

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. Доржеев

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.