемном отделении выполняется рентгенографическое и ЭКГ-исследования, производится забор крови для общеклинических и биохимических анализов. Если возраст пострадавшего превышает 60 лет или у больного имеется сопутствующая соматическая патология, он обязательно осматривается дежурным терапевтом и/или кардиологом в момент поступления. Если пострадавший поступает с политравмой, то все мероприятия проводятся либо непосредственно в операционной, либо в предоперационно-противошоковом зале. Транспортировка раненого в предоперационно-противошоковый зал осуществляется на носилках или каталке бригады СМП. Раненый в приемном отделении не перекалывается либо, если позволяет его состояние, перекалывается на рентгенопрозрачный щит и остается в транспортной иммобилизации. Основной упор делается на оценку состояния витальных функций травмированного (обязательно определяется частота пульса, дыхания и уровень артериального давления), в приемном отделении или в операционно-противошоковом зале проводятся диагностические и лечебные мероприятия, в задачу которых входят устранения угрозы опасных для жизни симптомов. Предоперационно-противошоковый зал оборудован аппаратами для ИВЛ, в нем можно проводить такие неотложные манипуляции, как катетеризация центральных вен, пункции и дренирование плевральной полости, диагностические (лапароцентез, лапароскопия, торакоскопия) и стабилизирующие минимально инвазивные операции. В предоперационно-противошоковом зале на фоне продолжающихся реанимационно-противошоковых мероприятий, проводится вся необходимая диагностика (УЗИ, ЭЭС исследование, рентгенологическое обследование передвижными аппаратами, эндоскопические методики) и определяется тактика лечения. Из предоперационной пострадавший направляется либо в операционную, либо в отделение реанимации. Следует отметить, что при множественных и сочетанных травмах алгоритм лечения вытекает в виде ряда последовательных этапов, срок выполнения которых определяется общим состоянием пострадавшего. В основу данных этапов заложены установки кафедры военно-полевой хирургии для этапа квалифицированной помощи.

По срочности выполнения хирургические вмешательства разделены на три этапа: неотложные, срочные и отсроченные. Неотложные хирургические вмешательства выполняются по поводу повреждений, создающих реальную угрозу для жизни пострадавших. Отказ от их выполнения ведет к смертельному исходу или развитию крайне тяжелых осложнений. В свою очередь мы их разделяем, конечно, с определенной долей условности на реанимационные и экстренные.

Реанимационная помощь включает в себя комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и поддержание жизненно важных функций организма. В условиях стационара данный этап, как правило, составляет продолжение этапа догоспитальной помощи или может стать самостоятельным этапом при утяжелении состояния больного. Все мероприятия первых минут проводятся по классической схеме ABCD: А (airway) — восстановление проходимости воздушных путей, В (breathing) — дыхание, С (circulation) — кровообращение, D (disability) — неврологический статус.

Коротко остановимся на этих приемах.

**А** — восстановление проходимости воздушных путей. Первым этапом при неадекватности дыхания или апноэ у пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии, является восстановление проходимости дыхательных путей. Перед интубацией необходимо убедиться в целостности шейного отдела позвоночника. Это обусловлено тем, что во время интубации при переразгибании шеи может наступить дополнительная, возможно, необратимая травма спинного мозга. При обширном разрушении лицевого скелета, вклинении надгортанника или обтурации дыхательных путей инородным телом на уровне голосовой щели выполняется коникотомия или прокол перстнещитовидной мембраны иглами Дюфо с последующей подачей увлажненного кислорода. Затем, после восстановления проходимости дыхательных путей, необходимо перейти к восстановлению дыхания.

**В** — восстановление дыхания. Показаниями для проведения ИВЛ через коникостому или посредством интубации трахеи являются апноэ, терминальный тип дыхания, критическое тахипноэ и парадоксальное дыхание вследствие повреждений. Наиболее простыми и эффективными реанимационными методами ИВЛ остаются методы искусственного дыхания «изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в рот и в нос», «изо рта в воздуховод или коникостому». Недостатком данного метода является возможность заражения медицинского персонала и невозможность длительной экспираторной поддержки,

поэтому при первой возможности необходимо перевести больного на аппаратное дыхание. По восстановлении искусственной оксигенации и вентиляции легких необходимо перейти к искусственному поддержанию кровообращения.

**С** — искусственное поддержание кровообращения. Показанием для искусственного поддержания кровообращения является прекращение насосной функции сердца, что клинически проявляется исчезновением пульса на магистральных артериях, а на электрокардиограмме — в виде фибрилляции желудочков, «неэффективных» сокращений или асистолией. Основными мероприятиями по восстановлению сердечной деятельности у пострадавших с травмами являются закрытый и прямой массаж сердца. Исключением является ранение сердца с его тампонадой, при котором реанимационные мероприятия, направленные на восстановление насосной функции сердца, необходимо начинать одновременно с торакотомией или с пункции перикарда. Пункцию перикарда с аспирацией излившейся в его полость крови мы рассматриваем как ранний реанимационный этап в предоперационной подготовке при ранениях сердца, сопровождающихся тампонадой, который позволяет восстановить работу сердца и выиграть время для начала проведения операции. Параллельно с мероприятиями по спасению жизни в этой фазе проводят клинические исследования, нацеленные на выявление нарушений целостности скелета, симптомов сдавления мозга, повреждения спинного мозга, травм груди и живота.

В диагностике повреждений важное и, пожалуй, основное место занимают рентгенографические исследования, дающие важнейшую информацию при скелетной травме и травме груди. При проведении исследований направленных на выявление повреждений брюшной полости выполняется сонография. При наличии в брюшной полости большого количества свободной жидкости или нестабильности кровообращения никакие другие диагностические мероприятия не проводят, так как считают показанной немедленную лапаротомию. Если при сонографии брюшной полости определяется незначительное количество свободной жидкости, необходимо выполнить лапароскопию или, если необходимо, нейрохирургическое или травматологическое оперативное лечение, следует установить интраабдоминальный катетер для обеспечения непрерывного наблюдения с целью исключения разрыва паренхиматозных органов. В случае, если состояние больного стабильное, отсутствует клиника перитонита, и, по данным сонографии брюшной полости, определяется незначительное количество свободной жидкости, достаточным являются повторные сонографические исследования. У пациентов в бессознательном состоянии на фоне проводимой терапии необходима рентгенография черепа, шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника и костей таза. При подозрении на повреждение мочевого пузыря — уретроцистографию, при переломах таза выполнить пробу с «тугим наполнением». Все эти мероприятия необходимо проводить после стабилизации переломов длинных костей и крупных суставов, при нестабильных повреждениях позвоночника или тазового кольца на рентгенпрозрачном щите или на каталке реанимобиля и в транспортной иммобилизации.

**Д** — неврологический статус — определение уровня сознания, характеристика очаговых, полушарных, краниобазальных неврологических нарушений и характеристика величины зрачков. При подозрении на черепно-мозговую травму (ЧМТ) обязательно проведение эхоэнцефалоскопических и рентгенологических исследований. У пациентов с тяжелой ЧМТ необходимо проведение динамического КТ-исследования для выявления гематомы и ее объема, динамики развития отека и ишемии мозга, состояния желудочковой системы, величины субарахноидальных пространств мозга; по показаниям — проводится доплеровское исследование сосудов или ангиография.

Опыт оказания помощи в специализированном стационаре показал высокую эффективность данного алгоритма действий. Следует подчеркнуть, что данная последовательность в действиях может меняться в зависимости от тяжести состояния пострадавшего.

**К.А. Гураль, В.В. Ключевский**

### **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КАК ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*Сибирский государственный медицинский университет (г. Томск)  
Ярославская медицинская академия (г. Ярославль)*

В последнее десятилетие получает все большее признание новое направление остеосинтеза, обозначенное как биологический или минимально инвазивный остеосинтез. Проблемы биологического или минимально инвазивного остеосинтеза были главной темой на II Европейском съезде травматологов, проходившем 29 — 31 мая 1996 года в Давосе (Швейцария), и III съезде травматологов стран Центральной Европы, прошедшем 17 — 20 июня 1998 года в Амстердаме (Нидерланды). Минимальная травматизация зоны перелома подразумевает минимальную травму и самого больного, что важно в комп-

лексном лечении травматической болезни. Минимально инвазивный остеосинтез предусматривает применение имплантатов с уменьшенным контактом с костью и малые хирургические доступы с незначительным нарушением васкуляризации в зоне перелома. Для интрамедуллярного остеосинтеза оптимален разрез вдали от зоны перелома с закрытым введением стержня без рассверливания костномозговой полости.

**Материалом** к исследованию послужили 116 пациентов в возрасте от 16 до 73 лет, которым была применена методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза стержнями прямоугольного сечения.

1. С закрытыми опорными диафизарными переломами большеберцовой кости, которым был выполнен остеосинтез титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения.

2. С закрытыми неопорными диафизарными переломами большеберцовой кости, которым произведен остеосинтез стержнями прямоугольного поперечного сечения.

3. С закрытыми субистмальными околоистмальными (локализующимися в пределах участка канала, где его расширение не превышает толщину кортикала на уровне перелома) диафизарными переломами большеберцовой кости типа А1 по АО, прооперированные стержнями прямоугольного поперечного сечения.

4. С закрытыми неопорными переломами большеберцовой кости, которым выполнен внутрикостный остеосинтез с блокированием винтами.

В первую группу вошли 34 пациента. У 12 из них переломы локализовались на супраистмальном уровне, у 11 — на истмальном, у 11 — на субистмальном. Гнойных осложнений, несращений, ограниченных движений в смежных суставах — более 25 %, угловых деформаций более 5 градусов, укорочений более 5 мм не было. Все результаты лечения расценены как отличные и хорошие. Вторая группа состояла из 46 пациентов. У 14 из них переломы локализовались на супраистмальном уровне, у 32 — на субистмальном. Гнойных осложнений, несращений не было. Отмечены вторичные смещения с исходом в укорочения от 1 до 2 см — 22 (50 %), в варусную деформацию — 5, в вальгусную деформацию — 1, в антекурвацию — 1, в дислокацию стержня в голеностопный сустав — 2, в нарушение функции коленного сустава вследствие импичмент-синдрома — 2. Имела место несостоятельность остеосинтеза, потребовавшая дополнительного применения гипсовой иммобилизации — 1, накостного реостеосинтеза — 1; миграция основного стержня — 1. У одного пациента, которому применена дополнительная гипсовая иммобилизация при оскольчатом субистмальном переломе, развилась посттромботическая болезнь. Результат лечения оценен как отличный у 13, как хороший — у 19, как удовлетворительный — у 11, как неудовлетворительный — у 3 пациентов. Третья группа состояла из 16 пациентов. Гнойных осложнений, несращений, ограничения движений в смежных суставах более 5 градусов не было. Имели место первичные смещения: а) ротационные деформации более 5 градусов — 3 случая; б) угловые деформации свыше 5 градусов — 1 случай. У одного пациента была миграция блокирующего стержня. Все результаты лечения расценены как хорошие и отличные. Четвертая группа представлена 20 пациентами. 6 переломов локализовались на супраистмальном уровне, 14 — на субистмальном. При супраистмальных переломах выполнялось блокирование обоих концов стержня, причем у 4 пациентов при наличии интраоперационного смещения отломков менее чем на кортикальный слой кости применена динамическая система фиксации посредством блокирования проксимального конца стержня винтами, дистального — тонкими стержнями, а у 2 пациентов выполнена статическая система блокирования винтами. При субистмальных переломах дистальное блокирование винтами выполнено у 11, проксимальное и дистальное блокирование винтами — у 3 пациентов. Гнойных осложнений, несращений, ротационных деформаций более 5 градусов, ограничения движений в смежных суставах более 5 градусов не было. Варусная деформация в 3 градуса была у одного пациента. Вторичное смещение с исходом в укорочение — 1,0 см в условиях полной нагрузки на ногу через 2 недели после операции — имело место у 1 пациента с весом 95 кг при субистмальном переломе в условиях динамической системы фиксации. Все результаты лечения расценены как отличные и хорошие.

### **ВЫВОДЫ**

Сознательный отказ от точной репозиции и абсолютной стабилизации отломков кости с целью сохранения кровоснабжения в зоне диафизарного перелома способствует снижению риска возникновения гнойно-воспалительных осложнений. Вокруг костных фрагментов образуется манжета из костной мозоли, которая рано стабилизирует перелом и является фактором биологической стабилизации. Метод стабилизации отломков кости необходимо выбирать в зависимости от вида перелома и состояния тканей. Остеосинтез титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения опорных закрытых диафизарных переломов большеберцовой кости, а также закрытых субистмальных и околоистмальных диафизарных переломов большеберцовой кости типа А1 по АО дает хорошие и отличные исходы лечения при небольшом риске осложнений. Остеосинтез на опорных закрытых диафизарных переломах большеберцовой кости титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения требует дальнейшей доработки ввиду возможного развития осложнений и отрицательных исходов лечения. Лучшей альтернативой при данных повреждениях является внутрикостный остеосинтез с блокированием винтами.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Сибирский государственный медицинский университет (г. Томск)

Определение оптимальных сроков проведения оперативного лечения у больных с политравмой в остром периоде травматической болезни является проблемой, требующей пристального внимания. Данные литературы свидетельствуют о целесообразности раннего оперативного лечения, однако временные сроки значительно разнятся. Известно, что изменения в лейкоцитарной формуле возникают при любых патологических процессах, которые, хотя и являются неспецифическими, возникают еще до появления четких клинических признаков болезни или ее осложнений.

Наиболее употребительными показателями являются: лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу [1], реже — индекс стрессовой реакции (ИС) организма, предложенный Л.Х. Гаркави [2] и определение содержания диеновых конъюгатов, МДА, СОД и каталазы в плазме и эритроцитах. Нами проведена их динамическая оценка в остром и раннем периоде травматической болезни у 49 больных (35 мужчин и 14 женщин) в сроки 6, 24, 48, 72 и 168 часов после получения травмы. Пострадавшие были разделены по тяжести травмы (по Цибину) на группы. В первую группу вошли 24 пострадавших с тяжестью травмы от 2,1 до 10 баллов, во вторую — 25 больных с тяжестью травмы от 10 до 22 баллов, контрольную группу составили 20 доноров. В исследовании использовались только результаты утренних анализов крови и анализов крови при поступлении, поскольку спектр иммунокомпетентных клеток претерпевает суточные изменения, как и уровень эндогенных глюкокортикоидов [3].

При исследовании данных ИС, ЛИИ и L было выяснено, что по прошествии шести часов после травмы у всех пациентов безотносительно к тяжести состояния в периоде формирования стресс-реакции отмечается ее напряжение, проявляясь увеличением ЛИИ и лейкоцитозом с максимальной выраженностью реакции на третьи сутки. В первые сутки наблюдается наименьшее, но статистически значимое отклонение от нормы, и через 48–72 часа (на третьи сутки) происходит максимально выраженное развитие стресс-реакции и ЛИИ, затем значение показателей начинают постепенно к 7 суткам приближаться к значениям, характерным для здоровых людей. Причинами изменений содержания лимфоидных клеток в крови, вероятно, служат апоптоз их предшественников и самих зрелых элементов, вызываемый большими концентрациями глюкокортикоидов, высвобождающихся при стрессе [4], влияние аутокоидов и токсинов, выделяемых при ишемии [5]. Это подтверждается возрастанием содержания каталазы в плазме крови и малонового диальдегида, по сравнению с контрольной группой, что можно объяснить активизацией реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ). Вначале происходит увеличение активности системы ПОЛ-окисления, что приводит к резкой активизации системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Уже через 6 часов после травмы, независимо от ее тяжести, наблюдается высокое содержание каталазы, и начинается постепенное увеличение содержания МДА (к моменту следующего забора проб), которое достигает своего максимума через сутки у больных с так называемой нетяжелой травмой. При этом происходит одновременное постепенное снижение содержания каталазы, что можно, вероятно, рассценивать как постепенное истощение ресурсов АОЗ, что подтверждается снижением содержания супероксиддисмутазы. При сравнении состояния осмотической резистентности эритроцитов в группах сравнения и контроля отмечено возрастание показателей осмотической стойкости эритроцитов в группе «тяжелых» в начальных пробах, возвращаясь к исходным значениям к 7 суткам. В период через 12 и 24 часа после травмы значимо возрастает вариабельность содержания МДА у пациентов разных по тяжести травмы по сравнению с контрольной группой. Статистическое значимое значение ( $p < 0,05$ ) отношения дисперсии МДА в группе пациентов с травмой к дисперсии МДА в контрольной группе должно быть больше 3,2 (критерий отношения дисперсий Фишера). Вероятно, эта вариабельность обусловлена, в основном, тяжестью воздействия травмы на организм, которая может и не совпадать с клиническими проявлениями. Косвенным подтверждением является то, что в группе людей с тяжелой травмой в целом наблюдаются более высокие значения содержания МДА в плазме крови во все периоды, кроме времени от 12 до 24 часов после травмы, когда в обеих группах наблюдается примерно одинаковое количество МДА в плазме крови, что было подтверждено при сравнении динамики содержания диеновых конъюгатов с динамикой МДА. Таким образом, наибольшая эффективность системы АОЗ сохраняется в первые 6–12 часов после травмы, а пик активности системы ПОЛ наблюдается через 24 часа после травмы, когда наступает истощение ресурсов АОЗ, что подтверждается снижением содержания супероксиддисмутазы в плазме ниже уровня контрольной группы в период от 24 до 48 часов после травмы. Соответственно, наиболее неблагоприятный период состояния систем ПОЛ и АОЗ приходится на период 24–48 часов после травмы. Сопоставление результатов анализа данных лейкоцитоза, индекса по Гаркави, ЛИИ, состояния систем ПОЛ и АОЗ позволяет сделать вывод о необходимости проведения оперативных вмешательств в течение первых 6 часов, при проведении оперативного лечения в срок от 12 до 24 часов после получения травмы уже возрастает риск возникновения осложнений. Поэтому если в этот период стабилизацию переломов про-

вести не удалось, ее следует провести через 7 суток. Когда реакции адаптации выходят на новый уровень приспособления, вероятно, аналогичный уровню реакции резистентности стресса по Г. Селье. Время между 24 и 72 часами неблагоприятно для проведения хирургических операций из-за выраженности стрессорной и системных воспалительных реакций (особенно через 48 часов), поэтому мы считаем, что выполнение остеосинтеза в этот период противопоказано. В случае, когда из-за тяжести состояния больного стабилизировать переломы в первые сутки не удалось, остеосинтез следует выполнять после 7 суток. Если остеосинтез не выполнен и в этот период, то его следует проводить не ранее 3 недель после травмы, после нормализации адаптационных реакций, метаболических и иммунологических показателей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе и его практическом значении / Я.Я. Кальф-Калиф // Врач. дело. — 1941. — № 1. — С. 31 — 35.
2. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. — Рн/Д, 1977. — 100 с.
3. Ritmo circadiano delle sottopopolazioni linfocitarie in soggetti sani / G. Mazzoccoli, G. Bianco, M. Corgera, A.M. Carella et al. // Recenti Prog. Med. — 1998. — N 89 (11). — P. 569 — 572.
4. Программированная клеточная гибель / Под ред. В.С. Новикова. — СПб.: Наука, 1996. — 276 с.
5. Зимин Ю.И. Стресс и иммунитет. Итоги науки и техники / Ю.И. Зимин. // Сер. Иммунол. — М.: ВИНТИ, 1979. — № 8. — С. 173 — 198.

**А.В. Гурулев, В.И. Осипов, И.Ю. Кокотов, Д.Г. Болотова, Ю.В. Потемкин, А.В. Дрокова**

### СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

*Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)*

Применение склерозирующих препаратов в лечении геморроя имеет достаточно давнюю историю. В России склерозирующее лечение геморроя применял И.И. Карпинский еще в XIX веке (1870), а за рубежом на 16 лет позже подобную методику впервые применил К. Vradwood в 1886 году (Bensaude A., 1973).

Болезненность инъекций и возможность осложнений, по-видимому, были причиной того, что в нашей стране инъекционный метод лечения геморроя почти не получил распространения. Особенно отрицательное мнение сложилось об инъекции препаратов, содержащих карболовую кислоту. Однако в последние годы этот метод возрожден и снова пропагандируется.

С 1960 года инъекционный метод лечения применяется в лаборатории проктологии с клиникой Министерства здравоохранения РСФСР (В.Ф. Смирнов). В настоящее время склерозирующее лечение геморроя применяют многие специалисты. Эффективная безопасная реализация данной технологии основывается не только на тщательном освоении методики, но и на использовании специальных аксессуаров (аноскопа с освещением, специального шприца и т.д.).

Вопреки традиционному представлению о механизме действия склерозирующих препаратов, в последние годы появились новые современные препараты (детергенты), которые не стимулируют образование тромбов. Тромб при этом не образуется, а временные параметры гемокоагуляции (протромбиновое и тромбо-пластиновое время) остаются в пределах нормы. Детергенты не оказывают повреждающего действия на форменные элементы крови в разведении 1 : 1000, но вызывают при этом десквамацию 60 — 80 % эндотелиальных клеток. Учитывая высокую местную эффективность детергентов на сосудистую ткань и отсутствие при их применении системного тромбообразования, можно считать, что препараты (тромбовар, фибровейн, этоксисклерол) являются наиболее эффективными и безопасными флебосклерозирующими препаратами (Соловьев О.А., 1996; Савельев В.С. с соавт., 2001; Varma J. et al., 1991; Cormann M., 1994).

В России разрешены к применению флебосклерозирующие препараты группы детергентов (тромбовар, фибровейн, этоксисклерол). Их дозировка и концентрация зависит от диаметра геморроидального узла.

Большинство хирургов, применявших инъекционное лечение, сходятся на том мнении, что наиболее показанным для этого метода нужно считать геморрой I и II степени, где ведущим симптомом является кровотечение (Тимохин Ю.В. и др., 1996; Воробьев Г.И., 2000; McRae H., McLeod R., 1997). Если же заболевание сопровождается выпадением узлов, то лечение не даст положительных результатов — может быть лишь временный и далеко не полный эффект.

Методика склерозирующего лечения заключается во введении склерозирующих препаратов в геморроидальный узел, что приводит к образованию тромба с последующей облитерацией узла. Возник-

новение таких осложнений, как болевой синдром, парапроктит, олеогранулема, скорее всего, связана с нарушением правил введения препарата или с недостаточным опытом колопроктолога.

Противопоказанием к склеротерапии являются воспалительные заболевания анального канала и промежности: острый геморрой, парапроктит, трещина анального канала. Комбинированный геморрой с отсутствием границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами также является относительным противопоказанием к склерозирующему лечению.

На базе Городской клинической больницы № 1 в условиях колопроктологического кабинета и второго хирургического отделения применяется данный метод лечения в период с 2004 года по настоящее время. Нами пролечено 156 пациентов в возрасте от 25 до 72 лет с различными стадиями заболевания, превалирующим симптомом являлось кровотечение.

Критериями хороших результатов в склерозирующем лечении являются прекращение кровотечения и выпадения узлов, что составляет 85 % от числа пролеченных пациентов. Удовлетворительным результатом считается прекращение выпадения узлов и незначительное выделение крови из заднего прохода, что составило 12 %. Неудовлетворительный результат — рецидив кровотечения и выпадения узлов (3 %). Больным с неудовлетворительными результатами были применены другие малоинвазивные методы лечения.

После склерозирующего лечения у 7 % пациентов произошли различные осложнения, из них у 4 % больных они носили характер выраженного болевого синдрома, что связано, с повышенной реакцией организма на введение препарата. Ни одному из этих больных не назначали наркотических анальгетиков, а с болевым синдромом удалось справиться в течение 2–3-х дней при помощи местных обезболивающих препаратов, ненаркотических анальгетиков и физиопроцедур. У 3 % пациентов отмечался выраженный тромбоз лебит геморроидальных узлов, который купировался консервативно, с применением местных противовоспалительных препаратов и физиопроцедур. Других осложнений (острый парапроктит, олеогранулема и некроза геморроидальных узлов), после проведенного склерозирующего лечения, не отмечалось.

Эта методика имеет ряд преимуществ, которые заключаются в простоте техники выполнения, высокой эффективности, малой травматичности, незначительной болезненности, а также невысокой стоимости операции и может быть широко использована в амбулаторных условиях без возрастного ограничения и сопутствующей патологии, кроме непереносимости препаратов, применяемых для склерозирования. После склерозирующего лечения нет необходимости в госпитализации, а 97–99 % пролеченных больных вообще не нуждаются в освобождении от трудовой деятельности.

**А.В. Гурулев, В.И. Осипов, И.А. Михаличенко, Ю.В. Потемкин, С.А. Мясников, Е.Ю. Морозов, В.В. Кришталь**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ**

*Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)*

Техника наложения стомы известна в течение последних двухсот лет, но только в начале 60-х годов двадцатого столетия была признана необходимость для стомированных пациентов иметь полную программу образования и реабилитации. Жизненно важно, чтобы пациенты были тщательно ориентированы и информированы о том, что означает — иметь стому.

В ходе той или иной операции на кишке хирургу порой необходимо сформировать кишечную стому — вывод кишки на поверхность передней брюшной стенки. Стомированным больным сразу же после операции трудно смириться с мыслью о ведении нормальной повседневной жизни в новых условиях с образованной стомой. Со временем, постепенно следует привыкание и адаптация. Чтобы вести нормальный образ жизни, нужно научиться быстро и правильно ухаживать за стомой и преодолеть психологический барьер.

Задачей системы комплексной реабилитации стомированных пациентов является реализация эффективного реабилитационного процесса, конечной целью которого станет радикальное улучшение качества жизни больного со стомой.

Для реализации реабилитационного процесса необходимо координированное взаимодействие всех его участников (медицинская, психологическая и социальная реабилитация).

В нашей стране, в силу исторических и экономических причин, служба реабилитации стомированных больных начала развиваться с 90-х годов, преимущественно в центральных регионах на базе специализированных колопроктологических и онкологических клиник. Отсутствие в России сертифицированной профессии «стоматерапевт»; системы специального медицинского образования по реабилитации больных со стомой; слабое развитие медицинской промышленности, обеспечивающей производство качественной продукции по уходу за стомой; недостаточное финансирование медицинской службы тормозило эффективное развитие стоматерапевтической службы.

Принятый в 2004 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и постановления Правительства Российской Федерации создали материальную базу для оказания полноценной помощи стомированным пациентам. В настоящее время обеспечение техническими средствами реабилитации происходит для пациентов-инвалидов за счет федерального бюджета, для других стомированных больных — за счет регионального бюджета. Финансы, выделенные правительством Российской Федерации, достаточны для приобретения как отечественной, так и зарубежной продукции.

На базе Городской клинической больницы № 1 в 2006 году открыт кабинет реабилитации стомированных больных (КРСБ), который предназначен для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий стомированным пациентам. В соответствии с этой целью КРСБ осуществляет следующие функции:

1. Проведение амбулаторного приема стомированных пациентов; консультации стомированных пациентов в хирургических отделениях до и после стомирующих операций; обучение больных и (или) их родственников правилам ухода за стомой.

2. Проведение комплексных мероприятий по медицинской реабилитации стомированных больных: отбор для стационарного лечения пациентов для хирургической коррекции осложненной стомы и для операций по восстановлению непрерывности кишечного тракта.

3. Учет и диспансеризация стомированных пациентов.

4. Обеспечение стомированных пациентов средствами ухода за стомой на время пребывания в стационаре с обязательным учетом использования продукции; подбор средств за стомой для постоянного использования.

5. Консервативное лечение пациентов с осложненной стомой.

6. Санитарно-просветительская работа (инструкции и брошюры по уходу за стомой, публикации и выступления в средствах массовой информации)

Таким образом, КРСБ связывает воедино всех участников реабилитационного процесса и является базой для оказания многосторонней помощи больному со стомой.

Мы понимаем, что создание в нашей стране эффективной службы реабилитации стомированных пациентов, должной системы специального образования в государственном масштабе является долгосрочным проектом.

Мы надеемся, что инициатива медиков, поддержка государства и широкое международное сотрудничество в сфере реабилитации стомированных пациентов обеспечит и в России должное «качество жизни» каждому больному.

**А.В. Гурулев, Н.Н. Цыбиков, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова**

## **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ – ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**МУЗ «Городская клиническая больница» № 1 (г. Чита)**

В настоящее время наблюдается постоянный рост количества больных с острыми заболеваниями легких. Это связано с возрастающим загрязнением окружающей среды, широким нерациональным использованием антибиотиков, бытовой аллергией, курением, неблагоприятными социальными факторами. Относительное учащение за последние годы различных форм эмпиемы плевры, тяжесть этого заболевания делают проблему лечения таких больных весьма актуальной.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Чита в период 2000 – 2006 гг. лечилось 224 больных с эмпиемой плевры. Средний возраст их составил 38 лет. Соотношение мужчин и женщин 7 : 3. Длительность заболевания колебалась от 2 до 5 недель. Большинство больных поступали из терапевтических стационаров после длительного безуспешного медикаментозного лечения с выраженной клинической картиной плеврального нагноения и тяжелой гнойной интоксикацией.

Абсцессы легкого, осложненные эмпиемой плевры, могут протекать по плевральному или плевральному типу. При плевральной форме (у 139 больных — 62,1 %) после опорожнения в плевральную полость абсцесс заживал с развитием очагового фиброза и течение заболевания определялось эмпиемой плевры. При плевральнолегочной форме (у 85 больного — 37,9 %) в легочной ткани оставались выраженные деструктивные изменения, которые являлись причиной более упорного и тяжелого течения заболевания, и требовалась длительная предоперационная подготовка.

Лечение начинали с плевральных пункций и закрытого дренирования плевральной полости с последующим фракционным или постоянным промыванием ее растворами антисептиков. Применение плевральных пункций ограничивалось начальной стадией эмпиемы, легко поддающейся лечению.



Пункции и закрытое дренирование являлись основным методом лечения у 102 больных. Они оказались эффективными у 93 пациентов. Средняя продолжительность такой терапии — 49,3 дня. Летальность — 8,8 %. Основными причинами смерти были сепсис и септические осложнения, как результат длительного консервативного лечения.

Опыт показал, что плевральные пункции и закрытое дренирование эффективны только при плевральной форме заболевания, своевременно начатом и достаточно интенсивном лечении. При позднем поступлении больных в стационар дренирование использовали для предоперационной подготовки.

Дальнейшая тактика зависела от формы заболевания. Больным с плевральной формой после адекватного дренирования и интенсивной санации полости эмпиемы плевры производили раннюю плеврэктомию и декортикацию легкого. Оперативное вмешательство считали показанным при неэффективности консервативного лечения в течение 1 — 2 недель, стабилизации эмпиемной полости, появлении фиброзных шварт, ригидном легком, многокамерном фибриозном плеврите, бронхиальных свищах. Выполнение операции в ранние сроки уменьшало ее травматичность и способствовало более быстрому и полному расправлению легкого.

Декортикация легкого выполнена 67 (29,9 %) больным. Выздоровели 90,3 % больных, летальность составила 1,6 %. Резекция легкого произведена 55 (24,6 %) больным. Выздоровели 39 (70,9 %) больных, умерли 4 (7,3 %) от рецидива эмпиемы в остаточной полости после резекции.

Изучение видового состава микрофлоры показало, что преобладающим остается стафилококк (41,2 %), однако частота обнаружения грам-отрицательных бактерий возросла: синегнойной палочки до 26,5 %, кишечной — до 14 %.

Выявленные при исследовании иммунологической реактивности дисфункция фагоцитарной системы, активация аутоиммунной реакции, стойкая микробная сенсибилизация, резкое угнетение Т-системы и нарушение регуляции В-системы иммунитета, подтвердили важность проведения не только санационной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, но и иммунокорректирующей терапии.

Наиболее частыми осложнениями после оперативных вмешательств являлись нагноение раны (13,1 %), остаточная полость (4,1 %), рецидив эмпиемы (7 %).

Для предупреждения нагноений ран хорошо зарекомендовал себя комплексный метод, включающий обработку раны растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин), ультрафиолетовое облучение и дренирование перфорированным дренажем, выведенным через отдельные проколы.

Более высокий процент летальных исходов и послеоперационных осложнений заставил нас сдержаннее относиться к обширным резекциям легкого при абсцессах, осложненных эмпиемой плевры.

Таким образом, выбор метода лечения и объема оперативного вмешательства во многом зависят от формы заболевания. При плевральной форме лучшие результаты дает активная хирургическая тактика, включающая адекватное дренирование, интенсивную санацию полости эмпиемы, раннюю плеврэктомию и лечение иммунологическими препаратами.

**Б.С. Данзанов, А.Н. Плеханов, И.А. Ольховский, Л.В. Борбоев**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО И ТРАДИЦИОННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ**

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (г. Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Улан-Удэ)*

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Улучшение результатов лечения больных острым холециститом (ОХ) и его осложненными формами путем выбора наиболее рационального малоинвазивного хирургического метода.

В настоящее время выполняется холецистэктомия, используя традиционный широкий лапаротомный доступ (ТХЭ), видеолaparоскопический (ВЛХЭ), открытый лапароскопический по М.И. Прудкову (ОЛХЭ), и через минилапаротомный доступы (МХЭ). Выполнение ВЛХЭ в условиях напряженного карбоксиперитонеума противопоказано для довольно большой группы больных. Кроме того, сдерживает широкое распространение ВЛХЭ и ОЛХЭ трудности выполнения вмешательств на желчных протоках при осложненных формах острого калькулезного холецистита.

Поэтому с целью улучшения результатов лечения (снижение травматичности хирургического вмешательства, предупреждения повреждения внепеченочных желчных протоков и сосудов, гнойно-воспалительных осложнений) нами разработан способ экстренной холецистэктомии через срединный мини-доступ (патент РФ № 2246907).

Сущность способа заключается в том, что разрез выполняют в эпигастральной области по срединной линии ниже мечевидного отростка длиной 5 – 6 см. Брюшину вскрывают справа от круглой связки печени и берут на швы-держалки вместе с апоневрозом, в рану вводят детский ранорасширитель с удлиняющими насадками. Глубину операционной раны уменьшали за счет валика высотой до 15 см в поясничной области, соответственно разреза.

Затем для приближения угла операционного действия к прямому углу за правую долю печени вводили пелот, тем самым, приближая к операционной ране желчный пузырь с гепатодуоденальной связкой, при этом «вывихивая» желчный пузырь дном в рану. После пункционной декомпрессии желчного пузыря его мобилизуют до кармана Гартмана, на этом уровне пересекают желчный пузырь между двумя зажимами и удаляют. После улучшения обзора в области гепатодуоденальной связки из инфильтрата выделяют и обрабатывают пузырный проток и пузырную артерию. Затем удаляют остаток желчного пузыря и подводят дренажную трубку к винслову отверстию. Этот способ хорош в экстренной хирургии тем, что при необходимости рана расширяется до нужных размеров, не доводя до конверсии, и для выполнения симультанных операций разрез переводят в верхнесрединный.

#### МЕТОДЫ

Нами проанализированы 3 группы больных в зависимости от способа холецистэктомии: ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных с осложненными формами холецистита по группам в зависимости от способа холецистэктомии**

Формы холецистита	Группа 1 (ЛХЭ)		Группа 2 (МХЭ)		Группа 3 (ТХЭ)	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%
Катаральный	85	44,3	56	48,7	97	44,3
Водянка желчного пузыря	28	14,9	3	2,6	8	3,7
Флегмонозный	44	22,9	34	30,4	58	26,5
Эмпиема	27	14,0	10	8,7	19	8,7
Хроническая эмпиема	3	1,6	1	0,9	3	1,4
Гангренозный	5	2,6	11	9,6	34	15,5
в том числе гангренозно- перфоративный	–	–	–	–	7	–
Гангренозно-перфоративный с перивезикальным абсцессом	–	–	–	–	3	–
Всего:	192	100	115	100	219	100
В том числе мужчин	22	11,5	27	23,5	49	17,0
женщин	170	88,5	87	76,5	170	77,6

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении ЛХЭ отмечены технические трудности: у 74 (38,5 %) больных в виде плотных воспалительно-инфильтративных изменений стенки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. В этих случаях у 37 (14,9 %) пациентов холецистэктомия проведена после вскрытия желчного пузыря и удаления конкрементов, у 23 (12 %) – после полного пересечения желчного пузыря в области перешейка желчного пузыря, 14 (7,3 %) больных холецистэктомия была проведена по типу операции Прибрама.

Частота осложнений составила 4,16 %: повреждение гепатикохоледоха у трех (1,56 %), кровотечение – у 2 (1,04 %), желчеистечение – у 3 (1,6 %), нагноение околопупочной раны – у 2 (1,04 %) больных, послеоперационные грыжи у 2 (1,04 %). У этих больных длительность оперативного вмешательства была от 2 до 4 часов.

Минилапаротомный доступ нам позволил оперировать больных осложненными формами со стороны холедоха. Применение данной методики операции у этих больных позволило осуществить интраоперационную ревизию и санацию гепатикохоледоха с применением всех методов и приемов, применяемых при традиционном оперировании, включая пальпацию. Холецистэктомия, выполненная по данной методике с применением мини- доступа, была завершена с наложением холедоходуоденоанастомоза у 9 (7,8 %) больных, цистикодуоденоанастомоза – у 3 (2,6 %), дренирование холедоха по Холстеду – Пиковскому у 11 (9,6 %).

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия применялась у больных с острым холециститом без патологии со стороны общего желчного протока. Мини холецистэктомия, выполненная по нашему способу у этого контингента больных, не только эффективно устраняет основную патологию, но и его осложнения. Эти малоинвазивные операции при правильном отборе больных, позволяют расширить показания к оперативному лечению за счет уменьшения операционного риска вследствие малой травматичности вмешательств и улучшить непосредственные результаты.

Е.П. Данилина, В.В. Юрченко, П.В. Базарин, Ю.С. Данилина

**АКТИВНЫЙ ДРЕНАЖ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ  
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ***ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск),  
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)*

Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, вмешательств на паренхиме печени является серьезной проблемой, отягощающей послеоперационный период. Наиболее оптимальной тактикой в данной ситуации является проведение эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) с целью создания внутреннего дренирования. Однако дренирующего эффекта от папиллотомии порой бывает недостаточно, и в этих случаях в региональном гепатологическом центре Красноярска нашел применение метод назобилиарного дренирования с активной аспирацией желчи. Проведение назобилиарного дренирования осуществляется в первые – третьи сутки после пропитывания желчью повязок или поступления желчи по дренажам. Эффект от установки назобилиарного дренажа проявлялся уже на первые – вторые сутки – отмечалось уменьшение пропитывания повязок желчью, количества отделяемой желчи по дренажам из брюшной полости. Необходимо отметить, что эффективность данного метода лечения зависит от стабильности положения эндопротеза и его диаметра, отсутствия перегибов в нем, консистенции желчи. Для длительной фиксации назобилиарного дренажа в желчных протоках применяется изменение кривизны печеночного конца назобилиарного дренажа (патент на полезную модель № 32399 от 20.09.03) или (и) лепестковых фиксаторов, располагающихся на одном уровне друг с другом. Немаловажное значение имеет отсутствие боковых перфораций в печеночном конце назобилиарного дренажа в области лепестковых фиксаторов, так как через данные перфорации происходит попадание кишечного содержимого в просвет дренажа. Данные вмешательства проведены в 38 случаях, из которых у 5 пациентов желчеистечение было вызвано негерметичным ушиванием травмы печени, в 4 наблюдениях имело место краевое повреждение общего желчного протока, в 2 наблюдениях имело место желчеистечение из ложа желчного пузыря, в 27 – соскочившая с культи пузырного протока клипса или лигатура. Эффект был достигнут во всех наблюдениях: наружное желчеистечение полностью прекратилось в 24 наблюдениях на 3-и сутки, в 7 – на пятые и в 7 – на восьмые. Один пациент умер во время функционирования назобилиарного дренажа по причине, не связанной с эндоскопическим вмешательством. В трех наблюдениях потребовалась многократная замена назобилиарного дренажа в связи с его перегибом в кишечнике. В одном наблюдении потребовалась однократная замена дренажа ввиду выпадения его печеночного конца в ДПК. О таком свидетельствовало уменьшение количества поступающей по дренажу желчи и изменению ее цвета. Назобилиарный дренаж убирался на следующие сутки после полного прекращения наружного желчеистечения.

Следует отметить, что установленный назобилиарный дренаж может быть так же использован для проведения ретроградной холецистопанкреатографии (РХПГ) с целью диагностики источника желчеистечения. Проводить данное исследование целесообразно в первые сутки после установления назобилиарного дренажа. Это вызвано бужирующим эффектом от введения рентгеноконтрастного препарата. При наступившем эффекте, проведение РХПГ по дренажу оправдано только при веском подозрении на выпадение проксимального конца назобилиарного дренажа в ДПК.

**Л.С. Денисенко, С.Е. Гаврина, Е.С. Рогаткина, О.К. Шкуратова****ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА***ГУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)*

На НЯК приходится 250 000 амбулаторных посещений ежегодно и 20000 случаев госпитализаций в год.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ результатов эффективности различных методов хирургического лечения у больных с осложненным течением НЯК.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В региональном центре колопроктологии с 1996 по 2006 гг. находились под наблюдением 14 больных (женщин – 6, мужчин – 8, возраст от 20 до 63 лет) с осложненным течением НЯК. Длительность

заболевания НЯК варьировала от 1 месяца до 20 лет. У 2 (14,3 %) человек наблюдалось острое течение заболевания, хроническое непрерывное течение у 1 больного (7,1 %) и хроническое рецидивирующее течение у 11 больных (78,6 %). У всех пациентов отмечена тяжелая форма НЯК, в 14,3 % наблюдений — тотальное поражение толстой кишки, в 57,1 % — субтотальное и в 28,6 % — левостороннее. У 21,4 % пациентов были зарегистрированы внекишечные проявления заболевания, в 7,1 % случае НЯК осложнился развитием рака прямой кишки, у 7,1 % больных была выявлена токсическая дилатация толстой кишки, у 14,2 % — перфорация толстой кишки. При поступлении в стационар больным проводилось комплексное интенсивное лечение, включавшее глюкокортикоиды. Критериями эффективности были клинические, лабораторные и инструментальные показатели. Отсутствие улучшения в состоянии больных в течение 10 — 14 дней расценивали как неэффективность консервативного лечения и, одновременно, показанием к хирургическому лечению. В клинике 14 больным выполнено 15 оперативных вмешательств, из них экстренных — 13,3 %, плановых — 86,7 %. Один (7,1 %) пациент оперирован в два этапа. 9 (60 %) больным выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеостомы и сигмостомы. Одной больной (6,7 %) произведена колпроктэктомия с наложением постоянной илеостомы на переднюю брюшную стенку живота, двум больным (13,3 %) наложена двустольная илеостома с дренированием брюшной полости и двум пациентам (13,3 %) сделана левосторонняя гемиколэктомия, в одном из случаев левосторонняя гемиколэктомия сочеталась с передней резекцией, в последующем одному больному (6,7 %) была осуществлена правосторонняя гемиколэктомия в связи с прогрессированием заболевания. Общий средний койко-день — 28,7; средний койко-день до операции — 10,5; средний койко-день после операции — 18,3. Летальность составила 13,3 %. Умерло двое больных, оперированных в экстренном порядке по поводу развившихся осложнений НЯК (перфорации толстой кишки и токсической дилатации), погибли от продолжающегося разлитого фибринозно-гнояного перитонита. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 5 больных (33,3 %), которые представлены в нижеприведенной таблице.

#### **ВЫВОДЫ**

Консервативный метод является основным при лечении впервые выявленного язвенного колита. Однако в дальнейшем, особенно при распространении воспаления по всей толстой кишке, многим больным приходится выполнять хирургические вмешательства. В настоящее время применяются операции с сохранением функции анального сфинктера.

**С.В. Дикий, Ю.М. Шендриков, П.Г. Дынин.**

### **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ЭМБОЛИЯМИ**

*ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава (г. Владивосток)*

Клиническая практика последних десятилетий свидетельствует о продолжающемся нарастании количества тромбозов и эмболий магистральных сосудов, их тяжелых осложнений. Из-за несвоевременной диагностики или поздней доставки больных в стационар специализированная ангиохирургическая помощь этим больным оказывается несвоевременной. Убедительным доказательством этого является высокая смертность больных — по данным литературы от 20 до 35 % и высокая частота ампутаций конечностей по поводу гангрены, достигающая почти 20 % (Савельев В.С. и соавт., 1986). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении сосудистых заболеваний, в том числе и острых нарушений артериального кровообращения, выработана только общая тактика лечения, врачу приходится поступать в каждом конкретном случае индивидуально, в том числе, в зависимости от общего состояния больного, его возраста, сопутствующих заболеваний и местных изменений.

В условиях отделения сосудистой хирургии ВМКГ ТОФ за 1986 — 2006 гг. наблюдалось 96 пациентов с острой артериальной непроходимостью: 52 случая острой артериальной эмболии и 44 — острого артериального тромбоза. Из всей группы больных облитерирующими заболеваниями артерий конечностей (2108 случаев) эти пациенты составили 4,6 %. Характерным является увеличение частоты указанных заболеваний: если в 1986 — 1996 гг. лечилось 40 пациентов с острой артериальной непроходимостью (3,9 % от всех облитерирующих заболеваний), то за 1996 — 2006 гг. их число увеличилось до 56 (5,1 %). Среди больных преобладали мужчины: 87 или 90,6 %. Средний возраст — 67,3 года (от 52 до 83 лет). Из 52 случаев острой артериальной эмболии у 43 пациентов (82,7 %) отмечена эмболия нижних конечностей и только у 9 (17,3 %) — верхних. По локализации наиболее часто встречались эмболии: бедренной артерии — 30 случаев (57,7 %), подколенной — 6 (11,5 %), подвздошной — 5 (9,6 %), плечевой — 5 (9,6 %), подмышечной — 3 (5,8 %), аорты — 2 (3,8 %) и подключичной — 1 (1,9 %). Приведенные цифры несколько отличались от данных литературы (Князев М.Д., Белорусов О.С., 1977; Савельев В.С., Затевахин И.И.,

1970). Тактика обследования и лечения при острой эмболии артерий во многом зависела от степени ишемии, а также от сроков от начала заболевания. По степени ишемии больные распределялись следующим образом (классификация Савельева В.С., 1974): ишемия напряжения — 5 (9,6 %), ишемия 1 степени — 27 (51,9 %), 2 степени — 14 (26,9 %), 3 степени — 6 (11,5 %); чаще всего — 2А стадия — 17 случаев (32,7 %). Сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания: до 2 ч — 25 (48,1 %), 2—4 ч — 12 (23,1 %), 4—8 ч — 9 (17,3 %) и свыше 8 ч — 6 (11,5 %). Правильным диагнозом направления оказался лишь у 27 больных (51,9 %), остальные 25 (48,1 %) пациентов поступали с диагнозами — «острый тромбоз», «острый миозит», «острый артрит» и др. Наиболее частой причиной острой эмболии являлись нарушения ритма — мерцательная аритмия при атеросклеротическом или постинфарктном кардиосклерозе (48 или 92,3 %). Все пациенты оперированы в экстренном порядке через 1—2 ч после поступления. Чаще всего для обезболивания применялся метод спинномозговой анестезии — 45 случаев (86,5 %). Первичная ампутация конечности — на уровне нижней трети бедра выполнена у 3-х пациентов — во всех случаях при 3Б стадии: при эмболии аорты — у одного больного, при эмболии бедренной артерии — у двух пациентов (сроки поступления всех этих пациентов были свыше 8 часов). Во всех остальных 49 случаях (94,2 %) выполнялась непрямая эмболэктомия: у 9-и через плечевую артерию, у 6 — через заднюю большеберцовую и у 34 — через бедренную артерию. Полное восстановление артериального кровотока получено у 45 из 49 больных, что составило 91,9 %. Постэмболическая артериальная недостаточность отмечена у 4-х пациентов: в двух случаях через 2—5 суток после эмболэктомии прогрессировала декомпенсация артериального кровообращения, что потребовало высокой ампутации конечности (на уровне нижней трети бедра и верхней трети голени). В двух случаях имелась субкомпенсация артериального кровообращения, что потребовало выполнения плановой реконструкции: подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного шунтирования. Летальность в данной группе составила 5,8 % (3 пациента) — во всех случаях после «высоких» ампутаций: у двух после первичной и у одного после вторичной ампутации. Таким образом, по нашему мнению, острая артериальная эмболия требует экстренного оперативного вмешательства. Выполнение первичной ампутации конечности оправдано только при развитии необратимых изменений (3Б стадия). Летальность в данной группе больных значительно выше при органно-носящих операциях, по сравнению с пациентами, которым удается восстановить артериальный кровоток. Исходы лечения во многом зависят от срока поступления больного на этап специализированной хирургической помощи.

**Е.А. Дробязгин, М.С. Любарский, Ю.В. Чикинев, И.В. Симакова, А.И. Котельников**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЗАГРУДИННЫХ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ ИНЪЕКЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ**

**ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)**

**ГУ НИИКЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)**

**ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)**

В основе современного лечения острой эмпиемой плевры помимо дренирования плевральной полости лежит антибактериальная терапия. Чаще всего используются антибиотики широкого спектра действия, что ведет к репопуляции резистентных видов или необычных патогенов, которые в обычных условиях не поражают легкие. В последнее время все большее внимание привлекают методы воздействия на лимфатическую систему организма, в основе которых лежит способ ее лекарственного насыщения.

Воздействуя на лимфатическую систему прямым или опосредованным способом, стимулируя ее дренажно-детоксикационную функцию, создается возможность патогенетически воздействовать на воспалительный процесс в целом. Применение лимфотропного метода терапии может явиться перспективным направлением лечения гнойно-воспалительных процессов, позволяющим оптимизировать и увеличить эффективность традиционных способов лечения.

При лечении 21 пациента с острой эмпиемой плевры использована методика загрудинного введения лимфотропной смеси с антибактериальным препаратом (цефалоспорином III поколения). Из них 19 мужчин и 2 женщины в возрасте от 19 до 63 лет. Средний возраст  $43,95 \pm 2,73$  года. Давность заболевания до поступления в стационар составила у пациентов от 1 до 6 недель. Средняя давность заболевания составила  $30,23 \pm 2,3$  дня. Введение осуществлялось в клетчатку переднего средостения 5 раз через 48 часов.

Нормализация температуры концу первой недели с момента поступления в стационар достигнута у 10 больных. К концу второй недели от начала лечения температура тела была нормальной у всех пациентов. Все пациенты выписывались из отделения с нормальной температурой тела.

Кашель сухой и с гнойной мокротой через неделю лечения сохранялся у 11 больных. Через 2 недели кашель беспокоил только трех больных. При выписке из отделения жалобы на кашель предъявляли двое больных. Жалобы на боли в грудной клетке к 7 дню от начала лечения купированы у 16 пациентов. Через 14 дней с момента поступления больных в стационар болевой синдром отсутствовал у всех пациентов. Такие проявления интоксикации как потливость, слабость купированы у 13 больных к концу первой недели лечения. К концу второй недели лечения, данные жалобы не беспокоили больных.

При эндоскопическом исследовании, выполненном к концу первой недели лечения у всех пациентов с катарально-гнойным эндобронхитом отмечена эндоскопически положительная динамика, выражающаяся в уменьшении или отсутствии гнойного секрета в бронхиальном дереве. К концу второй недели при эндоскопическом исследовании наличие гнойного секрета имело место у одного пациента. К моменту выписки у всех больных было отмечено отсутствие гнойного секрета в бронхиальном дереве.

В ходе лечения отмечена положительная динамика течения острого воспалительного процесса со стороны показателей общего анализа крови. Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры загрузинных лимфостимулирующих инъекций к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов, уменьшению скорости оседания эритроцитов, а также повышению относительного числа лимфоцитов. Статистически значимым является снижение лейкоцитоза как на 7, так и на 14 день от начала лечения, снижение скорости оседания эритроцитов на 7 и 14 день, повышение относительного числа лимфоцитов к 7 дню с момента лечения.

К концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансминаз нормализовались практически у всех пациентов. Отмечено снижение концентрации фибриногена в плазме крови у пациентов данной группы. Статистически значимые изменения произошли со стороны показателей общего белка, мочевины, АсТ и АлТ. К 14 дню от начала лечения отмечено снижение концентрации мочевины, общего билирубина, АсТ, АлТ, фибриногена и повышение уровня общего белка по сравнению с исходными показателями. При этом статистически значимые изменения произошли со стороны мочевины. Снижение концентрации фибриногена, АсТ, АлТ достаточно выражено, хотя статистически не достоверно.

К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей в среднем у 72,1 % пациентов. К 14 дню от момента поступления пациентов в стационар нормализация параклинических показателей произошла у 19 пациентов. При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, выполненном на 7 и 14 день с момента поступления, у всех пациентов отмечена положительная динамика, выражающаяся в уменьшении размеров полости эмпиемы, уменьшению или отсутствию отделяемого из плевральной полости. Дренажи из плевральной полости удалены у 10 пациентов.

Исходя из выше перечисленного можно сделать следующие выводы: применение непрямой лимфотропной терапии в комплексном лечении эмпиемы плевры способствует эффективному исчезновению клинических признаков заболевания, нормализации общего состояния больных, снижению лабораторных проявлений воспалительного процесса. Применение лимфотропной терапии в лечении больных эмпиемой плевры позволяет достаточно эффективно купировать острый гнойно-воспалительный процесс в плевральной полости.

**Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, И.В. Симакова, А.И. Котельников, И.Е. Судовых**

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХА ПРИ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ У БОЛЬНЫХ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ**

**ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)  
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)**

Возникновение бронхоплевральных свищей является одним из осложнений нагноительных заболеваний легких и плевры. При свище большого размера или множестве свищей, как правило, полностью расправить легкое не удастся. В результате этого формируется остаточная плевральная полость, что требует в дальнейшем оперативного лечения: декорткации легкого с ушиванием свища и плеврэктомии.

В отделении торакальной хирургии ГОУЗ «ГНОКБ» за период с 2002 по 2006 гг. окклюзия бронха при бронхоплевральном свище у больных эмпиемой плевры выполнена 5 пациентам в возрасте от 25 до 67 лет. Все пациенты мужчины. Локализация бронхоплеврального свища определялась по методике предложенной Г.И. Лукомским с соавт. В 4 случаях локализация свища была правосторонней. При этом у двух пациентов свищ локализовался в нижней доле и по одному случаю в верхней и средней доле. В одном случае свищ был в нижней доле левого легкого.

Перед окклюзией проводилась фибробронхоскопия с целью санации бронхиального дерева. Установка обтуратора проводилась в условиях общего обезболивания после интубации трахеи тубусом ригидного бронхоскопа. В доленой бронх с помощью щипцов устанавливался на срок 7–8 суток шарик из мелкопористого пороллона по диаметру в 2–3 раза превышающий диаметра бронха.

Одновременно с установкой обтуратора проводилась постоянная вакуум-аспирация содержимого и воздуха из плевральной полости. Во всех случаях сброс воздуха по дренажам прекращался уже в первые сутки после обтурации. Через 7–8 суток проводилась бронхоскопия и удаление обтуратора с санацией бронхиального дерева.

У трех пациентов удалось добиться полного расправления легкого. После удаления обтуратора сброс воздуха не отмечен. После окончания курса лечения, произведено удаление дренажей из плевральной полости.

В одном случае не смотря на отсутствие сброса воздуха, добиться полного расправления легкого не удалось. При этом отмечено уменьшение в размерах остаточной плевральной полости. В последующем пациенту выполнена декорткация, плеврэктомия.

У одного пациента сброса воздуха по дренажам не было, но после удаления обтуратора свищ вновь начал функционировать.

В ходе нахождения обтуратора в бронхе, его миграции не отмечено.

Принимая во внимание все выше перечисленное, можно сделать вывод, что использование эндоскопической окклюзии бронха у пациентов с эмпиемой плевры и бронхоплевральным свищом, является достаточно эффективным.

**А.В. Дудник, С.И. Сидоров, Ю.В. Желтовский, Е.В. Пешков, О.М. Кожевникова,  
В.Ю. Цивковский**

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО ИСТМУС-БЛОКА ПРИ КОНВЕНЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА**

*ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)  
ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)*

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Выявить предикторы достижения полного истмус-блока в ходе первичной линейной конвенционной радиочастотной аблации (РЧА) кавотрикуспидального перешейка.

### **ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ**

Проведен ретроспективный анализ результатов интервенционного лечения 53 пациентов с истмус-зависимым трепетанием предсердий, прооперированных в 2005–2007 гг. в ГУЗ ИГОКБ. Всем больным выполняли линейную конвенционную РЧА в кавотрикуспидальном перешейке с верхним лимитом мощности воздействий 50 Вт и температуры 65° в режиме контроля температуры. Первую группу составили 40 пациентов, у которых в ходе РЧА достигнуты локальные критерии полного истмус-блока, во вторую группу вошли 13 больных, у которых эти критерии достигнуть не удалось. Группы оказались сопоставимыми по полу и возрасту, характеру течения аритмии и длительности аритмического анамнеза. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica v.6.0 (Statsoft) с использованием непараметрических критериев сравнения. Проведен сравнительный анализ по таким параметрам, как продолжительность РЧ-воздействий, средние значения фактически достигаемой мощности аппликаций, количество рецидивов аритмии.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Средние значения мощности аппликаций в первой группе статистически значимо превышали таковые во второй – 47,5 (45–50) Вт и 32 (26–36) Вт соответственно ( $p < 0,001$ ). Общее время аппликаций составило 23,5 (17–35) и 45 (40–60) мин соответственно ( $p < 0,001$ ). При наблюдении за больными в первой группе выявлено 2 (5%) рецидива аритмии, во второй выявлено 3 (23%) рецидива ( $p_F = 0,08$ ). Всем больным с рецидивом трепетания выполнена повторная РЧА кавотрикуспидального перешейка, в ходе которой быстро достигнуты локальные критерии полного истмус-блока.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Относительно низкие средние значения мощности во время РЧ-аппликаций, а также отсутствие локальных критериев блокады проведения в перешейке при длительности воздействий более 35 мин,

являются предикторами безуспешности достижения полного истмус-блока в ходе первичной конвенциональной РЧА. Повторная РЧА в этих случаях характеризуется 100 % эффективностью.

**А.В. Дудник, С.И. Сидоров, Ю.В. Желтовский, Е.В. Пешков, О.М. Кожевникова,  
В.Ю. Цивковский**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНВЕНЦИОННОЙ МЕТОДИКИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА В ЛЕЧЕНИИ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ**

*ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)  
ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)*

Радиочастотная абляция (РЧА) кавотрикуспидального перешейка является высокоэффективным методом лечения типичного трепетания предсердий. Высокая эффективность вмешательства во многом связана с разработкой четких критериев эффективности этой процедуры (локальные критерии полного истмус-блока) и совершенствованием ее методики. Несмотря на то, что во многих центрах методом выбора стала ирригационная РЧА кавотрикуспидального перешейка, не во всех клиниках существует аппаратура для орошаемой абляции.

#### **ЦЕЛЮ РАБОТЫ**

Оценка непосредственных и отдаленных результатов конвенциональной (традиционной) методики РЧА кавотрикуспидального перешейка в лечении типичного трепетания предсердий.

#### **ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ**

Проведен анализ результатов интервенционного лечения 53 пациентов с истмусзависимым трепетанием предсердий, прооперированных в 2005 – 2007 гг. в ГУЗ ИГОКБ. Всем больным выполняли линейную конвенциональную РЧА в кавотрикуспидальном перешейке с верхним лимитом мощности воздействий 50 Вт и температуры 65° в режиме контроля температуры. Первую группу составили 40 пациентов, у которых в ходе РЧА достигнуты локальные критерии полного истмус-блока, во вторую группу вошли 13 больных, у которых эти критерии достигнуть не удалось. Группы оказались сопоставимыми по полу и возрасту, характеру течения аритмии и длительности аритмического анамнеза. В качестве теста сравнения групп по количеству рецидивов использовали точный критерий Фишера.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Непосредственный эффект процедуры в виде купирования аритмии и невозможности ее индукции в ходе контрольного ЭФИ достигнут в 100 % случаев. Локальные критерии полного истмус-блока в ходе первичной процедуры достигнуты у 40 пациентов (75,5 %). Рецидивы отмечены в 5 случаях (9,4 %), эти пациенты оперированы повторно. Эффективность повторной конвенциональной РЧА в достижении локальных критериев полного истмус-блока составила 100 %.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Конвенциональная РЧА кавотрикуспидального перешейка – высокоэффективный метод лечения истмусзависимого трепетания предсердий. Локальные критерии полного истмус-блока в ходе первичной процедуры удается достигнуть у 75,5 % пациентов, а в ходе повторной процедуры – у 100 % больных.

**В.П. Егоров**

### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ 1 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УССУРИЙСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1963–2006 ГГ.**

*ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)*

Острый аппендицит является одним из самых распространенных заболеваний в ургентной хирургии. По данным Д.А. Арапова (1971), в СССР ежегодно проводилось более одного миллиона ап-



пендэктомий, а летальность от острого аппендицита не превышала 0,3 % и являлась одной из самых низких в мире. Нами проведен анализ заболеваемости острым аппендицитом за 1963 – 2006 годы.

1 этап 1963 – 1985 гг. – расцвета социализма, и 2 этап 1985 – 2006 гг., с момента перестройки и смены общественной формации. Всего за 43 года выполнено 18 004 аппендэктомий. Из числа оперированных выделены морфологические формы острого аппендицита: простой аппендицит – 4 826 или 26,8 %, флегмонозный аппендицит 10 993 или 61,1 %, гангренозный аппендицит – 1 040 или 5,8 %, перфоративный аппендицит – 1 079 или 6,0 %.

**Таблица 1**  
**Анализ заболеваемости острым аппендицитом по материалам Уссурийской городской больницы за 1963–2006 гг.**

Год	Простой	Флегмонозный	Гангренозный	Перфоративный	Всего
<b>Первый период</b>					
1963	322	286	28	46	682
1964	247	274	40	21	582
1965	193	290	47	29	559
1966	206	316	66	22	610
1967	283	323	71	20	697
1968	243	332	48	18	641
1969	201	296	42	17	556
1970	175	288	56	12	531
1971	188	429	47	13	677
1972	197	371	36	8	612
1973	87	548	22	13	670
1974	81	363	26	21	491
1975	22	363	19	25	429
1976	149	229	24	17	419
1977	125	222	24	21	392
1978	144	190	22	31	387
1979	97	190	7	15	309
1980	73	203	9	25	310
1981	54	206	4	11	275
1982	76	198	5	17	296
1983	90	180	2	23	295
1984	73	176	1	18	268
1985	64	186	14	34	298
<b>Итого</b>	<b>3390</b>	<b>6459</b>	<b>660</b>	<b>477</b>	<b>10986</b>
<b>2 период</b>					
1986	74	221	14	24	339
1987	74	271	14	29	388
1988	101	256	27	24	408
1989	85	254	25	25	389
1990	83	191	16	26	316
1991	74	125	11	21	281
1992	54	177	15	11	257
1993	70	223	22	34	349
1994	59	206	14	30	309
1995	58	217	20	23	316
1996	79	218	20	32	347
1997	88	205	18	33	344
1998	22	243	20	28	313
1999	55	263	21	35	374
2000	92	228	18	34	372
2001	48	173	13	34	268
2002	65	196	16	23	307
2003	64	252	19	51	386
2004	59	190	20	29	308
2005	58	214	25	33	327
2006	74	211	12	23	320
<b>Итого</b>	<b>1436</b>	<b>4534</b>	<b>380</b>	<b>602</b>	<b>7018</b>
<b>Всего</b>	<b>4826</b>	<b>10993</b>	<b>1040</b>	<b>1079</b>	<b>18004</b>

По времени от начала заболевания до поступления распределены до 6 часов — 21,9 (27 %), от 6 до 24 час. — 63,5 (78 %), позже 24 часов — 14,6 (18 %).

На 1 этапе (1963—1985 гг.) выполнено 10 986 аппендэктомий или 61%, на 2 этапе (1985—2006 гг.) 7 018 или 39 %.

При сравнении двух периодов оказалось, что во втором по сравнению с первым, наблюдается тенденция к снижению таких форм аппендицита, как простая форма на 1 954 (57,6 %), флегмонозная — на 1 925 (29,8 %), гангренозная форма на 280 (42,4 %).

Однако количество перфоративных форм во втором периоде увеличилось по сравнению с первым периодом на 125 (26,2 %).

Общее число аппендэктомий во втором периоде снизилось по сравнению с первым периодом на 3 968 (22 %) (табл. 1). Всего осложнений 367 (2,04 %). Умерло 5 больных (0,03 %).

На основании аналитического исследования мы пришли к выводу, что имеется тенденция к снижению простых и флегмонозных форм, а количество деструктивных аппендицитов незначительно увеличилось.

Такое колебание разных форм острого аппендицита возможно связано с глобальными климатическими изменениями, влиянием солнечной ионизирующей радиацией на организм человека, алиментарными факторами, снижением иммунных сил организма и изменением вирулентности патогенной флоры, в связи с широким применением современных антибиотиков, а так же гипердиагностики. Улучшилась санитарная культура населения через средства массовой информации, появились новые методы диагностики острого аппендицита: УЗИ, компьютерная томография, лапароскопия.

Запущенные формы острого аппендицита зачастую связаны с отсутствием глубоких знаний клиники атипичного течения острого аппендицита.

Тактика при остром аппендиците и техника оперативного лечения за эти периоды времени не изменились, исключение составляет лапароскопическая аппендэктомия, применяемая в отдельных клиниках. Значительно снизилось число гнойных осложнений, за счет проведения периоперационной антибиотикопрофилактики и применения новейших антибиотиков — цефалоспоринов, фторхинолонов, метрогила в послеоперационном периоде, детоксикационной терапии и современного физиотерапевтического лечения.

**В.П. Егоров**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА ПО М.И. ПРУДКОВУ**

*ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)*

В I хирургическом отделении Уссурийской городской больницы в период с 1998—2006 гг. выполнена 401 плановая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни.

Из них открытая холецистэктомия (ОХЭ) у 271 больного, что составляет 67,6 %. При этом в 26 случаях встретилась сочетанная патология, в том числе холедохолитиаз — 10, стеноз БДС — 10, пузырно-кишечный свищ — 2, АМК — 3. Пациентам выполнены операции: холедоходуоденостомия, папиллотомия, устранение пузырно-кишечных соустьев. Осложнений — 2,2 %, летальных исходов не было.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) выполнена у 102 больных, что составляет 24,5 %. Женщин — 96, мужчин — 6. Осложнений 9 — 8,8 %, из них электротравма ДПК, травма холедоха — 4, желчеистечения — 1, кровотечение — 1, потеря желчного пузыря — 1, нагноение — 1. Умерла 1 больная — летальность 0,8 %.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову выполнена у 26 больных, что составляет 6,5 %. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Проведя анализ всех способов холецистэктомий, считаем, что «золотым» стандартом для лапароскопической холецистэктомии является неосложненная ЖКБ. Лапароскопическая холецистэктомия должна широко внедряться в общехирургических стационарах. Осложнения, наблюдаемые в наших исследованиях, имели место при освоении техники операции.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову, является также щадящей операцией, хорошо переносимая больными с сердечно-сосудистой патологией. Открытая холецистэктомия остается методом выбора в хирургическом лечении ЖКБ, при отсутствии лапароскопической стойки и с заведомо известными трудностями.

В.П. Егоров

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ***ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)*

Несмотря на широкое внедрение эндоскопии, современных противоязвенных препаратов, хирургический метод лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является основным.

В I хирургическом отделении Уссурийской городской больницы с 1987 по 2006 г. по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, ее осложнений выполнено 336 резекций желудка. По Бильрот I – 69 (20,5 %), по Бильрот II в модификации Гофмейстера – Финстерера 40 (9,8 %). С 1992 г. выполняем резекцию желудка по Бильрот II в модификации Я.Б. Витебского, сделано 237 резекций (79,5 %). По данным МСЭК после резекции желудка Бильрот II в модификации Я.Б. Витебского не зарегистрировано ни одного случая демпинг синдрома. Всех осложнений 33 (9,8 %), умерло 25 больных (7,4 %). В плановом порядке с 1987 по 2006 гг. выполнено 148 операций у больных с хронической неосложненной язвой, у 26 (17,6 %) произведена резекция желудка, у 122 (82,4 %) – органосохраняющие операции. Из них: РСПВ – 34 (27,9 %), РСПВ с иссечением язвы и сегментарной дуоденопластикой – 25 (20,5 %), РСПВ с иссечением и мостовидной дуоденопластикой по В.И. Оноприеву – 12 (9,8 %), СВ с гастродуоденостенозом по Жабулею – 34 (27,9 %), СВ с пилоропластикой по Финнею – 6 (4,9 %), СВ с иссечением язвы и поперечным дуоденоюноанастомозом – 5 (4,1 %), СВ с гастроэнтероанастомозом и брауновским соустьем – 6 (4,9 %). Осложнений 5,7 %. Гастростаз – 4, анастомозит – 2, острая язва желудка после РСПВ – 1.

Особенно необходимо остановиться на осложнениях язвенной болезни желудка и ДПК. С 1987 по 2006 гг. поступило 1 132 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Им выполнено 414 операций (36,6 %). Резекция желудка – 225 (54,3 %), органосберегающих операций 189 (45,7 %). Среди органосохраняющих операций иссечение язвы выполнено у 26 больных (13,8 %), прошивание – 63,3 %, РСПВ с иссечением и дуоденопластикой 54 (28,6 %), СВ с пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу – 47 (24 %), других – 2. Умерло 52 больных (12,6 %), из них после резекции желудка 22 (5,3 %), после всех органосохраняющих – 30 (7,2 %), осложнений 14 (3,8 %): несостоятельность анастомоза – 2, нагноений – 3, абсцессы – 4, рецидив кровотечений – 2, острый панкреатит – 3.

Другую группу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК составляют перфоративные язвы. С 1987 по 2006 гг. выполнено 645 операций, из них резекций желудка 53 (8,2 %). Органосохраняющих 592 (91,8 %), из них простое ушивание язвы 18 (2,8 %), ушивание по Опель – Поликарпову – 503 (78 %), иссечение – 9 (1,4 %). РСПВ с иссечением – 45 (6,9 %), РСПВ с иссечением и дуоденоюноностомией – 4 (0,6 %), СВ с ушиванием и гастроэнтероанастомозом – 2 (0,3 %), СВ с иссечением и пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу – 11 (1,7 %). Умерло – 30 (4,6 %), из них 2 больных после резекции желудка. Осложнений – 13 (2 %): повторный инфаркт миокарда – 2, несостоятельность анастомоза – 2, нагноений – 2, абсцесс брюшной полости – 3, травма ДПК – 1.

На основании проведенного исследования, считаем, что залогом лечения язвенной болезни желудка и ДПК, ее осложнений является индивидуальный подход к выбору метода операций. При определении хирургической тактики учитываем ряд факторов: длительность заболевания, выраженность морфологических изменений, функциональных нарушений, локализацию язвы, возраст больного и эффективность предшествующего консервативного лечения.

**М.М. Ермолаева, В.А. Ильина, Р.В. Вашетко, Р.В. Бабаханян****ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ ЛЕГКИХ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)***ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

С целью изучения влияния различных компонентов среды пожара на органы дыхательной системы были использованы следующие экспериментальные модели: 1 группа (34 крысы) – термическое воздействие на дыхательные пути горячим воздухом при температуре +250÷+300 °С с экспозицией 2,5–3 мин.; 2 группа (42 крысы) – динамическая затравка продуктами горения по-

лихлорвинила (ПВХ), в концентрации 1000 – 1500 мг/м<sup>3</sup> с экспозицией 10 – 12 мин.; 3 группа (45 крыс) – ингаляционная заправка парами аммиака (NH<sub>3</sub>), 400 – 450 мг/м<sup>3</sup> с экспозицией 10 – 12 мин. Контрольную группу составили 10 интактных крыс. Для морфологического исследования дыхательной системы экспериментальных животных изготавливались гистопограммы легких и трахеи.

При морфологическом исследовании дыхательной системы в ответ на термическую ингаляционную травму изменения наблюдались уже через 1 час после воздействия в виде катарально-десквамативного трахеобронхита с явлениями гиперсекреции в железах подслизистого слоя, нарушений микроциркуляции в виде полнокровия, эритростазов, повышения сосудистой проницаемости. В легких отмечалась аспирация клеток слущенного бронхиального эпителия, диффузно расположенные и чередующиеся между собой альвеолы в состоянии гипоателектаза и эмфиземы. В субплевральных отделах наблюдались зоны дисателектаза, что является косвенным признаком нарушения синтеза сурфактанта. Кроме того, метаболические расстройства в результате воздействия термического фактора приводили к нарушению в свертывающей системе крови. В сосудах микроциркуляторного русла в субплевральных отделах отмечалось отложение нитей фибрина разной степени зрелости. Вышеперечисленные клиничко-морфологические признаки свидетельствуют о формировании уже с первых часов после ингаляционной травмы системного воспалительного ответа, представленного РДСВ и развитием ДВС-синдрома. Начиная с 3 часов после травмы, признаки РДСВ нарастали: в легких на фоне микроциркуляторных расстройств и ДВС-синдрома увеличивались явления интерстициального и внутриальвеолярного отека и площадь зон дисателектаза в субплевральных отделах. В дальнейшем к 6 часу воспалительные изменения трахеобронхиального дерева приобретали гнойный характер. Воспалительные изменения при этом затрагивали только трахеобронхиальное дерево, не распространяясь на респираторные отделы. По истечении суток после травмы в легких отмечалась очаговая бронхопневмония с фибринозно-гнойным экссудатом.

Морфологические изменения дыхательной системы после воспроизведения изолированной химической травмы имели ряд гистологических особенностей. Так, уже через 1 час после воздействия продуктов горения ПВХ морфологические изменения отмечались преимущественно в респираторном отделе с формированием РДСВ. Они характеризовались спазмом мелких бронхов и бронхиол, наличием интерстициального и внутриальвеолярного отека с зонами дисателектаза и эмфиземы. Гемодинамические расстройства заключались в поражении сосудов микроциркуляторного русла стенки бронхов, где в 1,5 раза чаще, чем в легких, обнаруживались формирующиеся тромбы, которые способствовали нарушению аэрогематического барьера и развитию эрозивно-десквамативного трахеобронхита. Прогрессирующие гемодинамические и вентиляционно-перфузионные нарушения и развитие SIRS служили благоприятным фоном для прогрессирования воспаления в легком. Так, альвеолит был отмечен уже к 3 часу после химической травмы, а на протяжении последующих суток отмечались признаки гнойного трахеобронхита и бронхогенное распространение инфекции с переходом ее на легочную паренхиму – образование гнойной бронхопневмонии.

При ингаляционном воздействии паров аммиака с первого часа наблюдалось значительное нарушение сосудистой проницаемости. В данной группе, кроме процессов десквамации клеток цилиндрического эпителия отмечалось резко выраженное полнокровие сосудов, периваскулярный отек, отек подслизистого слоя трахеи и крупных бронхов с участками кровоизлияний в них. Экссудат в просвете трахеобронхиального дерева имел преимущественно геморрагический характер. Аспирация слущенных клеток эпителия вызывала обтурацию мелких бронхов, потенцируя гипоксию и развитие РДСВ. Через 3 часа в стенке бронхов отмечались выраженное полнокровие, рыхлая лейкоцитарная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами, а в просвете их появлялся серозно-гнойный экссудат. В эти же сроки наблюдался интерстициальный отек, а в просвете части альвеол содержалась отечная жидкость и единичные макрофаги. В легких нарастали явления очаговой пневмонии с наличием в экссудате слущенных клеток бронхиального эпителия.

Таким образом, исследование показало, что наибольшим повреждающим воздействием на дыхательную систему обладают химические факторы. Входящие в состав газо-аэрозольной смеси токсические вещества обладают непосредственным повреждающим действием на различные отделы дыхательной системы. Некоторые из них, в частности, HCl и пары аммиака, могут как самостоятельно, так и в комбинации с другими веществами, привести к развитию тяжелых поражений трахеобронхиального дерева и легких у пострадавших в условиях пожара.

Ю.В. Желтовский, В.М. Назаров, С.И. Железнев, П.М. Ларионов, Е.В. Пешков

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ  
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ**

ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава (г. Иркутск)

Межобластной кардиохирургический центр (г. Иркутск)

ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

ФГУ «НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росздрава» (г. Новосибирск)

Распространение инфекции на структуры сердца неизбежно характеризуется разрушением его фиброзного скелета (Anderson R.H., Becker A.E., 1980). В большинстве случаев при первичном инфекционном эндокардите (ИЭ) возникают разрушения определенных анатомических образований кардиальных структур.

При выполнении оперативного вмешательства больным с ИЭ, мы производили макроскопическую оценку состояния клапанов сердца и подлежащих внутрисердечных структур. Выявленные морфологические изменения клапанного аппарата сердца были довольно разнообразны: вегетации, разрушение или перфорации створок, отрыв хорд, паравальвулярные абсцессы, пристеночный эндокардит и нередко у одного пациента наблюдалось сочетание нескольких видов поражений клапанных структур. Ориентируясь на морфологические признаки, при макроскопическом и гистологическом анализе резецированных клапанов, нами выделены следующие группы их инфекционных поражений: **1)** деструктивные, **2)** вегетации, **3)** поствоспалительный склероз и **4)** сочетания указанных признаков.

При исследовании соотношения клинических и морфологических проявлений активности первичного ИЭ ( $n = 68$ ) мы получили следующие результаты: при первой степени активности ИЭ (по клиническим данным) 58,3 % наблюдений соответствовали I-й степени активности по патоморфологическим критериям и 41,7 % — второй. В группе наблюдений со второй степенью активности согласно клинко-лабораторным и гистологическим критериям классификации ИЭ выявлены совпадения — в 41,7 % наблюдений. При активности третьей степени (по клиническим данным) воспалительный процесс на клапанах первой степени был в 12,5 %, второй — в 37,5 % случаев, а совпадение клинко-лабораторных и гистологических критериев отмечено в 50 % ( $p > 0,0001$ ). При детальном анализе выявлено, что у пациентов с аортальным пороком морфологические изменения клапанов соответствовали первой степени активности в 50 % случаев, что соответствовало характеру течения заболевания и клинической активности. У пациентов с поражением митрального клапана изменения имели более «агрессивный» характер. Макроскопические интраоперационные находки соответствовали тромбэндокардиту, деструктивному, полипозно-язвенному эндокардиту. В 52,6 % случаев морфологические изменения соответствовали второй степени активности ИЭ и 21,1 % — третьей. Высокая активность инфекционного процесса наблюдалась у пациентов с поражением трикуспидального клапана: в 55,6 % исследований — вторая степень и у 33,3 % — третья. Активность первой степени установлена лишь у 11,1 % пациентов. При комбинированных пороках встречались наблюдения с I, II и III степенью активности, но наиболее часто воспалительные изменения соответствовали второй степени — 43,8 % пациентов.

Таким образом, клинко-морфологические параллели при первичном ИЭ далеко не всегда совпадают и это необходимо учитывать при выполнении хирургического вмешательства и ведении послеоперационного периода.

Изучено 63 удаленных протеза, по поводу их дисфункции. Изучались фрагменты тромба, паннусные массы, перипротезное пространство.

При тромбозе биологического клапана обструкция протеза связана, как правило, с первичной дегенерацией створок, а тромботические массы лишь деформировали ткань створок, распространяясь на желудочковую поверхность.

При макроскопическом анализе резецированных искусственных клапанов сердца различных конструкций обнаружено, что обструкция паннусом была предсердной, желудочковой, предсердно-желудочковой, аортальной, аортально-желудочковой. Морфология паннуса была концентрической или эксцентрической. Предсердный вторичный тромбоз встретился чаще у пациентов с предсердным и предсердно-желудочковым паннусом (86,3 %)

При гистологическом исследовании клапана, при развитии раннего протезного эндокардита, отмечена выраженная воспалительная реакция парапротезной ткани, которая носила острый либо подострый характер. В тканях зон контактов с фиброзными кольцами и в участках прилегающих к манжете могли наблюдаться диффузные или диффузно — очаговые инфилтраты, состоящие преимущественно из полинуклеаров с акцентированным экссудативным компонентом с небольшим количеством плазматических клеток и моноцитов. В очагах экссудации соединительнотканые волокна могли быть в состоянии фибриноидного некроза. Воспалительная реакция, но в меньшей степени наблюдалась и по периферии всей манжеты клапана вне мест формирования фистул, что расценено, как исходное воспаление всего фиброзного кольца.

При абсцессах фиброзного кольца дифференцировалась пиогенная капсула, состоящая из клеточного вала, отграничивающего участки тканевого детрита и микробные колонии. При всех воспалительных вариантах в составе тромбов присутствовало большое количество полинуклеарных лейкоцитов или мононуклеаров, отмечалась различная степень организации тромбов.

При дегенеративном варианте наблюдалась распространенная кальцификация часто крупно или среднеглыбчатого характера, здесь могли присутствовать инфильтраты очагового характера, преимущественно из мононуклеаров в составе гистиоцитов, лимфоцитов, плазмацитов.

При позднем протезном эндокардите тканевая реакция характеризовалась образованием соединительной ткани с участками миксоматозной дегенерации и краевыми фибриноидными некрозами. Однако главным морфологическим признаком являлось образование толстостенных сосудов с одним циркулярным слоем гладкомышечных клеток, наряду с формированием обычных синусоидального типа сосудов. Кроме того, определялись отдельные очаговые лимфоцитарные инфильтраты. Реакцию тканей фиброзного кольца на нити манжеты, можно охарактеризовать как инертную, хотя могли наблюдаться отдельные лимфоцитарные, тучные клетки в незначительном количестве. Эндотелизация носила постоянный характер.

**Г.К. Жерлов**

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТИНЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?**

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (г. Северск)*

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте числа больных с колоректальным раком. Единственным радикальным способом лечения при данной патологии остается хирургическое вмешательство. В основе выбора способа операции всегда лежит два основных момента: радикальное удаление опухоли и основных лимфатических коллекторов с одной стороны и обеспечение максимально приемлемого качества жизни пациента — с другой. И если в отношении первого, а именно радикальности, в той или иной степени вопрос можно считать решенным, то в отношении функциональности (качества жизни) остается еще очень много проблем.

В нашей работе мы руководствуемся принципами, которые предусматривают соблюдение принципа функциональной хирургии. В этой связи нами разработаны и применены на практике ряд новых оперативных технологий, предусматривающих комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции.

Новизна предлагаемых методик подтверждается патентами пятью РФ.

Операция низкой передней резекции выполняется с тотальной мезоректумэктомией и наложением колоректального анастомоза в пределах 5 см над уровнем перехода леваторов в продольную мышцу анального канала. При этом формируется ректосигмоидный переход с искусственной ампулой.

После выполнения брюшно-анальной резекции на конце низводимой кишки создаем шаровидный резервуар из трех петель кишки одновременно участвующих в формировании одного межкишечного анастомоза.

При выполнении операции интерсфинктерной резекции, заключающейся в тотальной мезоректумэктомии вдоль перехода леваторов в продольную мышцу анального канала и удалении внутреннего сфинктера, наши методики предусматривают реконструктивный этап, который заключается в формировании гладкомышечного жома путем циркулярного отсепарирования серозномышечной оболочки и фиксации ее в форме манжеты высотой 12 — 15 мм с шаровидным резервуаром по описанной методике.

Наконец, в тех случаях, когда по онкологическим соображениям выполняется брюшно-промежностная экстирпация — нами используется методики предусматривающая формирование забрюшинной резервуарно-удерживающей колостомы, которой присущ рефлексорный механизм опорожнения.

Всего в клинике новые оперативные технологии были применены у 175 больных в возрасте от 31 до 78 лет. Средний послеоперационный койко-день при всех методиках операций составил  $12,2 \pm 1,9$  сут. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 9,1% больных, все пациенты поправились.

Обязательным условием применения новых технологий считаем оценку их эффективности в ранние, ближайшие и отдаленные сроки после операции. При этом используем как субъективные (оценка держания кала по разным шкалам), так и объективные (инструментальные) методы исследования. Полученные таким образом результаты показывают, что формируемые искусственные сфинктероподобные образования и «ампула прямой кишки» сохраняют свою анатомическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных, надежно предупреждая развитие синдрома низкой передней резекции.

Г.К. Жерлов, Б. Лхагвабаяр

**К ВОПРОСУ ВЫБОРА СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРА  
ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ***ГУ НИИ гастроэнтерологи СибГМУ (г. Северск)*

Удаление ампулы прямой кишки неизбежно ведет к развитию т.н. синдрома низкой передней резекции (low anterior syndrome) значительно снижающего качество жизни больных, приводя порой, к стойкой инвалидизации. Имеющиеся в литературе описания различных вариантов формирования искусственной ампулы прямой кишки, после ее резекции зачастую не эффективны и чреватые специфическими для каждого осложнениями, в том числе, развитием гнойно-воспалительных процессов вследствие несостоятельности швов.

В нашей клинике разработаны два варианта завершения операции низкой передней резекции. В первом случае, описанном нами ранее, с целью формирования искусственной «ампулы» выше анастомоза на 3–4 см производят поперечное рассечение серозно-мышечной оболочки по передней поверхности на  $2/3$  диаметра кишки. Выше выполняют еще две подобные серозомиотомии с интервалом в 3 см. Затем формируется инвагинационный клапан выше линии последней серозомиотомии на 3–4 см. Для этого на передней полуокружности толстой кишки выполняется 3 поперечные серозомиотомии с интервалом в 2,5 см на S окружности стенки кишки. Путем последовательного сшивания узловыми швами первого и последнего рассечений формируется изгиб кишки с полулунным клапаном в просвете. Однако изучение отдаленных результатов показало, что у пациентов с исходной гипермоторной дискинезией толстой кишки отмечаются явления инконтиненции, обусловленные «несостоятельностью» сформированного резервуара.

С целью компенсации резервуарной функции прямой кишки после низкой передней резекции нами разработан и внедрен в клинику второй способ формирования neo rectum.

Резервуар формируется следующим образом. После низкой передней резекции прямой кишки выше места будущего формирования колоректального анастомоза на 20–30 мм по противобрыжечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 70 мм и шириной 15–18 мм без вскрытия просвета кишки. Образованную площадку лишенную серозно-мышечной оболочки сшивают в поперечном направлении узловыми швами. Сформированную конструкцию низводят в полость малого таза. В области задней полуокружности сигмовидной и прямой кишок накладывают узловые серозно-мышечные швы так, чтобы линии швов на сигмовидной кишке располагались под углом к ее брыжечному краю по линии рассеченной серозно-мышечной оболочки. Свободные от мышечной оболочки подслизистые основы обеих кишок восстанавливают непрерывным подслизистым кетгуттовым швом. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина восстанавливается над областью сформированного толстокишечного резервуара.

Всего по данной методике оперировано 47 больных в возрасте от 47 до 72 лет. В раннем послеоперационном периоде все пациенты поправились.

По результатам исследований Wexner score в ближайшем послеоперационном периоде средний показатель составил  $12,1 \pm 2,1$ , а в отдаленном –  $4,6 \pm 0,4$  балла, что свидетельствует о хороших резервуарных свойствах сформированной «ампулы».

Инструментальные методы диагностики также подтверждают функциональную состоятельность сформированной «ампулы» во все сроки наблюдения.

Таким образом, операция по формированию neo rectum после низкой передней резекции позволяет получить новый, функционально «полноценный» отдел толстой кишки, в достаточной мере восстанавливающий утраченную часть прямой кишки.

**П.Т. Жиго, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель, А.А. Белобородов****ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ СЕРДЦА***ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)  
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)*

В общей структуре травматизма мирного времени повреждения груди составляют 35–50 %. Частота повреждения сердца при закрытой травме груди, по разным данным, колеблется от 7,6 до 59 %. Большинство авторов рассматривают данную проблему с позиции изолированной травмы

груди, а между тем, по нашим данным, большинство закрытых травм груди имеют сочетанный характер. Выяснение особенностей клинической картины, диагностики и хирургической тактики в случаях ушибов сердца при сочетанной травме груди побудило авторов провести настоящее исследование.

Обследованы 112 пострадавших с закрытой травмой сердца в возрасте от 3 до 82 лет. Средний возраст  $44,3 \pm 1,5$  лет. Мужчин было 91 (81,3 %), женщин 21 (18,7 %). Причинами травмы сердца были: автодорожная травма — 49 (43,75 %) человек, падение с высоты — 30 (26,79 %), избиение — 19 (16,96 %), бытовая травма — 8 (7,14 %), прочие причины — 6 (5,36 %). Изолированная закрытая травма сердца была у 27 (24,11 %) пострадавших, сочетанная — у 85 (75,89 %). Умерло 55 из 112 больных, летальность составила 49,11 %.

Для диагностики закрытой травмы сердца использовался комплексный подход, который включал в себя не только анализ характера травмы, клинический осмотр больного и электрокардиографию при поступлении, но и холтеровское мониторирование в динамике, эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда.

Причинами смерти были тяжелые сопутствующие повреждения и сердечно-сосудистая недостаточность. В связи с этим остро встает вопрос о возможности оперативных вмешательств у больных с закрытой травмой сердца.

Из 112 больных экстренно были оперированы 32 (28,58 %). Это больные с внутрибрюшным кровотечением (разрыв печени, селезенки, поджелудочной железы, почки и т.д.) и повреждением полых органов. К сожалению, недостаточная техническая оснащенность не позволяет нам диагностировать только разрыв полого органа без массивного внутрибрюшного кровотечения. Таким больным можно было бы провести предоперационную подготовку в течение нескольких часов. Из 32 больных в послеоперационном периоде погибло 24 (75 %). Все остальные больные с закрытой травмой сердца, которым было необходимо оперативное пособие, оперированы только после стабилизации гемодинамики и восстановления нормальной сердечной деятельности.

Однако и в этой группе погибло 31 из 80 пострадавших (38,75 %). Смерть наступила от декомпенсированного травматического шока и сердечной недостаточности.

В заключение, можно отметить, что у больных с закрытой травмой сердца экстренное оперативное вмешательство возможно только по жизненным показаниям при продолжающемся кровотечении, которое угрожает жизни. Во всех остальных случаях операцию необходимо производить позже, после стабилизации гемодинамики, что улучшит результаты лечения.

**С.И. Заикин, Е.А. Первов, П.А. Фролов, В.В. Агаджанян**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОКОЛОНОСКОПА**

**ФГ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (г. Ленинск-Кузнецкий)**

С 01.02.04 по 30.10.06 были подвергнуты тотальной колоноскопии 1205 пациентов. Стандартное эндоскопическое исследование проводили видеоколоноскопом Olympus V70L. С целью улучшения визуальной картины и ее трактовки использовали 0,2% раствор индигокармина. Среди всех пациентов в возрасте от 10 до 89 лет (средний возраст — 52,6 лет) мужчин было 546 (45,3 %), женщин — 659 (54,7 %). 1034 аденомы толстой кишки обнаружены у 558 (46,3 %,  $n = 1205$ ) больных: у мужчин в 55,6 % ( $n = 546$ ), у женщин — в 38,5 % ( $n = 659$ ) случаев. Частота встречаемости аденом толстой кишки в зависимости от пола и возраста была различна и составила: у мужчин в возрасте до 20 лет — 27,7 % ( $n = 18$ ), 20–29 лет — 14,8 % ( $n = 27$ ), 30–39 лет — 18,25 % ( $n = 66$ ), 40–49 лет — 44,2 % ( $n = 156$ ), 50–59 лет — 77,5 % ( $n = 120$ ), 60–69 лет — 60,5 % ( $n = 81$ ), 70–79 лет — 85,3 % ( $n = 75$ ), 80–89 лет — 0 %; у женщин до 20 лет — 11,1 % ( $n = 18$ ), 20–29 лет — 14,3 % ( $n = 21$ ), 30–39 лет — 28,9 % ( $n = 45$ ), 40–49 лет — 25,9 % ( $n = 177$ ), 50–59 лет — 49,1 % ( $n = 171$ ), 60–69 лет — 42,7 % ( $n = 124$ ), 70–79 лет — 53,3 % ( $n = 92$ ), 80–89 лет — 36,4 % ( $n = 11$ ). В слепой кишке аденомы выявлялись в 3,3 %, в восходящей — в 6,1 %, в поперечной — в 15,6 %, в нисходящей — в 10,8 %, в сигмовидной — в 46,1 %, в прямой кишке в 18,1 % случаев. Аденомы I типа (по S. Yamada (1966)) встречались в 33,5 %, II типа — в 36,5 %, III типа — в 24,3 %, IV типа — в 5,7 % случаев. Среди 1034 аденом аденомы до 5 мм в диаметре составляли 33,8 %, от 6 до 10 мм — 42,5 %, от 11 до 20 мм — 16,1 %, более 20 мм — 7,6 % случаев. У 558 пациентов одиночные аденомы встречались в 52,6 %, групповые — в 19,3 %, множественные — в 28,1 % случаев. У 114 пациентов удалено 211 аденом толстой кишки с использованием петлевой электроэксцизии (116), «горячей» биопсии (68), эндоскопической резек-



ции слизистой (27). При морфологическом исследовании всей удаленной аденомы выявлены: тубулярные — 79,6 %, тубулярно-ворсинчатые — 17,1 %, ворсинчатые — 1,9 %, аденокарциномы — 1,4 % случаев. Изучена чувствительность и сила теста щипцовой биопсии для выявления степени дисплазии аденом толстой кишки у 32 больных. Чувствительность щипцовой биопсии — 21,9 %. Сила теста щипцовой биопсии — 0,22. В тубулярных аденомах до 5 мм (n = 69) слабая дисплазия (I степень) встречалась в 21,7 % случаев, умеренная (II степень) — в 5,8 %, значительная (III степень) — в 1,4 %. В аденомах от 6 до 10 мм (n = 71) I степень встречалась в 33,8 %, II — в 21,1 %, III — в 7,0 % случаев. В аденомах от 11 до 20 мм (n = 26) I степень дисплазии выявлена в 23,0 %, II — в 11,5 %, III — в 7,7 % случаев. 66,6 % тубулярных аденом более 20 мм (n = 3) имели I степень дисплазии. В тубулярно-ворсинчатых аденомах до 5 мм (n = 3) I степень дисплазии встречалась в 100 % случаев; от 6 до 10 мм (n = 13) I степень — в 46,1 % случаев, II — в 30,8 %. Аденомы от 11 до 20 мм (n = 7) имели I степень дисплазии в 28,6 %, II — в 11,5 %, III — в 42,8 % случаев; в аденомах более 20 мм (n = 12) I степень обнаружена в 8,3 % случаев, II — в 25 %, III — в 66,7 %. Удаленные ворсинчатые аденомы были более 20 мм (n = 4) и имели I степень дисплазии в 25 %, II — в 25 %, III — в 50 % случаев. Высокодифференцированная аденокарцинома без инвазии выявлена в двух удаленных аденомах II типа, из правых отделов толстой кишки, размером до 10 мм (2,3 %, n = 89) и одной аденоме прямой кишки III типа более 20 мм (5 %, n = 20). Осложнений (кровотечение, перфорация), связанных с удалением аденом, не отмечено.

**И.П. Зайчук, С.Г. Цыбиков, Ю.К. Усольцев**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД» (г. Иркутск)*

Проанализирована хирургическая тактика и результаты лечения 12 пациентов с повреждениями прямой кишки (ПК). У 2 (17 %) пациентов было повреждение внебрюшинного отдела, у 10 (83 %) — внутрибрюшинного отдела ПК. Разрывы ПК при переломах костей таза имели место у 2 больных, проникающие ранения ПК в результате ятрогенных повреждений (при фиброколоноскопии, постановке клизм) — у 3 пациентов, разрывы ПК в результате введения в анус инородного тела — у 4, травма типа «сажания на кол» — у 3 больных.

Разрывы слизистой прямой кишки, возникшие в результате введения в анальный канал инородных предметов, в ранние сроки ушивали со стороны просвета кишки кетгутowymi швами. Пациентам, поступившим в сроки более 6 часов от момента травмы, дефект слизистой ПК не ушивали, назначали безшлаковую диету, антибиотики, микроклизмы с антисептиками.

Хирургическая тактика при проникающих в просвет кишки ранениях через промежность или ранениях кишечной стенки со стороны просвета ПК зависела от сроков ранения и размеров раны ПК. При небольших размерах раны ПК (до 1 см) в ранние сроки со стороны повреждения кишечной стенки широким полулунным разрезом по ходу раневого канала промежности проводили первичную хирургическую обработку, рану ушивали отдельными швами в 2 ряда без захвата слизистой оболочки. Параректальную клетчатку санировали антисептиками и широко дренировали. Пациентам, поступившим в более поздние сроки, либо с более обширными и сочетанными повреждениями рану кишечной стенки не ушивали, а выполняли первичную хирургическую обработку, после чего накладывали проксимальную петлевую колостому. Такая тактика является правилом при огнестрельных ранениях ПК.

Первичная пластика сфинктера выполняется лишь в условиях специализированного проктологического отделения в ранние сроки с момента травмы.

Абсолютными показаниями к наложению проксимальной колостомы при травме ПК являются:

1. Внутрибрюшинное проникающее повреждение ПК.
2. Внебрюшинное проникающее повреждение стенки ПК выше леваторов.
3. Обширные повреждения промежности и параректальной области с поражением стенки кишки ниже леваторов.
4. Повреждение анального жома более чем на j окружности.

Относительными показаниями для наложения колостомы являются послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения в зоне поражения.

**Т.З. Закиев, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин, О.В. Буторина**

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)*

### **ЦЕЛЬ**

Изучить результаты лечения гнойных осложнений травм в условиях травматологического отделения МСЧ ОАО Татнефть и г. Альметьевска за период с 2000 по 2004 гг.

### **МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

За период с 2000 по 2004 гг. в отделении пролечено 9 091 (100 %) больных. Среди них женщин 38,96 % и мужчин 61,03 %. Преобладали пациенты в возрасте 41–50 лет (26,76 %) и 31–40 лет (21,12 %). По виду травмы ведущее место занимали уличные нетранспортные – 59,62 % и бытовые – 19,71 %. В состоянии алкогольного опьянения обратились 8,45 % больных. 68,07 % пациентов обратились в срок до 1 суток от момента получения травмы, 15,02 % в срок до 1 недели и 16,9 % более 1 недели.

Среди пациентов у 8,9 % развились гнойные осложнения. Основным возбудителем инфекции является золотистый стафилококк. Иммунологический анализ показал снижение количества лейкоцитов, снижение активности фагоцитоза, общее снижение иммуноглобулинов.

### **ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

При анализе медицинских карт стационарных больных выявлены следующие закономерности: преобладание пострадавших лиц мужского пола трудоспособного возраста; чаще всего травмы происходят на улице в зимне-весенний период; основная масса больных обратилась за помощью в 1 сутки после получения травмы и оперированы в течение 24 часов с момента госпитализации; значительно преобладают переломы типа «В» по классификации АО.

При местном лечении гнойных ран у всех пациентам использовалось раневое покрытие – перфорированный бактерицидный пластырь, позволяющий свободно оттекать раневому экссудату и оказывающей бактерицидный эффект на микроорганизмы. Также в комплексе лечения применялся иммунологический препарат Ликопид (по схеме).

Вывод: необходимо обратить пристальное внимание на профилактику травматизма не только работниками системы здравоохранения, но и службами жилищно-коммунального хозяйства и дорожно-строительных организаций, проводить профилактику травматизма, как в быту, так и на рабочем месте. Необходимо разработать и внедрить комплексную реабилитационную программу, включающую средства гравитационной хирургии, последние достижения физиотерапии и лечебно-физической культуры для достижения полной социальной и трудовой адаптации больных. При лечении травматологических больных с гнойными осложнениями необходимо применение иммуномодуляторов с целью восстановления иммунных сил организма.

**М.М. Зеленикин, Н.А. Путятю, К.А. Мчедlishvili, Д.В. Ковалев, Т.О. Астраханцева,  
М.Г. Пурсанов, И.Е. Сагатов**

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА**

*ГУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН» (г. Москва)*

Операция Фонтена позволяет оказать хирургическую помощь больным с одножелудочковой гемодинамикой. С 1983 по 2006 гг. в отделении ВПС НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН гемодинамическая коррекция по методу Фонтена в различных модификациях выполнена 315 пациентам. В сроки от 6 месяцев до 21 года (в среднем  $9,8 \pm 3,5$  лет) обследовано 233 больных.

Цель сообщения: представить структуру осложнений и методы их лечения в отдаленные сроки после различных модификаций операции Фонтена.

Из 233 обследованных больных в отдаленные сроки после операции унiventрикулярной коррекции ВПС у 50 (21,5 %) отмечено развитие различных осложнений. Чаще других явления недостаточности кровообращения были связаны с нарушениями ритма, проявившимися в форме пред-

сердечных и желудочковых аритмий в 13,3 % и полной поперечной блокаде сердца — в 0,9 % от общего числа обследованных. Белково-дефицитная энтеропатия отмечена у 6 %, а тромбоемболические осложнения — у 2,5 % пациентов. В 7,7 % причиной недостаточности кровообращения были остаточные стенозы на разных уровнях вновь созданного системного венозного возврата крови, в 4,3 % случаев — с длительным периодом адаптации системы кровообращения к новому типу циркуляции.

Все больные получали при наличии соответствующих показаний консервативную терапию, включающую антиаритмические препараты, препараты калия, сердечные гликозиды, антикоагулянты, ингибиторы АПФ и другие лекарственные средства. Эндovasкулярные хирургические вмешательства: шесть радиочастотных аблаций, две имплантации ЭКС и 24 операции по устранению остаточных стенозов полых вен и легочных артерий, окклюзии реканализации антеградного кровотока и больших аортолегочных коллатеральных артерий.

После операции ТКПА НК составляет 81 % осложнений, БДЭ — 10 %, и нарушения ритма — 9 %. После операции ЭК осложнения представлены НК в 55 % случаев и БДЭ в 45 %. Тахикардией после этой модификации операции Фонтена не выявлено.

После операций ТКПА и ЭК 93 % осложнений имеют гемодинамическую причину (стенозы ветвей ЛА или полых вен, реканализация ствола ЛА, наличие БАЛКА). Устранение этих причин в большинстве случаев возможно при помощи эндovasкулярных методик.

**А.С. Золотов\*, В.Н. Зеленин\*\*, В.А. Сорокиков\*\***

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВОВ СУХОЖИЛИЙ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ ДМФС**

*\*МУЗ «Спасская городская больница» (г. Спасск-Дальний)*

*\*\*ГУ ЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Рекомендации по лечению дистальных повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти остаются противоречивыми. Большинство хирургов является сторонниками консервативного лечения, однако немало хирургов предпочитают оперативные (инвазивные) методы (Geyman, 1998).

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Сравнить результаты лечения повреждений 1 типа «mallet finger» (по классификации Doyle (1993)) с применением закрытых и открытых методов.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведен анализ результатов лечения 140 пациентов. При лечении 99 больных (1 группа) применялись различные шины и повязки. В лечении 41 пациента (2 группа) использовались инвазивные методы: трансартикулярная фиксация спицей (15), шов сухожилия + гипсовая повязка (1), шов мягких тканей на тыле пальца (2), насбаривание сухожильного регенерата (10), тенодермодез (13).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Количество положительных результатов (по системе Crawford) оказалось большим во второй группе пациентов (91,2 % против 81,8 % случаев). В этой группе выявлен и более высокий средний балл оценки (4,1 против 3,92). Однако уровень значимости —  $p > 0,05$ . Консервативное лечение оказалось более безопасным по уровню осложнений (2 случая (2,02 %)), чем оперативное (5 случаев (12,2 %)). В первой группе больных в одном случае наблюдался некроз кожи на тыле пальца от давления пелотом (результат плохой), во втором случае развился дерматит. Дерматит был купирован, и в конечном итоге результат оказался отличным. Во второй группе наблюдалось 5 осложнений. Краевой некроз кожи возник после насбаривания сухожильного регенерата. Рана зажила вторичным натяжением, конечный результат оказался удовлетворительным. В двух случаях в связи с нагноением мягких тканей в окружности спиц последние были удалены раньше срока. В одном из этих случаев результат оказался плохим, во втором случае — удовлетворительным. В связи с нагноением в области лигатуры при тыльном шве мягких тканей также пришлось удалить лигатуру раньше времени, результат оказался плохим. Остеомиелит дистальной фаланги после трансартикулярной фиксации спицей стал причиной плохого результата еще в одном случае.

Таким образом, консервативное и оперативное лечение 1 типа «mallet finger» близки по эффективности, но консервативный метод более безопасен по уровню осложнений.

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Л.Р. Аитова

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнью Крона, особенно в экономически развитых странах. Низкая эффективность от проводимой консервативной терапии и частые рецидивы после хирургического лечения ставят болезнь Крона в один ряд с онкологическими заболеваниями. Современная фармакотерапия тяжелых форм болезни Крона требует проведения гормональной и цитостатической терапии, а применение высокоэффективной иммунокорректирующей терапии инфликсимабом сильно ограничено из-за высокой стоимости препарата.

В отделении колопроктологии г. Уфы в период 2001 – 2006 гг. пролечен 21 больной с болезнью Крона. Средний возраст составил 41,3 года, возраст больных колебался от 25 до 54 лет. Большинство пациентов – 61,9 % (13) составили женщины, соответственно мужчины 38,1 % (8). В 28,6 % (6) отмечено изолированное поражение тонкой кишки, у 7 больных (33,3 %) процесс локализовался в толстой кишке и в 9 случаях сочетание поражения тонкой и толстой кишки (42,9 %).

Всем больным проводилась базисная терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты. В 6 случаях (28,6 %) установлена тяжелая форма течения болезни Крона, потребовавшая проведения гормональной терапии преднизолоном по схеме до наступления стойкого эффекта с последующей поддерживающей терапией препаратами группы сульфасалазина.

Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, а также в связи с развитием осложнений, было выполнено хирургическое вмешательство – 9 больных (42,9 %). Три человека (14,3 %) были с сегментарным поражением терминального отдела подвздошной кишки, которым в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии была выполнена сегментарная резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. У всех больных из этой группы не отмечено рецидива заболевания. В 9,5 % случаев (2 больных) с поражением тонкой и толстой кишки выполнена резекция илеоцекального отдела кишечника с формированием первичного илеоасцендоанастомоза. У одного больного развился рецидив заболевания с поражением толстой кишки, потребовавшее регулярного проведения курса стационарного лечения.

В 2-х случаях (9,5 %) в связи с развившимися осложнениями возникла необходимость наложения илеостомы. В первом случае течение заболевания осложнилось развитием воспалительного инфильтрата вызвавшее развитие кишечной непроходимости, была выведена илеостома. После проведения консервативной терапии воспалительные явления купированы и произведена резекция пораженного участка тонкой кишки с ликвидацией стомы. Во втором случае у больного с поражением тонкой и толстой кишки развился абсцесс с прорывом в брюшную полость и развитием перитонита. Выведение илеостомы и проведение гормональной терапии не позволило добиться положительного эффекта, что потребовало проведения иммунокорректирующей терапии инфликсимабом. После проведения терапии инфликсимабом в дозировке 5 мг/кг веса 4-кратно привело к значительному улучшению состояния больного и положительной эндоскопической динамике заболевания.

У двух пациентов с поражениями прямой кишки и анального канала сформировался ректовагинальный и параректальный свищ. Было выполнено наложение петлевых сигмостом и проведена консервативная гормональная терапия приведшие к заживлению свищей. После чего колостомы были ликвидированы. Рецидивов свищей в течение 3 лет нет.

### ВЫВОДЫ

1. Течение болезни Крона характерно развитием осложнений, потребовавших хирургическое вмешательство в 42,9 % случаев.
2. Радикальное хирургическое лечение болезни Крона привело к выздоровлению в 66,7 % и в 22,2 % случаев позволило добиться ликвидации внекишечных осложнений.
3. Первый опыт применения инфликсимаба позволяет говорить о его эффективности в случае лечения гормонорезистентной формы болезни Крона.

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Р.Р. Булатов,  
Р.Т. Ибатуллин

## АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

История хирургии кишечных стом переступила 200-летний рубеж. Началом данного направления в хирургии принято считать первую успешно выполненную колостомию в 1793 г. французским профессором Дюре ребенку с атрезией заднего прохода. Хирургами всего мира накоплен огромный опыт выполнения данной операции в различных модификациях, в зависимости от вида и локализации патологии. Многие авторы, непосредственно занимавшиеся данной проблемой, неоднократно проводили анализ неудовлетворительных результатов с практическими рекомендациями.

Проблема оказания медико-социальной помощи стомированным больным в РФ в настоящее время является приоритетной. Основные усилия направлены не только на усовершенствование хирургической техники в лечении основного заболевания, но и на социальную реабилитацию стомированных больных. Удельный вес больных с IV стадией колоректального рака на протяжении многих лет остается на высоких цифрах — 25 % (Воробьев Г.И. 2005), следовательно, количество больных с пожизненной стомой, к сожалению, будет только увеличиваться.

Организация кабинетов реабилитации стомированных больных дала возможность более детально изучить ближайшие и отдаленные результаты стомирующих операций выполненных не только на базе специализированных, но и отделений общехирургического профиля.

Проведенный анализ позволил выявить пациентов со стомами, функционирование которых не полностью выполняет возложенных на нее функций, а также стомами непригодными для использования калоприемника, такие стомы мы назвали дефектными. По нашим данным, их частота составила 8,3 %.

Около 40 % наложенных стом, по нашим данным, приходится на экстренные операции, которая выполняется в отделениях общехирургического профиля. Это исключает возможность выполнения предоперационной разметки для наиболее оптимального места выведения стомы на передней брюшной стенке, в зависимости от конституции и индивидуальных особенностей пациента. Наибольшее внимание при выполнении такой операции уделяется выполнению основного этапа операции — резекция кишки и т.д., а выведение стомы рассматривается как второстепенный. Тогда как для стомированного пациента первостепенное значение приобретает качество жизни со стомой, и то, насколько новые условия позволят адаптироваться в жизни. Нет сомнений, что невозможность использования калоприемника значительно затрудняет реабилитацию такого больного.

Причинами, приведшими к образованию дефектных стом, мы считаем дефект техники наложения стом, ранние и поздние послеоперационные осложнения стомы.

Современные подходы формирования стомы подробно изложены во многих руководствах. Устаревший стереотипный подход к наложению стомы, а именно сшивание кожи с брюшиной, особенно при выраженной подкожной жировой клетчатке приводит к образованию воронкообразного углубления кожи вокруг стомы. Втянутая стома является наиболее частой причиной трудности или невозможности использования калоприемника 72 %. Кроме того, меньшая площадь соприкосновения выведенной кишки с передней брюшной стенкой может стать одной из причин развития ретракции кишки, а в последующем развитии стриктуры стомы. Поэтому мы являемся сторонниками формирования стомы без подшивания брюшины к коже.

Развитие гнойных параколостомических осложнений в раннем послеоперационном периоде приводит к рубцовой деформации вокруг стомы, по нашим данным в 19% случаев. Уменьшить количество таких осложнений возможно при правильном выполнении всех этапов формирования стомы и проведении адекватной предоперационной подготовки включая антибиотикопрофилактику, наблюдение и комплексное лечение больного в послеоперационном периоде, контроль за состоянием самой стомы и окружающих тканей.

С целью улучшения качества лечения стомированных больных нами ведется работа в следующих направлениях:

1. В программу обучения по специальности хирургия включены занятия по основам хирургии кишечных стом, в соответствии с рекомендациями ГНЦ колопроктологии.

2. Концентрация данной категории больных в специализированных отделениях города.

3. Наблюдение всех пациентов со стомой в кабинете реабилитации стомированных больных. Для оценки результатов лечения таких пациентов создана компьютерная база, где имеется подробное описание стомы, ее функция, наличие парастомальных осложнений и дефектность.

4. У пациентов с дефектной стомой, выведенной пожизненно при отсутствии противопоказаний, проводится хирургическая коррекция стомы: реконструкция, пластика грыжи и др.

5. Консервативная реабилитация, включающая подбор средств для ухода за дефектной стомой: паста для заполнения неровностей, калоприемник для втянутых стом и др.

**А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Р.М. Хафизов**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕОСТОМОЙ**

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)**

Удельный вес пациентов с илеостомой составляет порядка 5–6 % среди больных с кишечными стомами, по нашим данным 4,9 %. За 3 года функционирования городского кабинета стомированных больных было зарегистрировано 45 больных с илеостомой. Средний возраст больных составил 58,9 лет, с преобладанием пациентов старшей возрастной группы. Женщин было 26 (58 %), мужчин 19 (42 %).

По виду – в 19 случаях (42,2 %) илеостома была одностольная, в 26 случаях – двустольная (57,8 %).

Среди заболеваний, потребовавших выведение илеостомы, на первом месте были рак ободочной кишки – 29 % (13 больных), в основном правого фланга (69 %, 9 человек), на втором язвенный колит – 24 % (11 больных), на третьем – спаечная болезнь брюшины – 9 % (4 больных) и рак другой локализации – 9 % (преимущественно рак органов малого таза) и на 4 месте – рак прямой, дивертикулез и кишечные свищи по 7 % (3 больных). Далее были болезнь Крона и травма по 4 % (2 больных).

На первом этапе оказания помощи стомированным больным нами была разработана компьютерная база данных, в которой имеется подробное описание диагноза, истории заболевания, название операции и т.д. Особый акцент делался на выявление осложнений стомы.

В данной работе обобщен опыт хирургической реабилитации больных с илеостомой по данным колопроктологического и общехирургического отделений ГКБ № 21 за 2004–2006 гг.

Анализируя полученные данные, нами был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий ведения пациентов с илеостомой, который позволил систематизировать и упорядочить ведение таких больных уже с момента выставления показаний к наложению илеостомы и выбор ее вида.

Так больные, которым планировалось наложение илеостомы, были условно разделены на три группы, в зависимости от предполагаемого срока жизни с илеостомой:

- 1 группа, временная на короткий срок (от 2 до 16 нед.);
- 2 группа, временная на длительный срок (от 16 нед. до года и более);
- 3 группа, (условно) пожизненная;

В первой группе преобладали больные с общей хирургической патологией, такими как СББ, травма, перитонит и мезентериальный тромбоз. Данный контингент составил тяжелую группу больных, поступающих в стационар зачастую через несколько суток после начала заболевания или получения травмы с клиникой терминального перитонита. После выполненного хирургического вмешательства кроме проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения эти больные нуждались в выполнении многократных плановых санаций до 3 раз у одного больного. В последующем требовалось длительное время для стабилизации состояния больного и купирования явлений перитонита, после чего ставился вопрос о реконструктивно-восстановительной операции.

Огромное значение имел уровень выведенной илеостомы и протяженность оставшейся длины кишки. От этого зависело, в какой степени потребует проведение нутритивной поддержки на период выведения илеостомы, особенно у больных с мезентериальным тромбозом. В данной группе оперировано 3 больных (21 %), у двоих из которых было резецировано более S тонкой и толстой кишки. В исследуемой группе 9 больных (64,3 %) были реабилитированы без выписки из стационара, исключение составили 5 человек (35,7 %) направленные на хирургическую реабилитацию из кабинета стомированных больных, оперированные в других стационарах города. Среднее время с момента выведения илеостомы до ее ликвидации в 1 группе составило 8,5 недель.

Закрытие петлевой илеостомы осуществлялось из местного либо срединного лапаротомного доступа, в зависимости от выраженности клинических проявлений спаечной болезни, при наличии последней выполнялось полный адгезиовисцеролиз.

Вторую группу наблюдения больных с илеостомой составили 16 пациентов с заболеваниями преимущественно толстой кишки, которым потребовалось наложение илеостомы на более длительный срок от 4 до 12 месяцев и более. Наибольшую группу составили больные с раком толстой кишки преимущественно правого фланга, которым ранее была выполнена радикальная операция и илеостомия на фоне

острой кишечной непроходимости или перфорации опухоли по экстренным показаниям — 7 человек (43,8 %). Оптимальным сроком выполнения реконструктивно-восстановительной операции мы считаем 4–6 месяцев, данный показатель составил 4,7 месяцев.

Пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки было 6 человек (37,5 %), среди которых 4 (25 %) страдали тяжелой формой НЯК, перенесшие субтотальную колэктомию и двое больных с болезнью Крона (12,5 %). Оптимальными сроками выполнения восстановительной операции в таких ситуациях мы считаем 1–1,5 года, по нашим данным он составил 1 год и 2 мес. Необходимость наложения илеостомы при болезни Крона была обусловлена в одном случае развитием абсцесса с прорывом в брюшную полость, выполнена резекция илеоцекального угла с илеостомией, в другом — при субтотальном поражении толстой кишки с наличием незаживающего параректального свища, которому была выполнена операция отключения. Восстановительная операция по ликвидации стомы в данных случаях выполнена в сроки 8 и 10 месяцев.

В 12,5 % случаев (2 больным) илеостома была выведена в связи с развитием незаживающего толстокишечного свища при панкреонекрозе. Ликвидация стомы была выполнена в сроки 6 и 8 месяцев, после полного заживления свищей.

3 группа больных, которым илеостома была выведена пожизненно, либо на неопределенный срок находится под наблюдением стоматерапевта, одной из функций которого является выявление осложнений стомы и направление на оперативное лечение для выполнения ее реконструкции. Из этой группы нами было оперировано 4 больных, у одного больного по поводу выпадения стомы, у 2-х развилась стриктура стомы и у одного больного — параилеостомическая грыжа.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к следующим выводам:

1. Создание кабинета стомированных больных и компьютерной базы данных позволило сконцентрировать пациентов со стомой и детально изучить результаты проводимого лечения с целью выявления осложнений.

2. Разработанный алгоритм реабилитационных мероприятий позволил систематизировать и упорядочить действия в отношении пациентов с илеостомой с проведением хирургической реабилитации в оптимальные сроки.

**М.А. Иванов, А.Г. Юрченко, И.А. Данилова, Д.Г. Берест, О.А. Беляева**

## **НЕКОТОРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

**ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова  
Росздрава» (г. Санкт-Петербург)**

Вероятность изменений моторно-эвакуаторной функции кишечника в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательства по поводу колоректальных новообразований, достаточно высока. Последнее обстоятельство объясняется значительным объемом оперативного воздействия (включающего и лимфаденэктомию), вероятностью исходных нарушений функции толстой кишки при стенозирующем характере процесса, а также влияния инфекционного фактора при поздней стадии развития основного заболевания. Послеоперационный парез кишечника небезопасен в отношении полиорганных дисфункций и целого ряда структурных нарушений, к которым относятся в т.ч. и острые эрозии (язвы) проксимальных сегментов пищеварительного тракта. Изменения со стороны слизистой оболочки гастродуоденальной зоны манифестируют в большинстве наблюдений кровотечениями, что исключает возможность осуществления медикаментозной профилактики другого опасного осложнения динамической кишечной непроходимости — тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА. Предупреждение послеоперационных повреждений эпителиального барьера (эрозивно-язвенных состояний) при помощи антисекреторных средств потенциально небезопасно в связи с предрасположенностью к пневмонии пациентов с ограничением подвижности легких на фоне паретического состояния пищеварительного тракта.

Целью настоящего исследования явилось уточнение профилактических подходов к послеоперационным эрозивно-язвенным состояниям гастродуоденальной зоны на фоне изменения двигательной активности кишечника.

В основу работы легли наблюдения над 56 пациентами, оперированными в клинике общей хирургии по поводу колоректального рака. Возраст больных составил от 34 до 90 лет. Оперативные вмешательства проводились как в плановом, так и в неотложном порядке в связи с развитием осложнений основного заболевания. Из общего числа больных у 10 пациентов зарегистрированы послеоперационные нарушения активности кишечника. В 5 наблюдениях (основная клиническая группа) предприни-

малась терапия послеоперационных изменений СОЖ (слизистой оболочки желудка), включающая антисекреторные препараты, гастропротекторы, антациды, средства коррекции микробиоты и эвакуаторных расстройств. У пяти больных (контрольная группа) не осуществлялось подобной направленности медикаментозных мероприятий.

У всех обследованных пациентов выполнялась клиническая оценка возможных признаков гастродуоденального кровотечения (изменения состояния, клинические признаки кровопотери, отделяемое по зонду, изменения характера стула и пр.); производились лабораторные тесты, уточняющие варианты кровопотери; в ряде наблюдений выполнялась эндоскопическая оценка состояния слизистой проксимальных отделов пищеварительного тракта с осуществлением биопсии из наиболее измененных отделов слизистой и выполнением как гистологического, так и бактериологического исследования.

По итогам наблюдений было выявлено, что современные антисекреторные средства надежно предотвращают осложнения эрозий и язв желудка в обсуждаемой категории больных, хотя использование подобной терапии может влиять на частоту пневмонии в послеоперационном периоде (один пациент основной группы и двое больных — контрольной). Изменения эпителиального барьера чаще встречались в случае одномоментного восстановления непрерывности толстой кишки у пациентов с поздней стадией неопластического процесса, что следует учитывать при построении плана вмешательства.

**О.В. Иванова**

## **АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

*Областная клиническая больница (г. Чита)*

Злокачественные опухоли ободочной кишки занимают значительное место среди ургентной патологии органов брюшной полости.

За последние два года в отделении колопроктологии ОКБ осложненные формы данного заболевания встречались в 2005 г. в 42 случаях, в 2006 г. — в 52 случаях. В 2005 г. не пережили осложнения заболевания 5 человек, в 2006 г. — 6. 28 пациентам выполнена радикальная операция с наложением колостомы.

Судить об истинных причинах, влияющих на исход заболевания, трудно, т.к. в настоящее время отсутствует единая система классификаций осложнений рака ободочной кишки.

Чаще всего осложнения развиваются на 3 и 4 стадии рака, однако результат лечения зависит не только от стадии заболевания, как показал анализ, но и от других многочисленных факторов (наличие осложнений заболевания, их сочетания, диагностика на догоспитальном этапе, предоперационная и хирургическая тактика, анестезиологическое пособие, ведение послеоперационного периода, возраст пациента).

В структуре осложнений основное место занимает обтурационная непроходимость с различной степенью выраженности (от нарушения пассажа до декомпенсации). В 2005 г. имели место 42 случая, а в 2006 г. — 44.

Второе место среди осложнений занимает перифокальное воспаление с образованием паратуморозного абсцесса, в ряде случаев сочетается с непроходимостью. В 2005 г. — 10 случаев, в 2006 г. — 13.

На третьем месте находится прорастание в соседние органы, переднюю брюшную стенку, забрюшинную клетчатку. Часто данное осложнение сопряжено с перитонитом. В 2005 г. наблюдалось 5 случаев, в 2006 г. — 7.

Четвертое место занимают: полиорганный недостаток, кахексия, анемия, развившиеся на фоне длительного заболевания.

На пятом месте — кишечное кровотечение. В 2005 г. — 1 случай, за 2006 г. не отмечено ни одного случая кишечного кровотечения.

На исход заболевания также влияет диагностика догоспитального этапа.

Сроки установления правильного диагноза от момента первичного обращения остаются большими и составляют от 6 до 12 месяцев. При этом к терапевту обратился 42 % больных, к хирургу — 53 %, к другим специалистам — 6 %, вообще не обращалось к врачам около 4 %.

20 пациентов, которым своевременно не было проведено обследование толстой кишки, в течение года находились на стационарном и амбулаторном обследовании и лечении в разных отделениях.

Причинами длительной диагностики заболевания являются:

1. Рак I, II стадии длительное время протекает без симптомов.
2. Узкая специализация отделений, ограниченные сроки обследования и лечения.
3. Пациенты старше 50 лет с опухолью толстой кишки имеют сопутствующие заболевания, поэтому ранние признаки онкозаболевания, на фоне обострения сопутствующих неправильно интерпретируются.

В 2006 г. были проблемы с рентген-обследованием в поликлинике ОКБ. Не в каждой ЦРБ есть возможность выполнить ирригоскопию.



Т.о. эта проблема на догоспитальном этапе является междисциплинарной, т.к. она не укладывается в рамки одной врачебной специальности. С целью достижения позитивных сдвигов в решении этой проблемы необходимо обратить внимание на группу риска — предраковых заболеваний толстой кишки.

В оценке прогноза течения послеоперационного периода важную роль играет сопутствующая патология и возраст пациента. По мере увеличения возраста опасность обострения сопутствующих заболеваний на фоне осложненного рака возрастает и в большинстве случаев является причиной смерти. За 2006 год из 6 умерших пациентов в 5 случаях на фоне обструкции бронхов развилась пневмония. У 2 больных на фоне ИБС и обменных нарушений причиной смерти явилась ТЭЛА. В финале во всех случаях на фоне полиорганной недостаточности развилась острая почечная и сердечная недостаточность. У 36 пациентов, имеющих сопутствующие заболевания и осложнения рака толстой кишки, послеоперационный период протекал тяжело, но на фоне проводимого лечения и профилактики осложнений исход — выздоровление.

Всем поступившим пациентам проводилась предоперационная подготовка от 2 до 24 часов в зависимости от плана операции (срочная или отсроченная). В план предоперационной подготовки всегда входила профилактика осложнений послеоперационного периода. Тем не менее, имели место осложнения (нагноение послеоперационной раны — 7 случаев, эвентрация — 2, тромбоз кишечной стенки — 1, межкишечный абсцесс — 3, послеоперационный панкреатит — 3, инфильтрат брюшной полости — 4).

Анализ показал, что в исходе заболевания немаловажную роль играет правильный выбор анестезиологического пособия. Длительность операции составляет от 2 до 4 часов. Все операции проводились под эндонаркозом. Отмечено, что при более длительном эндонаркозе в 7 случаях отмечалась нестабильная гемодинамика во время операции. Эти больные не избежали в послеоперационном периоде пневмонии, послеоперационного панкреатита. Причиной этого в ряде случаев является респираторный дистресс-синдром, в этиологии которого может быть септический синдром на фоне непроходимости, гипоксия, гемотрансфузия и травматическая операция. Чаше нестабильность гемодинамики появлялась во время интубации тонкой кишки. В тех случаях, когда проводилась встречная интубация (дренирование желудка и интубация кишки через стому), нарушения гемодинамики не отмечалось.

Важно правильно выбрать объем операции в условиях осложненного рака. За 2006 г. 42 операции по поводу осложненного рака закончены наложением стомы в 28 случаях, что позволило сохранить пациентам жизнь и избежать многих осложнений. В 3 случаях удалось наложить обходной анастомоз (при раке правой половины ободочной кишки). В 3 случаях — наложение колостомы без резекции.

Отмечены 3 осложнения колостомы, которые повлекли за собой повторные операции.

При совпадении одного или нескольких осложнений заболевания и осложнений послеоперационного периода риск летального исхода повышается.

В послеоперационном периоде пациентам с осложненным раком проводились всевозможные лечебные, реанимационные мероприятия, включая не только инфузионную, массивную антибактериальную терапию, ГБО-терапию, УФОК, форсированный диурез. В двух случаях имел место повторный перевод в реанимацию. Это связано с недооценкой состояния больного, осложнениями, которые ведут к нарушению гомеостаза.

Таким образом, осложненный рак ободочной кишки представляет серьезную проблему. Она, в первую очередь, связана с растущей заболеваемостью и смертностью. Улучшение ситуации возможно только на основании решения задач ранней диагностики опухоли при активном выявлении патологии, а также совершенствовании технических подходов хирургической помощи больным.

**Г.В. Ивасюк, В.Е. Воловик, Л.Д. Сквычева, Н.Ф. Степанкова, А.Л. Осипов**

## **ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА**

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (г. Хабаровск)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

Механизм перелома шейки бедра чаще всего связан с падением больного и ушибом в области большого вертела. Этому подвержены чаще женщины пожилого возраста. При этом большую роль играет остеопороз любого генеза, приводящий к значительному снижению сопротивляемости шейки бедра внешним воздействиям. Реабилитация таких больных осложняется не только возрастными изменениями, но и общими и местными осложнениями, имеющими место при данной патологии. Под общими рассматриваются такие, как гипостатическая пневмония, декомпенсация или заболевание сердечно-сосудистой и дыхательной систем, атрофия мышц, пролежни, тромбозэмболические осложнения т.д.

Местными можно считать асептический некроз головки бедра, ложный сустав шейки бедра, миграцию и искривление конструкций, нагноение ран и т.д.

При реабилитации таких больных используются всевозможные методы и средства лечебной физкультуры. Со дня поступления больного рекомендуются активные занятия дыхательной гимнастикой, упражнения для здоровых конечностей, легкий массаж нижних конечностей, самомассаж живота.

Дыхательная гимнастика представляет собой методическое сочетание элементарных гимнастических упражнений (главным образом, общего характера) и специальных дыхательных упражнений. При этом используются различные исходные положения или различные изменения соотношений дыхательных фаз. При выполнении необходимо придерживаться носового дыхания, избегать гипервентиляции и добиваться урежения частоты дыхания.

Целью занятий лечебной гимнастикой в периоде постельного режима является повышение общего психо-эмоционального тонуса, улучшение трофики тканей, профилактика возможных осложнений. Необходимо, чтобы больные систематически выполняли изометрические напряжения мышц больной ноги. Большое внимание следует обращать на улучшение тонуса мышц, ротирующих бедро внутрь, так как принимаемое конечностью положение наружной ротации в последующем может закрепиться и стать постоянным. В первую неделю после операции изометрические напряжения мышц должны быть ритмичными и кратковременными. В дальнейшем время удержания мышц в сокращенном состоянии увеличивается до 5–7 секунд. Количество сокращений в начале не должно превышать 4–6 раз, в последующем число их можно довести до 16–20. Изометрической гимнастикой больные должны заниматься час на протяжении дня.

При оперативном лечении занятия лечебной гимнастикой возобновляются с 2–3 суток, после операции и включают в себя присаживания с 4–5 суток, активные передвижения по кровати — с 5–6, повороты на здоровый бок (при отсутствии болевого синдрома) — с 6–8, опускание ноги на пол с поддержкой за ленту — с 12–14 суток, подъем на ноги — с 14–16 при отсутствии болевого синдрома.

При консервативном лечении комплекс упражнений расширяется за счет активных присаживаний, передвижений как по ширине, так и по длине кровати, укладывания на здоровый бок. К концу первого месяца больной должен сидеть либо без опоры, либо с частичной опорой на руки, передвигаться по кровати и свешивать здоровую ногу, частично опираться здоровой ногой о пол. При отсутствии выраженного болевого синдрома садиться, свесив ноги с кровати, придерживая поврежденную конечность лентой за стопу. Подъем на ноги возможен с конца третьей — начала четвертой недели после травмы.

Во избежание повторных травм до обучения ходьбе с помощью костылей необходимо освоить упражнения на равновесие, подготовить здоровую конечность к предстоящей нагрузке. При этом при консервативном методе лечения переход на ходьбу с помощью одного костыля или трости произволен при хорошем самочувствии и отсутствии выраженного болевого синдрома. Возможно неоднократное возвращение к ходьбе с помощью обоих костылей. При оперативном методе лечения приступать на больную конечность не ранее конца 4-го месяца после операции. До конца 6-го месяца давать частичную опору с постепенно увеличивающейся нагрузкой. Полная опора на поврежденную ногу не ранее чем по истечении полугода после операции. Переход на ходьбу с одним костылем только после Rg-подтверждения сращения перелома.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

С декабря 1999 г. по декабрь 2006 г. в отделении колоректальной хирургии выполнены операции передней резекции 156 пациентам с раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки. Из них мужчин — 79, женщин — 77, средний возраст составил 56,3 года. Нижний край опухоли локализовался от 10 до 4 см от края ануса. Всего выполнено 151 радикальное и 5 палиативных вмешательств. Ранние послеоперационные осложнения — 6,4 %. Летальность — 1,9 %.

Все операции выполнялись с формированием анастомоза механическим швом. Их них выполнено согласно нашей классификации 135 низких и 21 ультранизкая резекции.

На настоящий момент из 156 человек под нашим наблюдением находится 110 человек.

Среди поздних послеоперационных осложнений выявлены следующие: стриктуры анастомоза — 5 (4,5 %) человек (из них никому не потребовалось повторного оперативного вмешательства); местный

рецидив 7 (6,4 %), из них 4 больным в последующем выполнены повторные операции; отдаленные метастазы выявлены у 24 (21,8 %) пациентов (из них 5 пациентам выполнены паллиативные резекции); синдром «низких передних резекций» выявлен у 3 (2,7 %) человек. Общее количество поздних послеоперационных осложнений составило 39 (35,4 %).

Всем больным с отдаленными метастазами выполнялась химиотерапия и симптоматическое лечение. Из 24 больных 21 больной умер (продолжительность жизни больных от 8 месяцев до 2 лет)

Результаты проведенного исследования говорят о достаточно удовлетворительных отдаленных результатах лечения больных с низким раком прямой кишки. Немаловажным моментом является достижение полной социальной реабилитации и качества жизни больных без стомы.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора**

### **РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

Обнадёживающие результаты в лечении колоректального рака, осложненного метастатическим поражением печени, полученные некоторыми авторами за последние 20 лет изменили тактику ведения пациентов с данной патологией.

Многими исследователями подтверждено, что большая часть онкопроктологических больных имеют только печеночное метастатическое поражение, которое можно рассматривать как потенциально операбельное. Несмотря на совершенствование методики резекций печени, резектабельность метастазов у этой группы больных составляет 10–20 %. Вследствие этого особый интерес представляют разработки малоинвазивных методов физического воздействия на метастазы в печени, таких как методика радиочастотной абляции (РЧА). Методика РЧА может быть использована при множественных метастазах печени, билобарном поражении, расположении опухоли в области крупных сосудов печени, в последующем, в случае обнаружения новых метастазов в процессе диспансерного наблюдения, признаках неполной (не радикальной) абляции метастазов, может быть проведена повторная РЧА.

В клинике госпитальной хирургии ВГМУ с января 2006 г. внедрена РЧА метастазов печени при колоректальном раке. В период с января 2006 г. по март 2007 г. было проведено РЧА 21 пациенту с метастазами печени при колоректальном раке.

Возраст пациентов от 39 до 76 лет, из них 11 женщин, 10 мужчин. С I стадией метастатического поражения печени по Cennary – 6; II – 9; III – 2; IV – 4 пациентов. Из 20 у 6 пациентов имелся 1 метастатический очаг в печени. Из 15 пациентов с множественными mts в печени у 11 поражение было билобарным.

После удаления первичной опухоли, производилась РЧА метастазов в печени открытым способом. Всего было разрушено 63 очагов от 0,3 до 3,0 см. Осложнений и послеоперационной летальности, связанной с применением абляции не было. Все больные направлены на химиотерапию и контроль УЗИ и компьютерную томографию.

Таким образом, РЧА является эффективным и безопасным способом деструкции метастазов печени.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора, О.К. Шкуратова**

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛУСЕНТИТИЧЕСКОГО ДИОСМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Оценка эффективности использования синтетического диосмина в комплексном лечении больных геморроем.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2006 г. по настоящее время в отделении колопроктологии Приморской краевой клинической больницы, являющейся базой кафедры госпитальной хирургии ВГМУ, в комплексном лечении больных геморроем используется полусинтетический диосмин Флебодиа 600. Методика лечения заключалась в следующем. Все больные получали Флебидиа 600 за два дня до оперативного лечения с продолжением приема в течение 10 дней. Больные подлежащие консервативному лечению также получали аналогичную схему в дозировке, зависящей от остроты процесса. При тромбозе геморроидальных узлов доза диосмина составила 600 мг три раза в день в первые четыре дня. В последующие два дня – 2 таблетки в день, с дальнейшей поддерживающей дозой 600 мг в сутки. Результаты сравнивались с группой больных, не получавших данного консервативного, пред- и послеоперационного лечения.

Всего пролечено 90 больных, которые были разделены на три группы.

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, не подвергавшимся оперативному лечению.

– Больные с тромбозом геморроидальных узлов – 30 ( без оперативного лечения)

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, получавших Флебодиа 600 в пред- и послеоперационном периоде.

Возраст пациентов – от 19 до 58 лет. Длительность заболевания от 3 до 30 лет.

Оценка результатов лечения проводилась с использованием разработанной анкеты, в которой пациенты оценивали свое состояние. Лечащим врачом проводился контроль за динамикой жалоб, состоянием пациентов, интенсивностью кровотечения, болевого синдрома, заживления ран во время перевязок, учитывая прием анальгетиков, комфортабельности оперирования (выраженности кровоточивости во время операции).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По нашим данным полученные результаты позволяют сделать вывод о достаточной эффективности применения синтетического диосмина. Флебодиа 600 при консервативной терапии и предоперационной подготовке, по сравнению с группой больных, не получающих полусинтетические диосмины. Флебодиа 600 может быть эффективно использован при лечении больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением, тромбозом геморроидальных узлов без оперативного лечения, что открывает перспективы оптимизации лечения данной категории пациентов:

- сокращает интенсивность и длительность болевого синдрома, клинических проявлений геморроя.
- сокращает время пребывания пациента в стационаре, что дает определенный экономический эффект.
- уменьшает кровоточивость тканей во время операции, что улучшает результаты оперативного лечения.

**Е.В. Казарик, А.А. Кумарин**

### ПЕРИТОНИТ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Кыринская ЦРБ (с. Кыра, Читинская обл.)*

Пионефроз – необратимая конечная стадия специфического или неспецифического гнойно-деструктивного воспаления почки, при которой она представляет собой тонкостенный мешок, наполненный гноем.

Наиболее частой причиной возникновения пионефроза является почечнокаменная болезнь, сопровождающаяся нарушением проходимости верхних мочевых путей и, как следствие этого, расстройствами урологической гемодинамики в почке. Казуистичны наблюдения прорыва гноя в соседние органы – брюшную полость, кишечник, плевральную полость и бронхи, с последующим образованием свищей. В специальной литературе мы не встретим описания такого грозного осложнения мочекаменной болезни, с которым мы столкнулись в конкретном случае, поэтому проводимое ниже наблюдение представляет практический интерес для клиницистов.

Больная С., 55 лет, поступила в стационар 1.12.06. с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость.

Из анамнеза установлено, что больную беспокоили периодические боли в пояснице на протяжении нескольких лет. За медицинской помощью по месту жительства с жалобами на боли в пояснице слева, повышение температуры тела. От госпитализации в ЦРБ категорически отказалась. 01.12.2006 г. у больной возникли резкие боли в животе, сухость во рту, задержка газов. Больная с диагнозом «Острая кишечная не-

проходимость» была направлена в ЦРБ. При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 38,4° С, одышка в покое, кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД — 80/40 мм.рт.ст., тоны сердца звучные, ритмичные. В легких — дыхание жест. Живот резко болезненный при пальпации во всех отделах, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Анализ крови: ПВ — 126 г/л; Эр — 2,4 — 10<sup>12</sup>/л; СОЭ — 60 мм/2; л — 7,8 — 10<sup>9</sup>/л; п. 8, с. 80, лимф. 12.

Общий билирубин крови — 2,3 мкмоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.г. Мочевина — 8,0 ммоль/л; АСТ — 0,39 ммоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.ч. Результаты инструментальных исследований: УЗИ — почки в типичном месте, размерами 107 г 50 мм, лоханки с обеих сторон расширены до 6 см, стенки уплотнены. Петли кишечника расширены, пневматизированы. Обзорная К-графия органов брюшной полости: пневматизированные петли кишечника. ЖГ: синусовая тахикардия, очагово-рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка. Было принято решение оперировать больную в экстренном порядке после проведения предоперационной подготовки — инфузионной, детоксикационной, кардиотропной и антибактериальной терапии. 01.12.06 выполнена срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости — большое количество жидкого гноя, раздутые петли кишечника. Патологических изменений со стороны органов брюшной полости не обнаружено. В проекции левой почки из забрюшинного пространства открывается свищ с обильным гнойным отделяемым в брюшную полость. При ревизии свища пальцем определяется крупный конкремент. Края свища надрезаны, конкремент извлечен и выполняет форму лоханки и чашечки. При дальнейшей ревизии почки удален еще один крупный конкремент.

Учитывая тяжесть состояния больной, произведена нефростомия, дренирование забрюшинного пространства слева, после санации — дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии через 17 дней после операции. В дальнейшем больная направлена на обследование и лечение в урологическое отделение ОКБ.

Таким образом, несвоевременное обследование и лечение мочекаменной болезни может привести к такому редкому и тяжелому осложнению, как разлитой гнойный перитонит.

**А.В. Калининченко, Е.Г. Григорьев, М.В. Садах, В.И. Капорский, С.А. Верещагина, В.Д. Тютрина**

## ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)  
ГУЗ Областная клиническая больница (г. Иркутск)**

Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии и бактериологической лаборатории Иркутской областной клинической больницы (гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин). Изучены результаты заборов различных биологических сред от 258 больных, находившихся на лечении в отделении за период с 2004 по 2006 гг. Все больные были разделены на 3 группы: пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями органов груди — 112 (43,4 %), больные с нагноительными процессами органов живота — 59 (22,9 %), больные с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей — 87 (33,7 %) человек.

При заболеваниях органов груди, осложненных нагноительными процессами, на протяжении последних лет наиболее часто встречаются грам-положительные микроорганизмы: представители рода *Streptococcus* (*Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*) — рост выявлен в 20,1 % всех наблюдений; при развитии острой бактериальной деструкции легких значимым является присоединение как бактерий рода *Staphylococcus* (*Staph. aureus* идентифицирован в 5,1 % наблюдений), так и возбудителей из группы грам-отрицательных патогенных микроорганизмов (*Ps. aeruginosae* — в 12,8 %, *E. coli* — в 5,7 %). В 72 % наблюдались различные аэробно-анаэробные ассоциации патогенных микроорганизмов.

При исследовании бактериального спектра во второй группе пациентов выявлено, что ведущая роль в развитии гнойных осложнений при патологии органов живота принадлежит грам-отрицательным микробам. В частности, лидирующие позиции занимают *E. coli* (19,4 %) и *Ps. aeruginosae* (14,2 %), причем отмечена тенденция к увеличению удельного веса *E. coli* с 10,6 % в 2004 г. до 29,6 % в 2006 г. Довольно высоко остается процент встречаемости полирезистентных госпитальных штаммов рода *Enterococcus* (7,1 %) и *Acinetobacter baumannii* (4,8 %). У данной группы пациентов микст-инфекция отмечена в 92 % случаев.

У пациентов, страдающих обширными поражениями мягких тканей различной локализации, самым частым возбудителем является *Staph. aureus* (21,4 %). Также отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости госпитальных штаммов *E. coli* (с 7,7 % в 2004 г. до 14,4 % в 2006 г.). В то же время выявлено уменьшение содержания *Ps. aeruginosae* при положительных бактериологических исследо-

ваниях (с 23,1 % в 2004 г. до 10,2 % в 2006 г.). Ассоциации патогенных микроорганизмов наблюдались в 87 % случаев. Во всех исследуемых группах отмечен высокий процент встречаемости грибов рода *Candida* (8,9 % в 2004 г. и 10,9 % в 2006 г.). Это обусловлено широким применением антимикробных химиопрепаратов широкого спектра действия.

При исследовании антибиотикорезистентности выделенных штаммов микроорганизмов обращает на себя внимание высокий процент устойчивости госпитальной микрофлоры к «защищенным» пенициллинам. Так, в частности, увеличилась резистентность к амоксицилина/клавуланату с 59 % в 2004 г. до 75 % в 2006 г. Также считаем нецелесообразным применение цефалоспоринов II – III поколения по этой же причине (до 81 % выделенных штаммов нечувствительны к антибиотикам данной группы). Отмечена тенденция к росту резистентности и к цефалоспорином IV поколения (с 46 % в 2004 г. до 66 % в 2006 г.). Резистентность к амикацину наблюдалась в 48 % случаев. В то же время низкий процент резистентности выявлен нами в отношении антибиотиков группы карбапенемов (26 % при применении меропенема и 30 % – в случае имипенема), линкозамидов (36 % у пациентов, получавших клиндамицин), гликопептидов (100 % госпитальных штаммов чувствительны к ванкомицину).

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев у больных, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии в условиях многопрофильного стационара, госпитальная инфекция вызвана различными ассоциациями патогенных полирезистентных микроорганизмов. При назначении антибактериальной химиотерапии, наиболее рациональной является комбинация аминогликозидов III поколения и линкозамидов. Оправданным является применение карбапенемов в режиме монотерапии, либо комбинации с антианаэробными препаратами. Считаем обязательным элементом лечебного протокола у данной группы больных назначение противогрибковых химиопрепаратов.

**Н.И. Капорская, Н.М. Мазуренко, Н.В. Алексеева**

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

*МУЗ «Центральная районная больница» (г. Братск)  
ГОУ ДПО ИГИУВ (г. Иркутск)*

Озонотерапия является лечебным методом, находящим в последние годы все более широкое применение в клинической практике. Одним из перспективных направлений озонотерапии является лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата. Дегенеративно-дистрофические заболевания встречаются очень часто, иногда начинаются в возрасте 20 лет, а к 30 – 40 годам ими уже страдает около трети населения.

Необходимо отметить, что ДДЗ опорно-двигательного аппарата полиэтилогичны и относительно монопатогенетичны. Нарушение метаболизма тканей сустава и структуры покровного хряща в результате потери протеогликанов, функциональная недостаточность хондроцитов, подтвержденная изменением состава аминокислот, нарушение окислительно-восстановительных процессов и активизация протеолитических ферментов приводит к исчезновению покровного хряща. Нормализация обменных процессов в тканях суставов предотвращает дальнейшее разрушение хряща, а иногда способствует его реструктуризации.

Работами ряда авторов доказано, что озон оказывает выраженное бактерицидное, вируцидное, фунгицидное, дезинтоксикационное, иммуномоделирующее, а также стимулирующее репаративные процессы, действия (Перетягин С.П., 1991; Wolf M., 1977; Riling S., 1985; Viebahn R., 1985). Отмечен также выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект, обусловленный проникновением озона в область воспаления и окисления медиаторов, которые индуцируют боль.

В 2004 г. в кабинете озонотерапии нами пролечено 17 человек с деформирующими артрозами коленных и 3 человека с деформирующими артрозами тазобедренных суставов.

Всем больным по общепринятой методике проводилось внутривенное введение озонированного 0,9% раствора натрия хлорида с концентрацией озона в растворе 0,85 мг/л по 200 мл внутривенно через день на курс 5 – 8 капельниц. Кроме этого, больным проводилось периартикулярное введение озонораскислородной смеси по 10 – 20 мл при концентрации 3,5 мг/л.

Эффективность проведенной терапии оценивалась по следующим признакам:

- купирование болевого синдрома;
- увеличение объема активных и пассивных движений в пораженном суставе.

После первой периартикулярной инъекции, большинство больных отмечали исчезновение или значительное снижение болевого синдрома. Продолжительность безболевого периода составила в среднем 3 – 4 месяца.

Таким образом, в распоряжении травматологов появился эффективный, не имеющий отрицательных эффектов, метод консервативного лечения суставов.

Работа будет продолжена в плане комплексного применения озонотерапии антигомтоксических препаратов и хондропротекторов.

**В.Л. Карташкин**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ШОКОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В МЕГАПОЛИСЕ**

*ГУ НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

Материалом исследования явились истории болезни 3224 пострадавших с закрытыми сочетанными повреждениями, сопровождавшимися травматическим шоком различной степени, поступивших в противошоковую операционную Санкт-Петербургского НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2000 по 2005 гг. включительно. Мужчин было 2 328 человек (72,2 %), женщин — 896 человек (27,8 %). Большинство пострадавших (2 625 или 87,2 %) были в возрасте до 60 лет, то есть в наиболее работоспособном. С шоком первой степени поступили 1930 (59,9 %), второй — 614 (19,0 %) и третьей — 680 (21,1 %) пострадавших.

Черепно-мозговая травма различной степени тяжести отмечена приблизительно у 80 % пострадавших, независимо от степени шока. Частота повреждения костей конечностей и позвоночника также приблизительно одинакова у всех групп пострадавших и составляет около 60 % и 6 — 10 % соответственно. Отчетливо прослеживается взаимосвязь тяжести травматического шока и повреждений, сопровождающихся, как правило, массивной кровопотерей (повреждения органов груди, живота и костей таза). Если повреждения груди при шоке первой степени встречаются у трети пострадавших, то при шоке второй степени они диагностируются в полтора, а третьей — в два раза чаще. Подобная, но более выраженная зависимость тяжести шока, прослеживается при травмах живота и таза: если при шоке первой степени эти повреждения встречаются приблизительно у каждого десятого пострадавшего, то при шоке второй степени — у каждого третьего, а при шоке третьей степени — почти у половины пострадавших, то есть, почти в пять раз чаще.

Более половины всех пострадавших (1 812 или 56,2 %) были доставлены после дорожно-транспортных происшествий. С повреждениями, полученными в результате падения с различной высоты, доставлены 486 пострадавших (15,1 %). После побоев сочетанные шокогенные повреждения получили 332 (10,3 %) пациента, 232 (7,2 %) человека поступили после рельсовой травмы. Падение груза явилось причиной травмы у 132 (4,1 %) пострадавших, сдавление тела — у 110 (3,4 %). Подобные травмы чаще всего являлись производственными. Реже всего поступали пострадавшие с комбинированной травмой (61 человек или 1,9 %) и после различных взрывов (10 пациентов или 0,3 %). Установить истинную причину травмы не удалось у 48 пострадавших (1,5 %).

Все пострадавшие доставлены, минуя приемное отделение, в противошоковую операционную реанимационно-хирургическими бригадами либо линейными или специализированными (токсикологическая, нейро-реанимационная и др.) бригадами скорой помощи. Лишь чуть более двух третей пострадавших доставляются в стационар высококвалифицированными врачебными бригадами скорой помощи, то есть профильность вызовов на догоспитальном этапе соблюдается до сих пор недостаточно.

Сроки доставки пострадавших у всех видов врачебных бригад практически одинаковы и составляют в среднем около 70 минут. Однако объем помощи, оказываемый на догоспитальном этапе врачами линейных бригад и РХБ, существенно различается.

Иммобилизация была недостаточной (или вообще не выполненной) у 26 % пострадавших, доставленных линейными бригадами скорой помощи, и 12,4 % пострадавших, доставленных РХБ. Инфузионная терапия на догоспитальном этапе осуществлялась у 98,4 % пострадавших, доставленных РХБ и лишь у 67,3 % — доставленных линейными бригадами скорой помощи. Диагностические ошибки отмечаются в среднем у 5 — 7 % пострадавших, доставленных РХБ, и у 23 — 25 %, доставленных линейными бригадами. В том числе, ошибки грубые, повлиявшие на исход, отмечены у 1,3 % пострадавших, доставленных РХБ, и у 12,2 % пострадавших, доставленных другими бригадами.

Летальность в противошоковой операционной составила 0,4 % в группе пострадавших с шоком I степени, 2,5 % — среди пострадавших с шоком II степени, 34,1 % — среди пострадавших с шоком III степени. Общая летальность при шокогенной травме за указанный период колебалась от 14,9 до 20,1 % и в среднем составила 17,8 %.

Ю.Б. Кашанский, И.О. Кучеев, В.Г. Радыш, Р.С. Рзаев, В.С. Пивнюк, Р.Г. Халилов

## СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

ГУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, (г. Санкт-Петербург)

Оказание оптимальной помощи пострадавшим с сочетанными и множественными повреждениями опорно-двигательной системы приобретает все большее значение. К сожалению, до сих пор не определены принципы проведения лечебных мероприятий, в том числе, оперативных пособий у пострадавших с шокогенными травмами, которые основывались бы на объективных критериях, отражающих характер повреждений и тяжесть состояния больных, доступных широкому кругу специалистов. В то же время улучшение исходов лечения пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательной системы является одной из важных медицинских и социальных проблем. Значительный вклад в решение этих вопросов может быть внесен за счет коренного совершенствования травматологического пособия путем разработки принципов обоснованной хирургической тактики и оптимальных методов лечения самих повреждений опорно-двигательной системы.

При оказании помощи пострадавшим с политравмой и шоком необходимо решать два типа задач: стратегические и тактические.

К стратегическим задачам, как наиболее общим, относятся:

- вопросы диагностики повреждений;
- общие принципы организации лечения тяжело пострадавших;
- совершенствование системы оказания травматологической помощи при политравме и шоке;
- вопросы профилактики осложнений, а также реабилитации пострадавших в раннем посттравматическом периоде;

К тактическим же вопросам следует относить:

- определение места консервативного и оперативного методов лечения переломов при политравме и шоке в зависимости от их локализации;
- разработка новых и совершенствование известных методов лечения переломов опорно-двигательной системы;
- выбор оптимальных приемов лечения конкретных повреждений согласно данным объективной оценки совокупной тяжести травмы и реактивности пострадавшего.

Для определения хирургической тактики был использован способ прогнозирования продолжительности периода нестабильной гемодинамики (шока) и исходов травматической болезни в ее остром периоде, предложенный Ю.Н. Цибиным с соавт. (1979). На основании этих данных были определены группы больных, которым оперативное лечение могло осуществляться уже в первые сутки. Согласно данным прогноза, все пострадавшие с сочетанными и множественными травмами могли быть подразделены на три группы, определяющиеся совокупной тяжестью повреждений и реактивностью организма, характеризующейся возрастом и первичной реакцией на травму. Эти группы определялись по критерию  $+ / - T$  (длительность периода нестабильной гемодинамики у впоследствии выживших и продолжительности жизни у впоследствии погибших). По этому критерию оценивались и устойчивость к оперативному вмешательству: благоприятный прогноз  $+ T$  — меньше 12 ч., сомнительный  $+ / -$  — от 12 до 24 ч., и неблагоприятный  $+ T$  — свыше 24 ч. и  $- T$ .

На основании анализа клинического материала и оказания помощи пострадавшим с политравмами была определена очередность, выбраны оптимальные методы лечения повреждений опорно-двигательной системы, и создан алгоритм оказания травматологического пособия в остром периоде травматической болезни, раннем и позднем ее периодах.

При сочетанной черепно-мозговой травме остеосинтезу в срочном порядке в первую очередь подлежат открытые переломы опорно-двигательной системы, переломы таза с нарушением целостности тазового кольца, переломы бедра и голени. Операции же на предплечье, кисти, голеностопном суставе и стопе при необходимости могут быть выполнены в отсроченном порядке, а при поступлении в стационар осуществляется их иммобилизация гипсовыми повязками.

При тяжелой травме груди в срочном порядке в первую очередь подлежат лечению повреждения надплечья и переломы верхних конечностей. Операции по поводу повреждений нижних конечностей и стабильных переломов костей таза могут быть выполнены во вторую очередь или отсроченно.

При повреждении органов брюшной полости в первую очередь выполняются операции, обеспечивающие фиксацию таза, надплечья, верхних конечностей и множественных переломов ребер с наличием «клапана» грудной стенки. Остеосинтез нижних конечностей целесообразно выполнять во вторую очередь или отсроченно.

У пострадавших с шоком, с учетом допустимости и целесообразности, используются как оперативные, так и консервативные методы лечения переломов. При этом оперативные методы, как правило, являются окончательными способами лечения переломов, в то время как консервативные — нередко



временными либо этапными. Они должны заменяться оперативными, но уже после улучшения состояния пострадавших, при нарушении репаративных процессов и возникновении других осложнений.

Выбор оперативных методов лечения переломов в остром периоде политравмы определяется состоянием пострадавшего, локализацией и характером переломов. Если в отсроченном и плановом порядке могут использоваться любые методы лечения переломов, то в срочном порядке предпочтение должно отдаваться чрескостному остеосинтезу. Остеосинтез стержнями может производиться по поводу диафизарных поперечных и косопоперечных переломов бедра. Остеосинтез компрессионными пластинами с успехом может применяться при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей, в том числе носящих оскольчатый характер. Чрескостный остеосинтез, как правило, является окончательным методом лечения. У пострадавших с политравмой в срочном порядке он показан при:

- открытых переломах опорно-двигательного аппарата;
- оскольчатых, внутри- и околоуставных переломах;
- закрытых повреждениях ключицы и таза с нарушением целостности тазового кольца, множественных переломах ребер с наличием «реберного клапана»;
- закрытых множественных переломах для остеосинтеза одного из поврежденных сегментов.

Для остеосинтеза обширных или двойных переломов, нередко встречающихся при политравме, целесообразно использовать комбинированный остеосинтез.

Внедрение результатов исследования в повседневную клиническую практику позволило уменьшить первичную инвалидность на 15,2 %, уменьшить частоту воспаления мягких тканей у спиц в проксимальных отделах плеча и бедра при чрескостном остеосинтезе на 22 %, а частоту остеомиелита при открытых переломах — на 6,1 %.

Таким образом, разработанные стратегические и тактические принципы и приемы оказания травматологического пособия при сочетанных и множественных шокогенных повреждениях позволили существенно улучшить результаты лечения пострадавших по основным показателям, их характеризующим.

**Н.А. Колпаков, В.Р. Корита, С.А. Бавринчук, В.С. Кузьменко**

## **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

*ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава (г. Хабаровск)*

В последние годы в лечении острого гнойно-деструктивного холецистита достигнуты определенные успехи, обусловленные внедрением миниинвазивных технологий, ранней оперативной тактики и совершенствованием анестезиологии. Но, тем не менее, результаты лечения острого холецистита и, в большей степени, послеоперационная летальность далеко не в полной мере удовлетворяют хирургов. Известно, что тяжесть и разнообразие сопутствующих заболеваний у больных пожилого возраста существенно влияют на течение основного заболевания и повышают риск оперативного вмешательства.

Нами проанализированы 480 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ, по поводу острого холецистита с 2004 по 2006 гг. Из них 381 (79,2%) женщина и 99 (20,8 %) мужчин в возрасте от 16 до 86 лет. Больные разделены на три возрастные группы: 1 группа — молодого возраста (от 16 до 35 лет) — 53 (11 %) человека; 2 группа — зрелого возраста (от 35 до 60 лет) — 312 (65 %) человек; 3 группа — пожилого и старческого возраста — 115 (24 %) человек. У подавляющего большинства (456 (95 %)) тематических больных был острый калькулезный холецистит. Давность заболевания — свыше 24 часов до поступления в клинику — наблюдалась у 294 (61,3 %) пациентов. Сопутствующие острому холециститу заболевания выявили у 20 (34,7 %) больных первой группы, во второй группе — у 178 (57 %) и в третьей группе больных — у 97 (83,7 %) человек. В третьей (старшей возрастной) группе преобладали заболевания, значительно повышающие операционный риск, — сердечно-сосудистая патология, бронхиальная астма, сахарный диабет. У 10 % больных данной группы в анамнезе был инсульт и инфаркт миокарда. Осложненные формы заболевания (холедохолитиаз, холангит, стеноз БДС, панкреатит), наряду с острым деструктивным холециститом, в первой группе больных наблюдались у 9 (17,3 %), во второй — у 106 (33,7 %), в третьей — у 62 (54 %) человек. Всем больным с момента поступления в стационар проведено консервативное лечение (за исключением пациентов с перитонитом, которые прооперированы в экстренном порядке). Эффективность проводимых консервативных мероприятий оценивалась по истечении 24 часов. В алгоритм обследования больных включалось ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной системы и гастродуоденоскопия (оценка БДС и пассажа желчи). При отсутствии клинического эффекта и бесперспективности консервативной терапии выполнялось неотложное оперативное вмешательство.

Оперативная активность составила 72 %, прооперировано в экстренном и срочном порядке 345 больных. Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения**

Группы больных	Число операций	Вид холецистэктомий			Послеоперационные осложнения	Летальность
		открытая	лапароскопическая	мини-доступ		
16–35 лет	42	10 (24 %)	27 (64 %)	5 (12 %)	2 (5,7 %)	0 (0 %)
36–60 лет	235	133 (56 %)	100 (43 %)	2 (0,9 %)	27 (11,6 %)	3 (1,3 %)
61–90 лет	68	46 (67,7 %)	12 (17,6 %)	10 (14,7 %)	15 (22 %)	9 (13 %)
<b>Всего</b>	<b>345</b>	<b>189 (54,8 %)</b>	<b>139 (40,3 %)</b>	<b>17 (5 %)</b>	<b>44 (12,8 %)</b>	<b>12 (3,5 %)</b>

Группа больных молодого возраста при любых видах оперативного вмешательства характеризовалась минимальным процентом послеоперационных осложнений и отсутствием летальности. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа, выполненная у 17 больных в разных возрастных группах, практически не сопровождалась серьезными осложнениями и летальностью, однако малое число операций не позволяет сделать достоверные и полноценные выводы. При лапароскопической холецистэктомии у 139 пациентов послеоперационные осложнения (кровотечение, желчеистечение в брюшную полость) наблюдались в 3 % случаев, что потребовало релапароскопии с целью устранения осложнений. Летальных исходов не было. Показатель конверсии – 12 %. Наибольший процент осложнений (22 %) и летальности (13 %) при остром деструктивном холецистите наблюдается в группе больных пожилого и старческого возраста, что диктует необходимость дальнейшей разработки оптимальных методик анестезиологического обеспечения и оперативных вмешательств у данного контингента больных.

**Ю.А. Коновец, А.А. Мазуренко, П.В. Толпыгин, Р.Б. Колотова, П.А. Родионов**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

*ОГУЗ «Амурская областная клиническая больница» (г. Благовещенск)  
ГОУ ВПО АГМА (г. Благовещенск)*

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ непосредственных результатов лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В отделении сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы в период с 2004 по 2006 гг. оперировано 77 больных с острой артериальной непроходимостью. Из них мужчин было – 43 (44,1 %), женщин – 34 (55,8 %). Средний возраст пациентов – 62,4. Преобладали пациенты с ишемической болезнью сердца – 55. Из них с нарушением сердечного ритма – 49, с аневризмой левого желудочка – 5, ревматической болезнью сердца – 4. Ишемию конечностей при поступлении оценивали по классификации В.С. Савельева. По степени ишемии распределение было следующим: ишемия напряжения – 1 (1,1 %) пациент, 1А – 1 (1,1 %), 1Б – 12 (13,9 %), 2А – 18 (20,9 %), 2Б – 26 (30,2 %), 3А – 26 (30,2 %), 3В – 2 (2,3 %). С острой артериальной непроходимостью артерий верхних конечностей – 23 (26,4 %), нижних конечностей – 63 (72,4 %), 1 (1,1%) – висцеральных сосудов. Всего выполнено 98 операций, из них первично 88. Характер выполненных оперативных пособий: в 29 (32,9 %) случаях выполнялась тромбэктомия, в 55 (62,5 %) тромбэмболектомия, 2 (2,3 %) – ампутация конечности, 2 (2,3 %) – аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование *in situ*. У 26 пациентов операцию восстановления кровотока дополняли фасциотомией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Кровоток был восстановлен первичной операцией в 74 (96,1 %) случаях. В двух случаях (2,6 %) была сделана первичная ампутация конечности на уровне верхней трети бедра в виду запредельной ишемии. Повторно оперировано 11 (14,3 %) пациентов. При этом в 6 (54,5 %) случаях удалось восстановить кровоток, а в 5 (45,5 %) пришлось ампутировать конечность. Пациенту с тромбозом верхней брыжеечной артерии проведена тромбэмболектомия из основного ствола, после чего произведена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. У 2 (18,1 %) пациентов с тромбозом бедренной артерии

восстановить кровоток путем тромбэктомии не удалось, но выполненное аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование *in situ* позволило его восстановить.

### ВЫВОД

Своевременное и адекватное оперативное пособие позволяет восстановить кровоток и сохранить конечность.

**В.Н. Кононенко, Ю.В. Желтовский, А.В. Дудник, С.А. Кыштымов**

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ НЦРВХ СО РАМН (г. Иркутск)

ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)

ГКЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает первое место с большим отрывом от других причин (травм и отравлений, новообразований и т.д.) и имеет тенденцию к неуклонному росту. При этом ОНМК занимает одно из первых мест среди причин смертности и инвалидизации населения. Удельная частота инсультов составляет 2–5 человек на 1 тыс. населения в год. В США происходит около 700 тыс. инсультов, а в России около 400 тыс. инсультов ежегодно. По имеющимся статистическим данным летальность при инсульте составляет в среднем 30 %, а через 5 лет в живых остается только 43 %.

Ежегодный риск развития инсульта после транзиторной ишемической атаки (ТИА) составляет 10 % в первый год и 5 % в дальнейшем. Если же человек перенес инсульт, то ежегодный риск повторного инсульта составляет от 10 % до 30 %. При этом огромная социально-экономическая значимость инсультов определяется не только высокой летальностью, но и инвалидизацией населения, которая достигает 60 %, при этом доля нуждающихся в постоянной помощи составляет около 40 %.

Доля ишемических инсультов составляет 85 %. Практически очень важно то, что среди ишемических инсультов доля эмболических причин составляет 95 %, и лишь около 5 % приходится на острый тромбоз. При этом на долю артерио-артериальных эмболий приходится около 75–80 %, в этой группе наиболее частой причиной инсультов является атеросклероз начального сегмента внутренней сонной артерии (95 %). Кардиогенные эмболии являются причиной ишемических инсультов в 20–25 % случаев. При этом считается, что около 20 % всех ишемических инсультов связаны с фибрилляцией предсердий. Эти факты имеют огромное практическое значение в связи с тем, что обе основные причины ишемических инсультов (эмбологенная атеросклеротическая бляшка внутренней сонной артерии и фибрилляция предсердий) потенциально устранимы!

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) является операцией, в отношении которой абсолютно доказан протекторный эффект в отношении ишемических инсультов. Наиболее показательным явилось исследование эффективности КЭЭ NASCET, которое было прекращено досрочно по этическим соображениям в связи с очевидными преимуществами хирургического лечения.

Самой эффективной технологией радикального лечения фибрилляции предсердий на сегодняшний день следует считать методику радиочастотных операций на левом предсердии с использованием системы трехмерной навигации CARTO. Система позволяет строить трехмерную виртуальную анатомическую карту, запоминать локальное время активации, вольтаж, импеданс и другие характеристики в каждой точке, что позволяет в дальнейшем (после присвоения полученным значениям цветового эквивалента) выстраивать цветные активационные, вольтажные и т.д. карты. Помимо этого система «запоминает» каждую точку, в которой проводилась абляция, что позволяет последовательно (точка за точкой) создавать абляционные линии. С помощью программного обеспечения CARTO Merge возможно интегрирование в систему данных мультиспиральной компьютерной томографии, что позволяет максимально приблизить выстраиваемые карты к реальной анатомии пациента. Создаваемые в ходе вмешательства абляционные линии при фибрилляции предсердий являются барьерами для волн макрорентри. Таким образом, это по своей сути малоинвазивная катетерная процедура «Лабиринт».

На основании изложенного предлагается комплексная программа профилактики инсультов, основным компонентом которой является значительное увеличение количества выполняемых каротидных эндартерэктомий, а также внедрение и выполнение в большом количестве радикальных интервенционных процедур у больных с фибрилляцией предсердий.

При оценке экономического эффекта от реализации программы следует учитывать прекрасные отдаленные результаты (в плане профилактики инсультов) каротидной эндартерэктомии и операции «Лабиринт» (ее радиочастотного варианта), протекторный эффект которых сохраняется десятилетиями.

## АНГИОГРАФИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ ФОРМАХ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

Сколиоз характеризуется тяжелым поражением растущего организма и сложной деформацией позвоночника и грудной клетки с последующим нарушением функции органов груди и живота.

Современные достижения хирургии и анестезиологии расширили возможности хирургического лечения сколиотической деформации, предусматривая вмешательство, не только на задних, но и на передних отделах позвоночника, на телах и дисках, что требует трансторакального или трансабдоминального доступа.

Возникшие необычные анатомо-топографические взаимоотношения, наступившие вследствие грубой сколиотической деформации, и структурно-функциональные нарушения внутренних органов груди и живота вносят изменения в тактику хирурга при выборе подхода к оперируемому органу.

Ангиографические исследования входили в комплекс обследования наблюдаемых нами больных и состояли из ретроградного введения катетера через бедренную артерию до уровня дуги аорты с последующим введением контрастного вещества и рентгенографии.

Исследования проведены у 52 больных в возрасте от 12 до 18 лет. Из числа обследованных больных 38 пациентов имели сколиоз IV ст., 14 — III ст. У 47 больных была правосторонняя локализация искривления, в 5 случаях — левосторонняя. По локализации вершины деформации больные распределялись следующим образом: верхнегрудной сколиоз — 8 человек, грудной — 32, грудопоясничной — 4, поясничной — 3, S-образный — 1, S-образный — 4 человека. Угол искривления по Коббу составил от 50 до 120°. Обследовались больные с идиопатическим сколиозом — 49 человек, с врожденным — 1, с нейромышечным — 2 человека. С локализацией вершины искривления в верхнегрудном отделе и направленной в правую сторону — 8 случаев.

Закономерностью в изменении положения аорты и крупных сосудов при деформации позвоночника в верхнегрудном отделе является ротационное смещение положения сердца, его более горизонтальное положение и максимальное смещение положения восходящей части, дуги аорты и грудного ее отдела. Нижележащие отделы брюшной аорты и крупные висцеральные сосуды мало меняли свое положение.

При исследовании 32 ангиограмм больных с деформацией позвоночника, расположенной в грудном отделе с вершиной искривления, направленной в правую сторону, мы наблюдали, что тень аорты стремится повторить контуры деформированного позвоночника и максимально искривлена в грудном отделе на вершине дуги искривления. В трех случаях, когда вершина искривления позвоночника расположена в грудном отделе, но направлена в противоположную (левую) сторону, мы наблюдали противоположное расположение сосудов. В 7 случаях мы отметили наибольшие изменения висцеральных сосудов брюшного отдела.

Закономерностью в изменении положения аорты и крупных сосудов при деформации позвоночника в грудопоясничном и поясничном отделах является то, что при левостороннем искривлении общая печеночная артерия удлинняется, селезеночная укорачивается по сравнению с нормой. Правая почка и почечная артерия расположены выше левой. Верхний полюс правой почки подтянут к позвоночнику вследствие смещения аорты. Верхняя брыжеечная артерия всегда располагается с правой стороны по отношению к аорте.

При деформации позвоночника в противоположном (правостороннем) направлении с вершиной искривления, расположенной в грудопоясничном и поясничном отделах позвоночника, имеется противоположная закономерность рентгено топографического взаимоотношения аорты и магистральных сосудов.

Закономерностью является укорочение общей печеночной артерии и удлинение селезеночной артерии вследствие смещения аорты вправо. Правая почка и почечная артерия располагаются ниже, по сравнению с левой. Ствол левой почечной артерии длиннее, и верхний полюс подтянут к позвоночнику. Верхняя брыжеечная артерия располагается всегда с левой стороны от аорты. При S-образном искривлении позвоночника (1 случай) тень аорты на всем протяжении повторяет контуры искривленного позвоночника, имеет S-образную форму, постепенно сужаясь к месту деления.

При S-образном искривлении (4 случая) правосторонняя дуга расположена в грудном отделе, левосторонняя — в поясничном. Аорта повторяет контуры деформации, имеет S-образное искривление.

При варианте сколиоза с двойной правосторонней дугой, расположенной в грудном и поясничном отделах аорта повторяет контуры деформированного позвоночника и имеет две дуги соответственно вершинам деформации позвоночника.

Каждому типу сколиотической деформации соответствуют определенные рентгено-топографические изменения аорты и крупных висцеральных сосудов.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, Н.А. Колпаков, В.С. Кузьменко

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ***ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)*

Изучены результаты хирургического лечения 749 случаев перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК). Первую группу составили 513 пациентов, которым выполнено ушивание ПЯ ДПК; вторую группу — 211 больных после радикальной дуоденопластики (РДП) и третью группу — 25 больных, которым выполнена резекция желудка (РЖ).

В 64 (12,5 %) случаях оперирующими врачами были отмечены значительные технические трудности выполнения ушивания ПЯ ДПК. В 37 (7,2 %) случаях отмечено прорезывание кишечных швов. В 12 (2,3 %) случаях ушивание ПЯ производилось при наличии признаков стеноза ДПК с одномоментным наложением ГЭА у 5 (1,4 %) пациентов.

РДП, как малоинвазивное органосохраняющее оперативное вмешательство на ДПК, выполнялась нами во всех случаях ПЯ ДПК даже через 48 часов от момента перфорации с наложением однорядного прецизионного кишечного шва. При вовлечении в рубцово-язвенный процесс привратника выполнялся пилороллизис и при дистальном краевом миосклерозе 2–3 секторов — истинная пилоропластика. 21 больному 2-й группы РДП была дополнена СПВ (9,9 %).

Отсутствие интрадуоденальной ревизии, сохранение зоны рубцово-язвенного поражения у больных 1-й группы не позволили интраоперационно выявить пенетрацию язв, язвенное кровотечение, значительное количество случаев стеноза, малигнизацию, которые у больных 2-й группы составили соответственно 10,0 %; 2,8 %; 11,4 % и 0,5 % случаев, а так же не было диагностировано наличие «зеркальных» и циркулярных язв ДПК (во 2-й группе — 18,5 % и 1,5 % случаев). При ушивании ПЯ в 10,9 % случаев хирурги ошибочно принимали зону рубцово-язвенного стеноза за истинный привратник.

При ПЯ ДПК в результате перитонита отечные брюшина и мантия создавали впечатление распространенного парадуоденального инфильтрата и ложной невозможности иссечения язвы, а при наличии больших размеров язвенных инфильтратов выявлялись пенетрирующие «зеркальные» и циркулярные язвы ДПК.

Наличие сочетанных язв желудка, язвы в области сфинктера и полное разрушение передней полуокружности сфинктера (2–3 сектора) являлись показанием к РЖ, однако, увеличение объема операции привело к увеличению летальности и количества послеоперационных осложнений в 2 раза по сравнению с больными 3-й группы.

Ранние язвенные осложнения (7,8 %) и обусловленные ими релапаротомии (2,0 %) и летальные исходы (1,6 %) были отмечены только среди больных 1-й группы. Длительность и характер перитонита не вызвали ни в одном из случаев выполнения РДП развитие несостоятельности кишечных швов.

Таким образом, для перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки характерно наличие сочетанных язвенных осложнений и поражений, устранение которых путем радикальной дуоденопластики исключает риск возникновения ранних язвенных осложнений и летальных исходов, снижает количество повторных операций, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова

**ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РЕТРОЦЕКАЛЬНЫМ И РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА***ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава (г. Хабаровск)*

Из осложнений острого аппендицита отмечены: местный перитонит — у 38 (4,5 %), диффузный — у 16 (1,9 %), периаппендикулярный абсцесс — у 12 (1,4 %) пациентов. Флегмона забрюшинного пространства справа зафиксирована лишь в 5 (0,6 %) случаях. Если же исходить из пятой позиции расположения червеобразного отростка, то процент воспаления забрюшинной клетчатки будет высокий (62,5 %). Все пациенты с различными осложнениями поступили в хирургический стационар в период свыше 3 суток с начала заболевания, и у всех были деструктивные формы аппендицита. Однозначно, что преимущественно осложнения отмечались у лиц старше 30 лет, и пик осложнения приходился на группу больных 50–70 лет. В то же время, сравнивая перечисленные осложнения с осложнениями у больных с острым аппендицитом с илеоцекальной локализацией червеобразного отростка, следует подчеркнуть, что пик этих осложнений приходится на группу больных 30–40 лет.

Случайно это несовпадение или оно носит закономерный характер? Нам представляется, что это не случайно и обусловлено следующими обстоятельствами: при ретроцекальной позиции червеобразного отростка последний как бы изолирован от свободной брюшной полости, в связи с этим воспалительный процесс в начале заболевания носит, условно говоря, «доброкачественный» характер, и только по мере развития деструктивных явлений (осложненный аппендицит) в отростке и окружающих тканях он приобретает характер агрессии. Все перечисленное и обуславливает позднее поступление пациентов, причем в основном больных старшей возрастной группы со сниженной реактивностью организма и иммунологической незащищенностью.

У больных с типичной позицией червеобразного отростка воспаление с отростка быстро переходит на висцеральную и париетальную брюшину. Больные четко реагируют, разумеется, за исключением лиц пожилого и старческого возраста, болевой реакцией и в связи с этим раньше поступают в хирургические стационары. Если у больных с перфоративным аппендицитом при типичной локализации отростка преимущественно возникают диффузные перитониты, то у пациентов с ретроцекальным расположением червеобразного отростка — местные, ограниченные, перитониты (4,5 %). Это различие также объяснимо, исходя из вышеизложенных позиций, и подтверждено нашими наблюдениями.

Воспалительные заболевания забрюшинного пространства — нечасто встречающееся осложнение деструктивного аппендицита с ретроцекальной, ретроперитонеальной позицией червеобразного отростка. Клиническая картина при забрюшинной флегмоне проявляется выраженной болью в поясничной области, высокой температурой тела до 38° С с ознобами. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой половине (правой подвздошной области), но преимущественно лишь при глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины — отрицательные или сомнительные. При осмотре поясничной области можно отметить сглаженность ее контуров справа и даже отек, редко проявляется кожный венозный рисунок. Боль является главным признаком забрюшинной флегмоны. При перитонитах производилась н/срединная лапаротомия, при абсцессах и флегмонах забрюшинного пространства предпочтение отдавали внебрюшинному доступу по Пирогову.

В наших наблюдениях вовлечение забрюшинной клетчатки в воспалительный процесс отмечено в 8 случаях, из них в 3 случаях — забрюшинная флегмона, в 5 — ретроперитонеальные аппендикулярные инфильтраты, осложненные абсцедированием. Умерла одна больная от инфаркта миокарда.

**В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко**

## **АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ**

**ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)**

Абсцессы брюшной полости — это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости, а защитные силы организма велики, вирулентность инфекции мала для отграничения гнойного процесса. Гнойники образуются в тех случаях, когда недостаточно тщательно производится санация и осушивание брюшной полости при перитонитах: оставление в ней обрывков тканей, фрагментов червеобразного отростка, каловых камней.

Абсцессы брюшной полости могут прорваться в свободную брюшную полость и вызвать распространенный (диффузный) перитонит. Реже гнойники опорожняются в полые органы, что ведет к образованию внутреннего свища. Длительное существование гнойников может привести к абдоминальному сепсису. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду плотной пиогенной оболочки, которая препятствует проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому только раннее оперативное лечение гнойников является альтернативным методом лечения.

Наиболее частым осложнением после аппендэктомии, и особенно деструктивного аппендицита, являются межкишечные абсцессы.

Клиническая картина этих гнойников разнообразна, но преимущественно складывается из местных и общих признаков. К последним мы относим: интоксикацию (головную боль, слабость, разбитость, потерю аппетита, повышение температуры тела, ознобы, проливные поты). К местным признакам — локальную боль, напряжение мышц брюшной стенки, тимпанит или притупление перкуторного звука, симптомы кишечной непроходимости. В диагностике гнойников большое место отводим данным УЗИ брюшной полости.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) считают, что диагностика ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости должна основываться на последовательном проведении клини-

ко-лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, лапароскопического методов исследования и диагностической лапаротомии. Возможности лапароскопии в диагностике ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости, по данным этих авторов, составляет 92,3 %.

Диагноз межкишечного гнойника обычно диктует необходимость немедленного оперативного лечения. Разрез производится над пальпируемым образованием, послойно до брюшины. Далее тупым путем в месте наибольшего размягчения «опухоли» вскрывается гнойник. Полость абсцесса санируется фурацилином, диоксицином, осушается и дренируется ПВХ-дренажами, дренажами Пен-Роуза. В случае наличия множественных гнойников целесообразно произвести широкую лапаротомию, вскрыть все абсцессы, провести тщательный туалет брюшной полости, дренировать каждый гнойник и соответствующие карманы. В послеоперационном периоде следует проводить интенсивную комплексную терапию, включая антибиотико-иммунотерапию.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) рекомендуют широкое применение санационной лапароскопии при ранних послеоперационных абсцессах брюшной полости, что способствует снижению послеоперационной летальности с 21 % в контрольной группе до 5,2 % в основной группе.

Практически ежегодно мы встречались с подобными осложнениями. За последние 10 лет был 21 больной с межкишечными гнойниками, из них с множественными — 6 пациентов. При аппендэктомии с типичной позицией червеобразного отростка было 10 больных, при атипичном расположении аппендикса — 11 (3 — с тазовой, 2 — с медиальной и 6 — с ретроцекальной позицией отростка).

Основным методом диагностики абсцессов было УЗИ. В 4-х случаях произведена лапароскопия с последующей санацией гнойника. В 17 наблюдениях осуществлено вскрытие и санация гнойников открытым способом. При множественных абсцессах производились многократные лапаротомии — от 2 до 4. В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная терапия с включением активных методов детоксикации (плазмаферез, УФО-крови), антибиотико-иммунотерапия. Динамический контроль брюшной полости с применением ультрасонографии.

Мы убеждены, что при больших абсцессах и множественных гнойниках брюшной полости рационально больным производить лапаротомию. В наших наблюдениях летальных исходов не отмечено.

**В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко**

## **АБСЦЕССЫ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ**

**ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)**

Абсцессы Дугласова пространства встречаются редко, и частота их колеблется от 0,1 до 3 % (Утешев Н.С. и соавт., 1975; Савчук Б.Д., 1979; Савицкий В.И. и соавт., 1982).

Время появления абсцесса колеблется между 5 и 25 днями после аппендэктомии, а размеры гнойника — от 50 до 600 мл и более.

Мы наблюдали гнойник Дугласова пространства в 11 случаях. В 2-х — после аппендэктомии с типичным расположением червеобразного отростка, в 1 — при медиальной позиции отростка, в 5 — при тазовой позиции аппендикса и в 3-х — при ретроцекальном (5 позиция отростка). Диагностировали данное осложнение на 6–8 сутки.

С учетом клинической картины заболевания и данных операционных находок, считаем целесообразным различать воспалительные инфильтраты в малом тазу (2 случая), абсцессы только Дугласова пространства (4 случая), абсцессы типа «запонки» — при сообщении гнойника подвздошной области с абсцессом Дугласова пространства (2 случая), тазовый гнойник на фоне разлитого перитонита (2 случая) и при сочетании кишечного свища с абсцессом Дугласова пространства (1 случай). В двух случаях встречались тазовые абсцессы в сочетании с межпетлевыми, причиной которых были распространенные перитониты при ранениях тонкой и толстой кишки.

Деструктивные изменения в червеобразном отростке отмечались в 9 наблюдениях, в одном случае был простой аппендицит.

При «чистой» локализации гнойника в Дугласовом пространстве боль в животе практически не беспокоила. Основные жалобы больных сводились к нарушению дефекации (частый жидкий стул, поносы) и мочеиспускания (учащенное, болезненное мочеиспускание, задержка мочи). У всех пациентов отмечались умеренные боли над лоном при глубокой пальпации. Температура была повышена у всех больных до 38°. В анализах крови, как правило, — высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализах мочи — лейкоцитурия и иногда эритроцитурия.

Основным диагностическим приемом является пальцевое исследование прямой кишки. Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки и состояние ее передней стенки. В начале осложнения (4–5 сутки) определяется локальная боль в точке Ротера, либо болезненное уплотнение. На 6–8 сутки

можно определить размягчение инфильтрата, палец как бы проваливается в инфильтрат. Этот симптом является сигналом к переходу от консервативного лечения к оперативному (Колесов В.И., 1972). Диагноз следует подтвердить при помощи УЗИ брюшной полости. Диагностическую пункцию мы не рекомендуем производить вслепую. Ее следует производить лишь под контролем УЗИ. В стадии инфильтрата мы назначали консервативное лечение (антибиотики, УВЧ-терапия) и добились полного рассасывания его. В остальных случаях производили оперативное лечение по известной методике.

У женщин рекомендуется влагалищное вскрытие абсцесса. В наших наблюдениях вскрытие тазового гнойника производилось только через прямую кишку.

Осложнений, приведенных рядом авторов (повреждение кишечных петель, ранение мочевого пузыря), мы не отмечали.

При сочетании абсцессов правой подвздошной области и Дугласова пространства целесообразно гнойники вскрывать двумя доступами: через правую подвздошную область и через прямую кишку.

При сочетании гнойника малого таза и кишечного свища клиническая картина абсцесса Дугласова пространства сглажена. Боль пациентов практически не беспокоит. Основные симптомы — слабость и высокая температура. У одной больной с тонкокишечным свищем не было ни дисфункции кишечника, ни расстройства мочеиспускания. При многократном ректальном исследовании, которое производилось разными врачами, данные о наличии гнойника Дугласова пространства были разноречивые. При УЗИ малого таза выявлен гнойник. Произведено его вскрытие трансректальным доступом. Через 15 дней ликвидирован тонкокишечный свищ, наступило выздоровление.

На основании изложенного, считаем, что УЗИ брюшной полости в диагностике гнойников малого таза является достаточно информативным методом исследования. Его следует применять уже на ранних этапах послеоперационного периода, что позволяет наряду с клинической картиной присоединившегося осложнения, диагностировать абсцесс Дугласова пространства в ранние сроки заболевания.

**В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, Н.А. Колпаков, П.М. Косенко**

## **ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ**

**ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)**

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100 000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40 — 70 % больных и летальность при этом превышает 25 — 30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных методов хирургического лечения при панкреонекрозе и его осложнениях.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 149 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2007 гг. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 105 (70,5 %) был жировой панкреонекроз, у 44 (29,5 %) — геморрагический. Умерло 34 человека, из них 32 — с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 22,8 %. Гнойные осложнения панкреонекроза возникли у 39 больных (26,2 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 8 пациентов (20,5 %), панкреатогенный абсцесс у 19 (48,7 %), гнойный оментит у 12 (30,8 %).

В диагностическом комплексе раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 45 больным, вошедшим в первую группу (30,2 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 больных (34,9 %), которым выполнена лапаротомия, закончившаяся «закрытым» дренированием трубчатых дренажными конструкциями. Третью группу составили 52 больных (34,9 %) с «открытым» методом дренирования с формированием панкреатооментобурсостомы.

В первой группе у 5 пациентов (11,1 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием сальниковой сумки. У трех больных — лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во второй группе выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одна из причин высокой летальности в этой группе — поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.



В третьей группе умерло 15 человек (28,8 %) с прогрессирующим геморрагическим панкреонекрозом. У 6 человек выполнены релапаротомии с некрсеквестрэктомией. У 3 человек — резекция поджелудочной железы. Гнойные осложнения панкреатита в этой группе составили 26,9 % (14 человек).

Таким образом, при гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза наиболее эффективно «открытое» дренирование парапанкреатической клетчатки, обеспечивающее беспрепятственный доступ к гнойному очагу и выполнение адекватных некрсеквестрэктоми и резекций поджелудочной железы в программном режиме. Это позволяет мобилизовать очаги некротической деструкции в забрюшинном пространстве, отграничить некротические зоны от свободной брюшной полости, обеспечить адекватное дренирование и планировать последующие оперативные вмешательства. При «закрытом» методе дренирования для предупреждения осложнений необходимы обязательные программные релапаротомии, позволяющие реализовать адекватную хирургическую тактику.

**Е.П. Костив, Е.Е. Костива, М.Ф. Фадеев**

### **ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА В СТРУКТУРЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
МУЗ «Городская клическая больница № 2» (г. Владивосток)**

Пациенты с множественными и сочетанными травмами составляют 8 — 14 % всех стационарных больных и дают более 50 % всех летальных исходов от травм (Мусалатов Х.А., 1995). Лечение сочетанных травм трудоемкое, сложное, ответственное и требует больших материальных затрат (Соколов В.А., 2006). Наиболее частая причина множественных повреждений — ДТП. Около 15 % пострадавших тяжелые повреждения получают при падении с высоты, причем количество и тяжесть этих травм из года в год растет (Миронов С.П., 2006). У лиц пожилого возраста переломы шейки бедра происходят в результате незначительных механических усилий: достаточно падения с высоты собственного роста. Напротив, у молодых пациентов перелом шейки бедра происходит в результате высокоэнергетической травмы.

Несмотря на значительные достижения в хирургии повреждений опорно-двигательного аппарата и опыт использования современных технологий остеосинтеза при лечении медиальных переломов шейки бедра, остается спорным и нерешенным ряд вопросов и, в частности, можно ли проводить остеосинтез шейки бедра при значительном смещении перелома при условии, что оперативное вмешательство выполняется в сроки более 2 суток после травмы. Каковы перспективы у данных пациентов? Необходимо ли делать открытую репозицию при неполной адаптации отломков, и какой в данном случае остеосинтез будет предпочтительнее? Стоит ли говорить вообще об остеосинтезе, а может быть, рациональнее первичное эндопротезирование? В каких случаях отказаться от операции? Оправдан ли риск хирургического вмешательства у пациентов, утративших способность ходить? Эти вопросы приобретают большую значимость, когда они ставятся в условиях множественных и сочетанных повреждений.

На прогнозирование исхода травмы, помимо возраста больного и его соматического статуса, влияют многие факторы: тип перелома, степень смещения отломков, характер плоскости излома, повреждение капсулы, интерпозиция, достигнутая репозиция, вид фиксаторов, соблюдение методики операции и сроки ее выполнения.

В своей работе мы придерживались классификации АО, основанной на характере перелома шейки бедра и степени смещения отломков. Тип перелома шейки бедра обозначается буквой В и дополнительно подразделяется на три группы и три подгруппы, обозначаемые цифрами 1, 2, 3.

За период 2003 — 2006 гг., по нашим наблюдениям, эпизоды медиальных переломов шейки бедра в структуре множественных и сочетанных травм имели место в 19 случаях (0,3 % от переломов костей скелета), мужчин — 11, женщин — 8. Средний возраст мужчин составил 37,5 лет, женщин — 58,1 лет. В 9 случаях причиной травмы явилось ДТП, в 7 — падение с высоты, в 3 — прочие травмы. В первые 6 часов доставлены в стационар 13 больных, 4 — в первые сутки, 2 — в более поздние сроки. У всех пострадавших была отмечена клиническая картина травматического шока, 6 больных госпитализированы в отделение реанимации. Доминирующее повреждение — травма ОДА — отмечена у 16 пациентов, у 2 — без ведущего повреждения, у 1 — ЧМТ. На фоне противошоковых мероприятий проводилась диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата. В группе пациентов с повреждениями ОДА у 10 имели место переломы двух крупных сегментов; у 8 — одного крупного и 2 — 3 мелких. У 14 больных диагностирован перелом шейки бедра при поступлении в стационар, а у 5 — в более поздние сроки, которые колебались от 2 дней до 5 недель. После выведения больных из шока и нормализации гомеостаза у 18 больных проведена оперативная фиксация переломов. Причем, при выборе очередности вмешательств приоритет отдавался остеосинтезу шейки бедра. В 3 случаях при «флотирующих» повреждениях проксимального бедра

последовательно выполнен остеосинтез диафиза бедра пластиной, а шейки — компрессирующими винтами. У 2 больных фиксация перелома шейки бедра проведена системой DHS, у 13 — компрессирующими винтами, в 1 случае использован гвоздь Smith Petersona, в 2 — эндопротезирование по Zweymuller, 1 пациент не оперирован. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде в 3 случаях имела место некорректная репозиция и как следствие — вторичное смещение отломков. У 2 из них произведена смена фиксаторов, а у 1 — эндопротезирование. Инфаркт миокарда явился непосредственной причиной смерти у 1 больного, в 1 случае — поверхностное нагноение послеоперационной раны.

#### **ВЫВОДЫ**

Проблема лечения медиальных переломов шейки бедра приобретает особую актуальность при сочетанных и множественных травмах. Основными причинами политравмы являются ДТП и кататравмы. В подавляющем большинстве случаев страдают лица трудоспособного возраста. Ведущим повреждением в 84 % случаев является травма ОДА. Из методов фиксации переломов шейки бедра в данной категории пострадавших предпочтение следует отдавать остеосинтезу компрессирующими винтами как наименее травматичному и одновременно обеспечивающему стабильную фиксацию.

**А.П. Кошель, Г.К. Жерлов, Н.Э. Куртсеитов**

### **ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИТОНИТА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ**

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)*

На современном этапе развития гастроэнтерологии проблема лечения перитонита, причиной которого является несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта, остается актуальной. По данным литературы, частота этих осложнений достигает 3 — 55 %, что приводит к летальности в 15 — 70 % случаев. Особое место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости занимают повторные операции на желудке. По опыту большинства хирургов главной причиной в возникновении несостоятельности анастомоза, является физическая негерметичность швов его угла. Учитывая эти данные, при формировании гастродуоденоанастомоза нами применяется метод двухрядного шва, основным моментом которой является укрепление и сшивание в первую очередь углов анастомозируемых органов (Патент РФ № 2173094 от 10.09.01. БИ № 25).

Всего по предлагаемой методике оперировано 36 пациентов. В сроки от 7 до 14 суток после операции эндоскопическое исследование выполнено 36 больным. По линии шва в области малой кривизны выявлялась гиперемия, небольшая инфильтрация слизистой. Желудочно — двенадцатиперстный анастомоз был сомкнут у 31 (86,1 %) пациента, раскрытие его происходило при инсuffляции воздухом. В 3 (8,3 %) случаях анастомоз был полураскрыт до 0,6 — 0,8 см, в 2-х (5,5 %) более 1 см. При всех исследованиях тубус аппарата свободно проходил в двенадцатиперстную кишку. По линии шва слизистая была умеренно гиперемирована, у одного (2,8 %) больного отмечался налет фибрина по задней полуокружности анастомоза. Заживление желудочно-двенадцатиперстного шва по типу первичного натяжения отмечено в 96,6 % наблюдений. Клинически у одного (2,8 %) больного мы наблюдали в раннем послеоперационном периоде инфильтрат брюшной полости, по поводу чего была проведена мощная антибиотикотерапия, физиолечение, в результате которого инфильтрат разрешился.

Таким образом, применение разработанного способа кишечного шва позволило уменьшить число послеоперационного перитонита, связанного с несостоятельностью швов анастомоза, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

**А.В. Красноперов, А.В. Карпович**

### **ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНКОНТИНЕНЦИИ**

*ГУ НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)*

#### **ЦЕЛЬ**

Разработать показания к выполнению восстановительных сфинктеропластик при инконтиненции на основании результатов аноректальной манометрии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Исследование проводилось на аппарате Polygraf компании Medtronic с помощью восьмиканального водно-перфузионного катетера. Манометрические датчики на конце катетера располагаются на одном уровне и ориентированы радиально в плоскости под углом 45°. Основным тестом явилось протягивание катетера через ампулу и анальный канал прямой кишки с помощью пуллера со скоростью 1 см/сек. Глубина установки катетера для всех исследований стандартизована — 10 см, при этом датчик № 1 ориентирован в сторону копчика. Тест проводился для каждого пациента трижды: в условиях покоя, при волевом сокращении анального сфинктера и при натуживании. Показания датчиков катетера обрабатывались на компьютере с помощью программного обеспечения Polygraf net (tm) версии 3.1.1.419a в операционной системе Windows 2000. Данная программа помимо цифровых показателей давления и построения манометрических кривых позволяет создавать трехмерную модель исследуемого участка на основании полученных данных. Критериями недостаточности являлись давления покоя в области анального сфинктера менее 50 мм рт. ст. и/или прирост давления при волевом усилии менее 25 % от исходного. Для определения хирургической тактики учитывалась как степень выраженности манометрических отклонений, так и их протяженность и ориентация в пространстве. Оперативное лечение включало три варианта стандартных операций: сфинктеропластику, леваторосфинктеропластику и глутеосфинктеропластику. Результаты оперативного лечения оценивались по субъективным критериям, а также с помощью контрольной аноректальной манометрии в ранние (до 6 мес.) и отдаленные (1 — 3 года) сроки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

С диагнозом анальной инконтиненции в отделение наблюдалось 22 пациента. Из них диагноз органической недостаточности анального сфинктера и показания к оперативному лечению были выявлены у 13 (11 женщин и 2 мужчин). Традиционная сфинктеропластика бок-в-бок назначалась при наличии нарушений в показателях лишь одного из датчиков и была выполнена у 3 пациентов. Леваторосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 2 или 3 соседним датчикам, вариант пластики (передний или задний) определялся суммарным вектором ориентирования датчиков, в которых отмечалось нарушение, и была выполнена у 8 пациентов. Глутеосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 4 и более датчикам и была выполнена у 2 пациентов. Вариант операции (правая или левая) определялся, как и при леваторосфинктеропластике, направлением суммарного вектора датчиков с нарушениями.

Оценку результатов лечения проводили на основании оценки субъективных жалоб и динамики показателей аноректальной манометрии. В ранние сроки (до 6 мес.) результаты оперативного лечения были оценены как хорошие (восстановление функциональных показателей анального сфинктера, отсутствие субъективных жалоб) у 11 (84,6 %) пациентов, удовлетворительные (сохранение некоторых субъективных жалоб или сила волевого сокращения анального сфинктера менее 25 % не более чем по 1 датчику) у остальных 2 (15,4 %) пациентов. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

**ВЫВОДЫ**

Использование аноректальной манометрии и профилометрии при анальной инконтиненции позволяет выбрать адекватный вариант оперативного пособия и обеспечить хороший и стойкий эффект лечения.

**В.В. Кришталь, А.В. Гурулев, И.Ю. Кокотов, Ю.В. Потемкин**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ИЛЕОЦИКАЛЬНОГО КЛАПАНА**

*Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)*

По меткому выражению Я.Д. Витебского (1999), желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) — это дорога с односторонним движением. Любое встречное движение по такой дороге — это путь к аварии. Такую односторонность в ЖКТ обуславливают ряд клапанов, которые делятся на две группы: абсолютного и относительного действия. Клапаны абсолютного действия в норме всегда пропускают содержимое из вышележащих отделов в нижележащие. Движение содержимого в обратном направлении (это будет считаться рефлюксом) обязательно вызовет патологию.

Одну из ведущих ролей в пищеварительной системе мы отводим илеоцекальному запирательному аппарату, разграничивающему функции тонкой и толстой кишок, изолирующему тонкую кишку от рефлюкса толстокишечного содержимого, который резко отличается по химическому составу, физическо-

му состоянию и бактериальному спектру. Особенно рельефно выявляется при развитии илеоцекальной клапанной недостаточности.

В результате несостоятельности баугиниевой заслонки происходит заброс миллиардов микробов толстой кишки в тонкую, наступает «колонизация» тонкой кишки аллохтонными (чужеродными) микроорганизмами, что приводит к развитию в тонкой кишке гнилостных и бродильных процессов. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов — индол, фенол, крезол, скатол, пирокатехин, карболовая кислота, сероводород, меркаптан, этан, метан и т.д. — поражают слизистую оболочку тонкой кишки и, всасываясь в кровь, вызывают явления аутоинтоксикации. Эти метаболиты не могут быть достаточно детоксицированы, особенно при заболеваниях печени. Токсическими, инвазивными и нередко некротическими свойствами микробы способствуют разрушению кишечной стенки, а также дистрофическим, деструктивным и некротическим изменениям слизистой оболочки. При этом нарушается барьерная роль кишечной стенки. Кишечник становится входными воротами инфекции, о чем свидетельствует неспецифическая бактериемия у больных с кишечным дисбактериозом и формирование очагов эндогенной инфекции. Лимфоидная ткань по ходу ЖКТ также страдает в результате хронизации процесса, а следствием этого является дефицит иммуноглобулинов А и М. Организм становится менее защищенным перед микробной агрессией.

Диагностика илеоцекальной клапанной недостаточности основывается на жалобах больного, что проявляется определенным симптомокомплексом (схваткообразных болях в правой подвздошной и околопупочной областях, вздутии живота, тошноте, рвоте, поносе, чередующимся с запором), данными лабораторного, рентгенологического исследований и подтверждается результатами операционной ревизии. Литературные данные и наш собственный опыт позволяют утверждать, что основным методом рентгенологического исследования заслонки является заполнение толстой кишки с помощью багровой клизмы при условии, что в процессе исследования производятся не только обзорные, но и прицельные снимки с дозированной компрессией.

На базе Городской клинической больницы № 1 в период 2003 — 2006 гг. было выполнено 69 операций по поводу недостаточности баугиниевой заслонки. Операции технически просты, проводятся без вскрытия просвета пищеварительного тракта, что делает их практически безопасными. Послеоперационных осложнений не было.

При контрольных рентгенологических исследованиях через 6, 12, 24 месяца недостаточности баугиниевой заслонки у прооперированных больных не выявлено. Симптомы болезни не проявляются.

Таким образом, хирургическая коррекция илеоцекального клапана обеспечивает нормальное функционирование баугиниевой заслонки, предотвращает рефлюкс-илеит и возвращает больного к нормальной жизни.

**И.А. Куклин, Е.Г. Григорьев, В.Г. Лалетин, В.Н. Зеленин**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)  
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)**

Лучевая терапия в самостоятельном варианте и в комбинации с другими методами значительно улучшает возможности лечения злокачественных образований. Однако в ряде случаев облучение сопровождается появлением местных осложнений. Местное лучевое повреждение развивается в результате воздействия на ограниченный участок поверхности тела ионизирующего излучения в дозах, превышающих толерантную. Возможными причинами образования лучевых повреждений могла быть в некоторых случаях погрешность в методике проведения лучевой терапии, перекрытие полей облучения, либо завышение дозы облучения у больных с тонким подкожным жировым слоем. В результате в тканях развиваются функциональные и морфологические изменения с последующей ишемизацией облученных тканей и их некрозом. Особенностью этих повреждений является то, что с течением времени тяжесть их может усугубляться. Ситуация осложняется злостной полиморфной микрофлорой, содержащейся в поврежденных тканях, которые теряют способность противостоять бактериальному загрязнению.

С 1996 по 2003 гг. мы наблюдали 11 пациенток с подобными повреждениями после лечения рака молочной железы (РМЖ). Возраст их составил от 41 до 64 лет (медиана — 54). У двух пациенток рак молочной железы был двусторонний метастазный. По стадиям процесса распределение было таким: T1N0M0 — в 1 случае, T2N0M0 — в 3 случаях, T2N1M0 — в 5, T2N2M0 — в 1, T3N2M0 — в 2. В одном случае на коже нижней части сохраненной молочной железы после радикальной резекции и последу-

ющей лучевой терапии по поводу РМЖ развилась ангиосаркома. Все пациентки до операции или после нее получали дистанционную гамматерапию классическим или крупным фракционированием. У 8 пациенток зона радиационного повреждения располагалась на груди или возле нее, у двух — в проекции ключицы.

В 1996 и 2000 гг. наблюдались пациентки с метастатическими раками молочной железы. У одной поражение второй молочной железы опухолью произошло через 2 года, у другой — через 8 лет. Оба раза они получали лучевое лечение. Наслоение полей лучевого воздействия произошло, по-видимому, в области грудины, где и образовывались участки лучевого остеонекроза. Обе пациентки лечились консервативно перевязками и секвестрэктомиями. Такая тактика лечения привела к гибели обеих пациенток после развившегося переднего медиастинита. Что привело к радикальной перемене тактики лечения.

Консервативное лечение было проведено только у двух пациенток. Лучевые язвы у них имели небольшие размеры, не имели тенденции к увеличению (как, впрочем, и к уменьшению), располагались в проекции ключицы. Дном язв являлся сухой остеонекроз фрагмента ключицы. Во всех остальных случаях центральной локализации дефекта консервативная терапия рассматривалась как подготовка к оперативному лечению для уменьшения титра полиморфной микрофлоры, содержащейся в лучевых язвах.

В одном случае закрытие дефекта грудины было предпринято по экстренным показаниям в связи с эрозивным кровотечением из внутренней грудной артерии. Выполнена комбинированная пластика опрокинутым мышечным лоскутом из большой грудной мышцы и централизацией оставшейся молочной железы. Далее подобная техника использовалась в плановом порядке еще у 4 пациенток.

У больной с рецидивной ангиосаркомой (гистологически — злокачественная гемангиоэндотелиома) после иссечения мягкотканной опухолью грудной стенки справа образовался дефект треугольной формы 12 × 14 × 12 см. Выполнялась комбинированная пластика дефекта. Грудная мышца перевернута на дефект, левая железа централизована, остальная часть дефекта укрыта поверх мышцы расщепленным кожным лоскутом.

И в одном случае комбинированного лечения этой же локализации после иссечения лучевого остеонекроза образовался сквозной дефект грудной стенки. Пластика его выполнялась послойно с применением большого сальника, сосудистых протезов для сохранения каркасности грудной стенки, и далее как в предыдущих случаях — опрокинутого лоскута большой грудной мышцы и централизацией молочной железы.

В течение первого года после операции умерла пациентка с ангиосаркомой от прогрессирования заболевания. Об одной пациентке нет данных. Остальные живы. Местных рецидивов опухолей и лучевых язв не отмечалось, что свидетельствует о высокой эффективности разработанных способов хирургического лечения.

По нашему мнению, консервативная тактика (длительные перевязки, секвестрэктомия и др.) допустима у пациентов, имеющих «благоприятную» характеристику дефектов, к которым относятся периферическая локализация, небольшой размер, «сухое» дно. В остальных случаях более эффективна активная хирургическая тактика лечения лучевых повреждений с пластическим замещением дефекта.

**М.В. Кукош, Н.К. Разумовский, О.В. Вопилова**

## **ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Нижний Новгород)**

В настоящее время, несмотря на очевидные успехи диагностики различных форм новообразований, проблема раннего выявления больных раком ободочной кишки (РОК) далека от своего решения. К сожалению, в большинстве случаев, у этой группы больных первым поводом обращения к врачу является развитие осложнений заболевания: острой кишечной непроходимости (ОКН); кровотечения; перфорации. Больные осложненным РОК вынужденно получают urgentную помощь в неспециализированных общехирургических отделениях больниц. Самым частым осложнением РОК является острая кишечная непроходимость.

В период с 1985 по 2006 гг. в клинике факультетской хирургии НИЖГМА находилось на лечении 332 больных РОК, осложненных ОКН. Большинство пациентов были старше 60 лет (85 %), мужчин было 148, женщин 184.

Первую группу составили 52 пациента, оперированных в период с 1985 по 1990 гг. Радикальные операции выполнены у 14 (27 %), паллиативные у 38 (73 %) больных. Необходимо отметить, что у 7 пациентов этой группы, при раке левой половины ободочной кишки, выполнена цекостомия с 5 летальными исходами. Общая послеоперационная летальность составила 40,3 %.

В связи с накоплением опыта, разработкой комплекса пред-, интра- и послеоперационных мероприятий, улучшением ведения послеоперационного периода с 1991 года мы стали более широко применять радикальные оперативные вмешательства в экстренном порядке, систематически стала проводиться профилактика ТЭЛА; рациональная антибиотикопрофилактика.

Вторую группу составили 49 пациентов, оперированных в период с 1991 по 1995 гг. Радикальные операции произведены 29 больным (59,2 %), после операции умерло 5 пациентов (17,2 %). С 1991 года мы практически перестали применять цекостомию при левосторонней локализации обтурирующей опухоли. Паллиативные декомпрессионные вмешательства выполнены 20 больным с летальностью 30 % (умерло 6 пациентов). Общая послеоперационная летальность составила 22,4 %.

Третью группу составил 201 больной, оперированных в период 1996 по 2006 гг. Радикальные операции произведены 132 больным (65,7 %), после операции умерло 14 пациентов (10,6 %). После 69 паллиативных декомпрессионных вмешательств летальность составила 20,3 % (умерло 14 пациентов). Общая послеоперационная летальность составила 13,9 %.

При анализе результатов лечения прослеживается четкая тенденция к увеличению числа радикальных операций. Так, если в период с 1985 по 1990 гг. операции с удалением опухоли на первом этапе выполнены у 27 % больных, то в период с 1991 по 1995 гг. — у 59,2 %, а в период с 1996 по 2006 гг. соответственно радикальные вмешательства удалось выполнить у 65,7 % пациентов.

Количество расширенных и комбинированных вмешательств, включающих париетальную лимфаденэктомию, спленэктомию, резекцию тонкого кишечника, мочевого пузыря, желудка, резекцию одиночных метастазов печени и др., также увеличилось, и в период с 1995 по 2006 гг. достигло 23,4 % от числа всех радикально оперированных больных.

При рассмотрении непосредственных результатов лечения, несмотря на повышение сложности и травматичности оперативных вмешательств, роста летальности не отмечено, напротив прослеживается устойчивая тенденция к снижению послеоперационной летальности с 42,8 % (1985 по 1990 гг.) до 22,4 % (1991 по 1995 гг.) и 13,9 % (1996 по 2006 гг.).

Однако, наличие у пациентов запущенного РОК и декомпенсированной ОКН, как правило, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, в значительном количестве случаев приводит к компромиссу, когда оперирующий хирург вынужден онкологический радикализм приносить в жертву снижению травматичности и длительности операции. Решение проблемы улучшения исходов лечения этой тяжелой группы больных лежит в диагностике раннего РОК, до развития его urgentных осложнений.

**А.В. Куляпин, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин, О.В. Буторина, Р.Р. Булатов**

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ**

**ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)**

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Несмотря на кажущуюся решенность проблемы лечения геморроя, данный вопрос в настоящее время не теряет свою актуальность. Определенный прогресс в решении данной проблемы наступил благодаря внедрению, так называемых малоинвазивных методов лечения геморроя.

В исследование включено 200 больных геморроем, пролеченных методом биполярной диатермии. Из них 119 человек составили мужчины и 81 человек — женщины. Возраст больных составил от 23 до 75 лет. Суть метода заключается в воздействии на ткань геморроидального узла с помощью игольчатого электрода током силой от 2 до 20 мА (в зависимости от порога чувствительности пациента) напряжением 36 В, в течение 7—10 мин. Через 10—15 дней проводился контрольный осмотр и при необходимости — повторный сеанс коагуляции. Хорошие результаты были отмечены у 73 % пациентов, удовлетворительные — у 14,5 %. Осложнения (тромбоз, отек геморроидальных узлов, кровотечение) отмечены у 5 больных, что составило 2,5 % от общего числа. Рецидивы отмечены у 4 больных (2 %): у 2-х в сроки 2—3 месяца после коагуляции возникли явления тромбоза геморроидальных узлов, у 2-х больных в эти же сроки возобновилось выпадение геморроидальных узлов, которое прекратилось после повторного курса лечения.

В амбулаторных условиях изучалась возможность лечения аноректального тромбоза. Прооперированно 64 больных. Контрольная группа состояла из 60 пациентов, идентичных по полу и возрасту, получавших консервативное лечение.

Операция производилась после подготовки кишечника, под местной инфильтрационной анестезией. Наружный геморроидальный узел надсекался, подкожный тромб удалялся тупым путем. При длительно текущем процессе, при прорастании тромба соединительной тканью, производилось иссечение наружного геморроидального узла с тромбом внутри. Ушивание раны узловыми кетгутowymi швами проводилось лишь в случае выраженного кровотечения.

В основной группе заживление раны наступало на 4–5 сутки, у одного больного ранний послеоперационный период осложнился кровотечением (остановлено тампонадой). В контрольной группе купирование воспалительного процесса наблюдалось на 6–8 сутки, рассасывание тромба происходило в срок от 10 дней до 2 месяцев.

### ВЫВОД

Биполярная диатермия является эффективным и достаточно простым методом лечения геморроя и может с успехом использоваться в амбулаторной практике.

**А.В. Куляпин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Д.Х. Амирова, А.А. Ибатуллин**

### ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)**

Рентгенологические методы являются ведущими в диагностике дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений. К использовавшимся ранее методам обзорной рентгенографии брюшной полости, исследования пассажа бария по кишечнику, ирригографии добавилась компьютерная томография толстой кишки.

Компьютерная томография с внутрикишечным контрастированием проведена 46 больным с дивертикулезом толстой кишки и 44 пациентам с функциональными кишечными диспепсиями (контрольная группа), которые при поступлении жаловались на боли в животе, запоры, слизь и следы крови в кале. Контрастирование толстой кишки при компьютерной томографии проводили 3% раствором йодсодержащего контрастного вещества, так как наши предварительные исследования показали, что при контрастировании 0,5%-ным настоем чая дивертикулы плохо визуализируются.

Результаты исследований сравнивались с данными классической ирригографии с ретроградным контрастированием у 86 человек и подтверждались эндоскопическими исследованиями (ФКС).

При ретроградном методе контрастирования толстой кишки у больных с функциональными кишечными диспепсиями, у которых клиническая картина была похожа на дивертикулез толстой кишки были выявлены следующие рентгенологические признаки: глубокая учащенная гаустрация – 87,4 %, расширение просвета ободочной кишки – 69 %, провисание поперечно-ободочной кишки – 34,5 %, задержка контрастного вещества – 87,4 %, чередование гипертонуса с гипокинетическим компонентом – 91,1 %, утолщение складок – 87,4 %. Данный диагноз был подтвержден у 39 человек (92,9 %) – истинно отрицательный результат и у 3 (7,1 %) – установлен ошибочно в связи с гипертонусом кишки (ложно положительный результат).

При классическом методе ретроградного контрастирования толстой кишки у больных с дивертикулезом толстой кишки выявлены следующие характерные признаки: мешковидные выпячивания – 100 %, зазубренность контуров – 100 %, симптом частокола – 63 %, гипертонус кишечника – 79,8 %, сужение просвета кишки – 42 %, дефект наполнения – 18,9 %. При этом у 41 (89,1%) пациента установлен дивертикулез толстой кишки – истинно положительный результат, у 5 (10,1 %) диагноз не установлен – ложно отрицательный результат.

При КТ-исследовании у пациентов с функциональными кишечными диспепсиями выявлены следующие характерные признаки: глубокая учащенная гаустрация – 69 %, увеличение площади сечения просвета – 69 %, провисание поперечно-ободочной кишки – 34,5 %, утолщение стенок – 87,4 %, утолщение складок – 87,4 %, учащение гаустрации – 69 %.

При КТ-исследовании у больных с дивертикулезом толстой кишки были выявлены следующие признаки: мешковидные выпячивания – 100 %, зазубренность контуров – 100 %, симптом частокола – 63 %, гипертонус кишечника – 75,1 %, сужение просвета кишки – 42 %, утолщение стенок кишки – 79,8 %, дефект наполнения – 18,3 %, локализация дивертикулов по окружности кишки – 100 %, дефект наполнения дивертикулов по окружности кишки – 57 %. Дивертикулярный инфильтрат был установлен у трех (6,5 %) больных, проявлялось в виде локального дефекта наполнения участка толстой кишки. Суженный просвет кишки имел зигзагообразный характер, эластичность стенки кишки была снижена. Дивертикулез установлен у 44 человек (95,7 %), не установлен у 2 (4,3 %). Осложнений при проведении исследований не было.

Полученные данные позволяют нам сделать вывод об эффективности метода КТ для диагностики дивертикулеза толстой кишки и его осложнений и использовании его в ряде случаев для дифференциальной диагностики передивертикулярного инфильтрата и колоректального рака.

**А.В. Куляпин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.А. Ибатуллин, В.М. Лопатин,  
П.Б. Павлов**

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ**

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)**

Дивертикулярная болезнь является на современном этапе одним из наиболее распространенных заболеваний толстой кишки и выходит, по данным нашего отделения, на третье место после геморроя и острого парапроктита среди пациентов отделения экстренной колопроктологии 7–8 %, а развивающиеся грозные осложнения ставят зачастую перед лечащим врачом сложные задачи в диагностике и выборе тактики лечения.

Наша работа основана на анализе результатов лечения 312 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, находившихся на лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы при ГКБ № 21 в 2001–2004 годах. Среди пациентов преобладали женщины пожилого возраста старше 60 лет, за исключением группы младше 40 лет, где наблюдается обратное соотношение. В экстренном порядке госпитализировано 65,3 % пациентов (204 человека) в плановом — 34,7 % (108 человек). Причиной госпитализации послужили: острый дивертикулит — 61 (19,5 %), кровотечение — 64 (20,5 %), передивертикулярный инфильтрат — 24 (7,6 %), передивертикулярный абсцесс — 3 (0,9 %), острая кишечная непроходимость — 12 (3,8 %), перфорация дивертикула — 36 (11,5 %), обострение хронического дивертикулита — 112 (35,8 %).

Диагностика дивертикулярной болезни и ее осложнений должна быть комплексной и включать в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые методы. Рентгенологический метод остается ведущим в диагностике дивертикулеза толстой кишки. Ирригография проведена у 90,4 % пациентов (282 человека) через 8–12 дней после стихания воспалительных явлений так же как и ФКС. Для воспалительных осложнений наиболее характерно левостороннее поражение, а при кровотечениях, потребовавших оперативных вмешательств, чаще встречалось правостороннее или тотальное поражение кишки. Все большее значение для выявления таких осложнений, как инфильтрат и перидивертикулярный абсцесс приобретают КТ и УЗДГ.

Широкое применение получила лапароскопия, которая является ведущим способом дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости, уточнения осложненных форм дивертикулярной болезни, характера, локализации и распространенности патологического процесса и применена у 24 % пациентов. При проведении исследования в 2,4 % выявлен дивертикулит без явлений перитонита, в 7,5 % ограниченный инфильтрат брюшной полости, в 3,3 % перфорация дивертикула и в 1 % перекрыт и некроз сальникового подвеса сигмовидной кишки. При отсутствии перитонита проводилось дренирование зоны воспалительного очага, эндоскопическое удаление некротизированного подвеса. Недопустима попытка разделения воспалительного инфильтрата, которая может привести к генерализации процесса.

Терапия при осложненных формах дивертикулеза толстой кишки, как правило, начинается с консервативных мероприятий за исключением случаев перфорации дивертикула с развитием перитонита, формирования межпетельного абсцесса, некупирующейся кишечной непроходимости и профузного кровотечения с развитием декомпенсированного геморрагического шока. Терапия включает в себя охранительный режим, бесшлаковую диету, дезинтоксикационную терапию, антибиотики широкого спектра действия, спазмолитики, местную гипотермию. При наличии перидивертикулярного инфильтрата или некупирующегося болевого синдрома мы применяем забрюшинную новокаиновую блокаду с антибиотиками по методу В.М. Тимербулатова, иногда с установкой катетера для пролонгированного введения препарата, что в сочетании с накожной лазеротерапией позволяет в 1,5–2 раза ускорить процесс рассасывания инфильтрата. При кровотечениях применяется стандартная гемостатическая терапия с дополнительным введением 5% аминокaproновой кислоты или 1% хлористого кальция в микроклизмах.

Консервативная терапия была эффективна у 227 пациентов (72,8 %), оперированы — 85 (26,2%) человек. В экстренном порядке оперировано 56 человек в плановом — 29. Показанием к операции послужили в экстренном порядке перфорация дивертикула у 36 (64,5 %) человек, образование перидивертикулярного абсцесса у 3 (5,4 %), дивертикулярная непроходимость у 12 (21,6 %), профузное кишечное кровотечение — 5 (8,5 %). При перфоративном дивертикулите в 28 случаях произведена резекция кишки по типу Гартмана и 8 — наложение колостомы и дренирование места перфорации. При формировании абсцесса проводилось его вскрытие с наложением проксимальной колостомы. Причиной профузного кровотечения, требующего экстренного оперативного вмешательства, как правило, является тотальный дивертикулез толстой кишки. Мы убедились в неэффективности выполнения в таких случаях, рекомендуемой некоторыми авторами, левосторонней гемиколэктомии и считаем, что необходимо



выполнять субтотальную колэктомию с наложением илеостомы по Бруку. Летальность составила 1,3 % (4 человека).

Показанием к плановой операции являлись частые обострения хронического дивертикулита (29 случаев). В 9 случаях у пациентов гипертонической формой дивертикулеза с выраженным болевым синдромом проведена радиочастотная серозомиотомия.

Комплексный подход к диагностике осложненного дивертикулеза толстой кишки с использованием компьютерной томографии, лапароскопии и эндоскопических методик позволяет правильно выбрать тактику лечения пациента, а адекватная своевременно начатая терапия позволяет более чем в 80 % случаев купировать осложнения дивертикулеза толстой кишки без хирургического вмешательства.

**А.В. Куляпин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, В.М. Лопатин, А.А. Ибатуллин**

## **ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)  
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)  
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)**

Значительный процент в структуре колопроктологических больных, составляют больные с дивертикулезом ободочной кишки. С 2004 по 2006 г. в Городском колопроктологическом центре на базе ГКБ № 21 г. Уфы на стационарном лечении находилось 284 больных дивертикулезом ободочной кишки. Мужчин было 88 (30,9 %), женщин 196 (69,1 %). При распределении по возрастным группам установлено, что лишь 18 (6,3 %) больных были в возрасте до 50 лет, тогда как у 210 (73,9 %) пациентов возраст составлял от 61 до 80 лет.

Из 284 госпитализированных больных диагноз дивертикулеза ободочной кишки ранее был установлен у 155 (54,6 %), тогда как у 129 (45,4 %) выявлен впервые при данной госпитализации.

Сочетание дивертикулеза ободочной кишки с доброкачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки выявлены у 56 (19,7 %) больных, причем у 23 (41,1 %) диагноз поставлен впервые. Анализ распространенности дивертикулов по кишке в данной категории больных показал, что 42 (75,0 %) случаях дивертикулы локализовались в сигмовидном, а так же сигмовидном и нисходящем отделах ободочной кишки.

Единичные полипы установлены в 30 (53,6 %), тогда как в 26 (46,4 %) случаях имело место два и более полипов. Наиболее часто полипы локализовались в прямой — 26 (46,4 %) и сигмовидном отделе ободочной кишки (37,5 %). В нисходящем отделе ободочной кишки полипы выявлены в 6 (10,7 %) случаях, а так же единичные случаи в поперечно-ободочном и восходящем отделах ободочной кишки. Размер полипов колебался от 0,5 до 3,0 см. Всем больным выполнена эндоскопическая полипэктомия, в 4-х случаях с использованием ТЭМ.

Анализ морфологических изменений в удаленных полипах показал, что имеется прямая зависимость между размером полипа и степенью пролиферативных изменений. Так у 9 (16,1 %) пациентов имела место малигнизация полипа, во всех этих случаях размер полипа превышал 1 см.

Для выявления распространенности доброкачественных новообразований прямой и ободочной кишки в сочетании с дивертикулезом ободочной кишки нами проведен анализ результатов фиброколоноскопии, проведенных в эндоскопическом отделении ГКБ № 21 г. Уфы за тот же период времени. Так из 2 106 исследований, 687 (32,6 %) выполнено у амбулаторных больных. Из них у 221 (32,2 %) выявлен дивертикулез ободочной кишки, а в 103 (46,6 %) случаях отмечено сочетание с доброкачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки.

### **ВЫВОДЫ**

1. Сочетание дивертикулеза ободочной кишки с доброкачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки является частой патологией и встречается в 26,8 % случаев у пациентов с осложненными формами дивертикулеза и в 46,6 % случаев в группе пациентов включающей в себя бессимптомное течение заболевания.

2. Степень пролиферативных изменений находится в прямой зависимости от размера полипа и наиболее выражена при размерах превышающих 1 см.

3. Частота сочетания дивертикулеза толстой кишки с полипами и опухолями требует рассматривать это заболевание с точки зрения онкологической настороженности и требует диспансерного наблюдения с обязательным эндоскопическим исследованием.

И.В. Куршакова

**ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ОСЛОЖНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ***ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

Токсико-метаболическая энцефалопатия (ТМЭ) в настоящее время, без преувеличения, является бичом хирургических отделений. При этом в течение последнего десятилетия значительно увеличилась ее доля, обусловленная тяжестью хирургических заболеваний, сопровождающихся выраженной интоксикацией по сравнению с хроническими интоксикациями (алкоголизм, наркомания).

Клиническая картина ТМЭ общеизвестна и включает расстройства сознания по типу психоза, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, вегетативные расстройства смешанного характера, иногда — судорожный синдром. Однако менее известен вариант ТМЭ, развивающийся на фоне снижения ликворопродукции. У таких пациентов первичные расстройства сознания быстро прогрессируют, переходя в дефицитные формы (оглушение — сопор — кома), отмечаются выраженные мультифокальные очаговые симптомы.

Наиболее часто встречающимися факторами риска развития ТМЭ в хирургии являются травмы (или перфорации) полых органов живота, тяжелые травмы таза с повреждением внутренних органов, обширные размозжения и отслойки мягких тканей, глубокие ожоги; длительная анурия любого генеза, перитонит, кишечная непроходимость при условии длительного догоспитального периода и, в особенности, релапаротомия.

Таким образом, развитие ТМЭ с той или иной долей вероятности можно прогнозировать.

Ошибки в лечении ТМЭ довольно часты и проистекают от объективной недостаточности знаний о патогенезе этой патологии. В частности, недоучитываются следующие моменты: системный характер патологии, ведущим патогенетическим звеном которой является эндотоксикоз; тесная связь воспаления с токсикозом и активация его системных проявлений на фоне интоксикации; временные характеристики этих процессов, пик развития которых приходится, как правило, на 3—4 сутки после манифестации основного заболевания; вторичная гипоксия смешанного генеза; наконец, крайнее истощение систем торможения в ЦНС, грубое преобладание процессов возбуждения и симпатической системы над парасимпатической.

Таким образом, исходя из патогенеза ТМЭ, у пациентов такого рода противопоказано использование препаратов, увеличивающих потребление кислорода, усиливающих процессы возбуждения в ЦНС (эуфиллин, пираретам, инстенон). Пациенты с ТМЭ плохо переносят такие антигипоксанты и антиоксиданты как олифен, препараты янтарной кислоты, цитохром С, бемитил. В то же время, витамины группы В, токоферол ацетат, актовегин (солкосерил) эффективны независимо от времени, прошедшего с начала заболевания и степени снижения энергетики. Однако зачастую не соблюдается дозировка этих препаратов. Так, вит В<sub>1</sub>, являющийся основным компонентом, острой недостаточностью которого сопровождается ТМЭ, должен вводиться в дозе не менее 5,0 6% раствора в сутки, а американские ученые рекомендуют даже дозировку 20,0 6% р-ра в сутки в 1—3 дни развития ТМЭ. Актовегин, напротив, в дозах более 400 мг в сутки может вызывать срыв компенсации. Оптимальной дозой для такого рода пациентов является 200—400 мг актовегина в сутки. Возможно и использование бензодиазепинов с целью улучшения переносимости гипоксии в стандартных терапевтических дозах.

Большим с ТМЭ противопоказана дегидратация. Отек мозга, имеющий у них место в первые дни развития осложнения, носит адаптивно-компенсаторный характер, способствует снижению концентрации токсинов и никогда не является причиной дислокационного синдрома. Напротив, при снижении ликворопродукции ТМЭ протекает крайне тяжело, нередко приводя к летальному исходу. Соответственно, противопоказано и введение растворов MgSO<sub>4</sub>, обладающих свойством уменьшения продукции биологических жидкостей, в первую очередь — ликвора. ТМЭ ни в коем случае не является основанием для уменьшения объема инфузий. Полноценная детоксикация — основной метод лечения этого серьезного осложнения.

Ноотропная терапия у рассматриваемой категории пациентов играет второстепенную роль по сравнению с коррекцией системных механизмов патогенеза. Во всех периодах наблюдения в этой группе **противопоказаны** (!) ноотропы активирующего действия. Нецелесообразно и введение глицерина (холина альфосцерат), поскольку, как известно, интоксикации способствуют истощению антихолинэстеразы, что само по себе создает повышение уровня холина в организме.

Целесообразно использование препаратов с нейротрофическим действием: глицин, аминалон, пантогам, нейробутал, в особенности — биотредин, который является препаратом выбора для больных с интоксикациями любого генеза. Однако эти лекарства имеют только пероральную форму введения. Использование кортексина в стандартных дозах можно рекомендовать только после коррекции инток-

сикации. Применение психотропных препаратов само по себе не является ошибкой. Но наиболее часто используемый с этой целью в России аминазин имеет ряд побочных эффектов, существенных для динамики патологии в целом и замедляет дальнейшее восстановление функций ЦНС. Более предпочтителен галоперидол, который имеет очень большой диапазон от минимально эффективной до токсической дозы и не оказывает столь отчетливого подавляющего действия на функции дыхательной системы и ЖКТ.

**С.Н. Леонова, А.В. Рехов, И.А. Очиров**

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

*ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Медицинская реабилитация больных хроническим травматическим остеомиелитом (ХТО) является чрезвычайно актуальной проблемой, о чем свидетельствует неуклонный рост числа пациентов с данной патологией, увеличение процента гнойных осложнений и выхода на инвалидность (Носков В.К., Дзюба Г.Г., 2001).

Проблема лечения больных хроническим травматическим остеомиелитом обусловлена не только частотой рецидивов гнойного процесса, но и возникновением различных видов нарушений репаративного процесса, клиническим проявлением которых являются замедленно срастающиеся переломы, ложные суставы, слабые дистракционные регенераты и т.д.

В связи с этим, большое значение приобретает разработка способов прогнозирования развития различных видов нарушений репаративного процесса у больных ХТО, как важный этап проведения профилактики, улучшения результатов и сокращения сроков лечения.

«Способ прогнозирования замедленного сращения переломов костей голени, осложненных хроническим остеомиелитом» (заявка на изобретение № 2005103064, приоритет от 7.02.2005) базируется на исследовании минеральной плотности костной ткани и регионарного кровотока на поврежденной конечности. Прогнозирование осуществляют путем исследования минеральной плотности пяточной кости поврежденной конечности до операции. Дополнительно до операции проводят реографическое исследование поврежденной голени и определяют реографический индекс. При выявлении показателя минеральной плотности пяточной кости выше 0,300 г/см<sup>2</sup> и реографического индекса выше 0,02 Ом, прогнозируют благоприятное сращение перелома в срок до 6-ти месяцев, в остальных случаях прогноз сращения неблагоприятный.

«Способ прогнозирования регенерации костной ткани больных остеомиелитом при дистракционном остеосинтезе» (патент РФ № 2279086) может быть использован при лечении больных хроническим остеомиелитом с дефектами длинных костей, образовавшимися после санирующих операций (сегментарная резекция кости, некрэквэктомия и т.п.) и после открытых переломов, огнестрельных ранений длинной кости.

При прогнозировании осуществляют определение иммуноглобулина класса А (IgA) и абсолютно го числа Т-лимфоцитов, которое проводят перед началом этапа дистракции. Затем по соотношению содержания в сыворотке крови больного иммуноглобулина класса А (IgA) к абсолютному количеству Т-лимфоцитов выявляют индекс и при значении установленного индекса 2,0 и более прогнозируют формирование слабого дистракционного регенерата, в остальных случаях прогноз считают благоприятным.

Попытка прогнозирования репаративных нарушений с учетом нескольких факторов риска позволила разработать «Способ прогнозирования развития нарушений репаративной регенерации костной и окружающих мягких тканей у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата» (заявка на изобретение № 2005123574/14 (026555), приоритет от 25.07.2005).

При прогнозировании был использован метод многомерной математической статистики с вычислением линейной дискриминантной функции. Проведение дискриминантного анализа выявило пятнадцать наиболее значимых признаков — факторов риска развития осложнений: пол, возраст, число возбудителей инфекционного процесса, стадия воспалительного процесса, локализация патологического процесса в костной ткани (сегмент), величина поражения сегмента по длине, вид оперативного лечения костной ткани, вид операции на мягких тканях, сопутствующие заболевания, количество признаков иммунологической недостаточности в анамнезе, абсолютное число лимфоцитов ( $\times 10^9/\text{л}$ ), абсолютное количество Т-клеток (CD2 + CD19-лимфоцитов), ( $\times 10^9/\text{л}$ ), стресс-адаптивная реакция, выраженная числом признаков напряженности по Л.Х. Гаркави, уровень сывороточного иммуноглобулина G (IgG), уровень сывороточного иммуноглобулина А (IgA).

На основании клинико-рентгенологического, бактериологического и иммунологического обследования, проведенного до операции и с учетом проведенного оперативного лечения осуществляли анализ факторов риска, устанавливали их градации и числовые значения. Затем определяли прогностические коэффициенты  $F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8$  и  $F_9$  по формулам.

После определения прогностических коэффициентов сравнивали их числовые характеристики и определяли прогноз.

При  $F_1 > F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$  прогнозировали выздоровление, при  $F_3 > F_1, F_2, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$  – обострение заболевания, при  $F_9 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8$  – устанавливали благоприятный прогноз течения репаративного процесса, при  $F_7 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_8, F_9$  – нарушение репаративного процесса, при  $F_8 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_9$  – формирование ложного сустава, при  $F_2 > F_1, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$  прогнозировали риск возникновения патологического перелома / рефрактуры.

В отличие от других, в данном способе использовался многофакторный прогноз одновременно нескольких репаративных нарушений.

Таким образом, существует возможность прогнозирования репаративных нарушений у больных ХТО. Предлагаемые способы прогнозирования позволяют: своевременно выявить риск развития репаративных нарушений, провести ряд лечебно-профилактических мероприятий для предотвращения неблагоприятного исхода заболевания, использовать индивидуальную тактику лечения и, кроме того, осуществлять контроль за ходом и эффективностью проводимого лечения.

**В.А. Луценко, В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, А.Л. Мальченко**

### **К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА СТОПЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово)*

По мере развития общей анестезии в первой половине XX в. интерес к регионарным методикам заметно уменьшался. Последующее ее возрождение связано с появлением новых эффективных местных анестетиков, усовершенствованием технического обеспечения регионарной блокады и внедрением новых программ подготовки анестезиологов.

В отделении сосудистой хирургии за период с 2002 по 2006 гг. находилось 442 больных с синдромом диабетической стопы. Из них 154 больным некрэктомии и малые ампутации были выполнены без использования, каких либо методов анестезии, в связи полным отсутствием болевой чувствительности. Остальным больным проводились различные методы анестезии, в зависимости от объема оперативного вмешательства и общего состояния пациента. Для оценки риска проведения анестезии использовали суммарную систему оценки, предложенную американской ассоциацией анестезиологов (ASA). Система основана на градации физического состояния пациента с учетом плановых или экстренных показаний к операции. Для контроля за показателями использовались: ФВД, мониторинг ЧСС, АД,  $SO_2$ , оценка болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале и вербальной рейтинговой шкале.

У 254 больных в качестве метода обезболивания использовалась регионарная и местная анестезия. В 157 случаях при выполнении ампутаций на уровне голени, бедра или стопы, применялась эпидуральная анестезия, 51 пациенту устанавливался катетер для длительного обезболивания, максимальная время функционирования катетера 14 дней, как правило, это были больные с ишемической формой синдрома диабетической стопы с хроническим болевым синдромом. В остальных случаях при выполнении малых ампутаций и некрэктоми, выполнялись проводниковая или инфильтрационная анестезии. В качестве анестетиков использовались современные препараты – бупивакаин (Анекаин, Маркаин). Из осложнений у 10 пациентов (6,37 %) отмечались головная боль, тошнота, которые самостоятельно купировались в течение 2–3 суток, других осложнений не было.

Эндотрахеальный и внутривенный наркозы использовался в 34 случаях, показанием для них являлись: сепсис, инфекция кожи в месте предполагаемой пункции при регионарной анестезии, длительное оперативное вмешательство, несогласие больного на проведение регионарной анестезии, психологическая или эмоциональная лабильность.

Таким образом, регионарная анестезия – метод выбора при оперативных вмешательствах на стопе при СДС у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Проведение регионарной анестезии, как правило, не оказывает существенного влияния на функцию жизненно важных систем больного.