

ня. Только позитивно прогнозируемые, основанные на огромном опыте, кристаллизованные в условиях стационара методы оперативного лечения» (Сахарюк А.П., 2006).

Хирургическое лечение ВБВНК в режиме «хирургии одного дня» в Центрах амбулаторной (ЦАХ) и специализированной (ЦСХ) хирургии возможно осуществить у большинства пациентов с неосложненными формами этой патологии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема варикозной болезни имеет, кроме медицинского, важное социальное значение. Конкуренция за больничные койки, высокая потребность в хирургическом лечении варикозного расширения вен и экономические соображения стимулируют разработку методик, позволяющих оперировать максимальное число больных, не создавая дополнительной нагрузки на коечный фонд.

Цель работы — анализ результатов лечения варикозной болезни вен нижних конечностей в центре амбулаторной хирургии поликлиники № 2 г. Улан-Удэ за 2004 — 2006 гг.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2004 — 2006 гг. Результаты проведенных исследований за 2004 — 2006 гг. показали, что общее количество прооперированных больных в ГЦАХ составляет 154 человек, в качестве сравнения взяты результаты лечения в РКБ ОСХ за этот же временной отрезок — 496 человек. Средний возраст женщин — 48 — 49 лет (± 2), а у мужчин — 38 ± 2 года. Частота встречаемости данной патологии выше у женщин в 2 раза, чем у мужчин из общего числа прооперированных. Средняя продолжительность полного курса послеоперационного периода в ГЦАХ составила 7,7 дней, а в РКБ ОСХ — 9,8. Средняя стоимость одного дня лечения в ГЦАХ составляет 363 рубля 96 копеек, а в РКБ ОСХ — 2431 рубль. Также проанализированы данные трудоспособного населения проходивших лечение в ГЦАХ по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, что составляет 31 человек из общего числа прооперированных (154 человека). Показатели среди лиц трудоспособного возраста, страдающих данной патологией, преобладают у мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ данных литературы позволяет прийти к заключению, что в настоящее время до 40 — 50 % плановых хирургических вмешательств, в том числе и флебэктомий, при варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей можно и нужно выполнять в амбулаторных условиях. Это обусловлено тем, что степень риска при выполнении оперативных вмешательств в амбулаторных и стационарных условиях практически одинакова, а экономическая эффективность обоснованно доказана многими исследователями.

В результате проведенных исследований в ЦАХ нами выявлено, что наиболее перспективным было бы создание специализированного центра амбулаторной флебологической помощи, что способствовало бы более быстрому восстановлению пациента, освобождению коек в больницах города, а также снижению стоимости самого лечения. Ранняя активизация пациентов после лечения дает возможность сократить сроки нетрудоспособности, повысить уровень социальной адаптации и личного комфорта пациентов.

К.Д. Пунсуков, В.Е. Хитрихеев, М.И. Бальхаев, Б.Д. Доржиев

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДХО ГК БСМП ЗА 2002–2007 гг.

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Проблема лечения детей, получивших обширные термические ожоги, занимает важное место в числе задач современной детской хирургии.

В настоящее время основным методом хирургического лечения глубоких ожогов является ранняя некрэктомия и первичное пластическое замещение кожным трансплантатом.

Данный метод оперативного пособия позволяет избежать септических осложнений.

Проведен анализ результатов лечения 41 ребенка с обширными глубокими ожогами в возрасте от 1 года до 18 лет с 2002 по 2007 год по материалам отделения детской хирургии ГК БСМП г. Улан-Удэ.

В зависимости от сроков хирургического лечения больные были распределены на 2 группы. В первую группу включены 15 пациентов, которым была осуществлена активная хирургическая тактика после выхода из шока, на 3 — 4-е сутки после получения травмы.

Во вторую вошли 26 пациентов, которым проводилось хирургическое лечение в более поздние сроки.

Средний койко-день у больных 1-й группы составил 21, у больных 2-й группы — 30 дней.

По площади ожоговой травмы: в 1 группе 50 % площади тела и более — 15 человек (37 %), во 2-й группе 30 — 50 % площади тела — 26 человек (63 %). В 34 % (14) случаев для закрытия ожоговой поверхности использована донорская кожа, в 66 % (27) случаев выполнена аутодермопластика.

Активная хирургическая тактика заключалась в проведении ранней некрэктомии: тангенциальной — 72 % (29) случаев, фасциальной — 28 % (12) случаев.

В 14 % (6) случаев отмечались: септические осложнения, пневмония, ДВС-синдром.

Проведение активной хирургической тактики при лечении обширных глубоких ожогов с использованием алло-аутоотрансплантатов значительно снижает частоту летальности, гнойно-септических осложнений, время госпитализации, экономические затраты.

М.В. Садах, А.В. Калинин, Я.А. Дворянов

НЕКРОТИЧЕСКИЙ МЕЗОКОЛИТ И ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

*ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница» (Иркутск)
ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
ГУЗ «Областное патологоанатомическое бюро» (Иркутск)*

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2007 годы на лечении находилось 68 пациентов, течение инфицированного панкреонекроза у которых осложнилось развитием толстокишечных свищей (42,5 % от общего числа оперированных больных). Из них мужчин — 42 (61,8 %), женщин — 26 (38,2 %), средний возраст — $48,23 \pm 5,4$ (23–73) лет. Наиболее часто некротическим процессом поражались восходящий (30 больных — 44,1 %) и поперечный (22 больных — 32,3 %) отделы ободочной кишки, у 16 (23,5 %) больных свищи локализовались в нисходящем отделе. Множественные свищи установлены у 30 (44,1 %) пациентов. Первые признаки уклонения толстокишечного содержимого отмечены на 4–11-е сутки после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Интраоперационно наблюдали 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).

Выполняли: ушивание свища без протекционного стомирования — 14 случаев (20,6 %); резекция толстой кишки с илеостомой по Бруку — 17 случаев (25,0 %), резекция свищенесущего участка с колостомой — 15 случаев (22,1 %). У 16 больных (23,5 %) выполнено ушивание свища в сочетании с операцией Торнболла, в 6 случаях (8,9 %) операция Торнболла явилась окончательным вариантом операции.

Итак, 32 (47,1 %) пациентам была выполнена резекция пораженных участков толстой кишки с выведением кишечной стомы в том или ином варианте. Общая летальность у пациентов в группе с толстокишечными свищами составила 50,0 %. Она была связана не столько с образованием кишечных свищей, сколько с тяжестью течения основного заболевания. В группе с множественными свищами летальность составила 56,7 %. Индекс тяжести в основной группе составил $25,9 \pm 1,6$ балла (APACHE II) и $6,2 \pm 0,2$ балла (Ranson) (в группе клинического сравнения — $19,4 \pm 1,3$ и $4,1 \pm 0,4$ соответственно). Причем в группе больных с множественными толстокишечными свищами он составил $29,3 \pm 1,8$ балла и $7,2 \pm 0,2$ балла соответственно. В основной группе индекс тяжести достоверно ниже после проведенного оперативного вмешательства ($20,9 \pm 1,4$ балла по APACHE II, причем в группе с множественными свищами — $22,3 \pm 1,6$ балла), что позволило нам сделать вывод об адекватности хирургической детоксикации у данной категории больных. Общая летальность при выведении илеостомы была меньшей (43,6 %, причем в группе больных с обширной резекцией толстой кишки, сопровождавшейся операцией Брука, — 35,2 %), чем в других группах больных (при ушивании кишечных свищей — 64,3 %, при колостомировании — 53,3 %). В дальнейшем выполнялось восстановление кишечной непрерывности путем закрытия илео- либо колостомы одним из общепринятых способов.

Обнаруженные закономерности развития патологического процесса определяют хирургическую тактику. Профилактика и лечение несформированных кишечных свищей при инфицированном пан-