

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 некрсеквестрэктомий 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.