

груди, а между тем, по нашим данным, большинство закрытых травм груди имеют сочетанный характер. Выявление 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 1 034 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 1 окружности.

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