

(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-