

Состояние больного несколько стабилизировалось. Дополнительно были назначены сандостатин (аналог соматостатина) по 100 мкг 3 раза в сутки. Дебит дуоденального сока в этот момент составлял 600 мл в сутки. Сандостатин применялся в течение 5 суток. У больного появился аппетит, уменьшилось выделение дуоденального сока по свищу до 50—100 мл в сутки. К лечению также были добавлены панкреатин перорально по 2 таблетки 3 раза в день, пентоксил по одной таблетке 3 раза в день, ретаболил 1,0 в/м один раз в неделю. Больной начал самостоятельно питаться без посторонней помощи. Был удален питательный катетер. Для ускорения реабилитации больного специалисты по ЛФК проводили с ним в постели специальные упражнения. Постепенно больной стал самостоятельно садиться, а затем и ходить. По дуоденальному свищу отделяемое прекратилось, и он полностью закрылся. 23.05.00 г. больной в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение. При осмотре через один месяц состояние больного по-прежнему удовлетворительное, жалоб нет.

УДК 616.34—007.43—031:611.955/957—07—089.8—053.2

Едиханов И. К. (Нижнекамск). Диагностика и лечение ущемленных грыж у детей младшего возраста

Среди 36 больных, находившихся в хирургическом отделении детской больницы г. Нижнекамска с 1989 по 1999 г., ущемленная паховая грыжа была выявлена у 35, ущемленная пупочная грыжа - у одной больной. В хирургическом лечении нуждались 20 больных: по поводу ущемленной паховой грыжи справа - 16 человек, слева - 3, ущемленной пупочной грыжи - одна больная. Содержимым грыжевого мешка у 8 больных были слепая кишка с червеобразным отростком, у 4 - петля тонкой кишки, у 3 - сальник, у одного - сигмовидная кишка, у 2 - острый деструктивный аппендицит в ущемленной грыже, у одной - дивертикул Меккеля в ущемленной грыже.

Острый аппендицит в ущемленной грыже встречается относительно редко. Диагностика его сложна. Диагноз устанавливается только во время операции. Именно об этом свидетельствуют и наши наблюдения.

С., 4 месяца, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке в через 10 часов с момента заболевания. Ребенок беспокоен, имеют место двукратная рвота, субфебрильная температура, задержка стула, отказ от еды, наличие пальпируемого образования в пахово-мошоночной области.

Состояние больного при поступлении средней тяжести. Патологические изменения со стороны сердца и легких не выявлены, живот слегка вздут, мягкий, болезненный. При пальпации в правой подвздошной и паховой областях имеется напряженное, невправимое в брюшную полость выпячивание размером 4S5 см, эластической консистенции, кожа мошонки гиперемирована.

После предоперационной подготовки выпол-

нена операция. Содержимым грыжевого мешка был ущемленный илеоцекальный отдел кишечника с червеобразным отростком длиной 5 см. Выпот в полости мошонки геморрагический. Серозный покров кишечника и червеобразного отростка багрового цвета. Отросток резко утолщен, напряжен, покрыт фибрином, верхушка флегмонозно изменена. После рассечения ущемляющего наружного отверстия пахового канала определена жизнеспособность ущемленной части кишки. Произведена аппендэктомия типичным способом, кишка погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит у шейки, перевязан, отсечен. Выполнена пластика брюшной стенки в области правого пахового канала по Мартынову. Послеоперационное течение гладкое. Выписан с выздоровлением.

К., 8 месяцев, был доставлен в хирургическое отделение через 8 часов с момента заболевания бригадой скорой медицинской помощи. Наблюдаются слабость, отказ от еды, сонливость, повышение температуры тела до 38°C и однократный жидкий стул. За 3 часа до поступления в хирургическое отделение родители заметили уплотнение в пахово-мошоночной области справа, гиперемию мошонки. С момента рождения грыжа периодически ущемлялась, родители вправляли ее самостоятельно.

Общее состояние больного при поступлении средней тяжести, температура тела - 37,8°C. Ребенок вялый, на обследование реагирует негативно. Живот слегка вздут, мягкий, на пальпацию реагирует напряжением. В пахово-мошоночной области справа определяется опухолевидное образование эластической консистенции, кожа мошонки гиперемирована.

После необходимой подготовки выполнена операция. Содержимым грыжевого мешка была слепая кишка с червеобразным отростком, выпот серозно-геморрагический. Серозный покров купола слепой кишки и червеобразного отростка багрового цвета. Червеобразный отросток утолщен, покрыт фибрином. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишки восстановился. Произведены типичная аппендэктомия и пластика пахового канала по Мартынову. Ребенок выписан на 10-е сутки после операции с выздоровлением.

Ю., 1 год 8 месяцев, поступил в хирургическое отделение через 3 часа с момента заболевания. Ребенок беспокоен, имеют место однократная рвота, наличие грыжевого выпячивания в правой пахово-мошоночной области. С рождения пахово-мошоночная грыжа была склонна к ущемлению, однако родители больного от предлагаемой операции отказывались.

Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, болезненный в правой паховой области, где определяется пальпируемое образование тугоэластической консистенции размером 7S5 см, болезненное. Кожа над ним не изменена. При осмотре под медикаментозным сном (дроперидол) грыжевое выпячивание исчезло. Однако пальпировалось тестоватой консистенции образование по ходу семенного канатика размером 3S2 см. Произведено грыжесечение паховым доступом. Грыжевой мешок

выделен из элементов семенного канатика и вскрыт. Содержимое - дивертикул Меккеля размером 3S1 см, верхушка которого подпаяна ко дну грыжевого мешка. После рассечения наружного пахового кольца в рану выведена петля тонкой кишки с дивертикулом. Цвет кишки и дивертикула не изменены. Выпота в брюшной полости нет. Произведена резекция дивертикула Меккеля под углом 45° к оси кишки. Выполнена пластика пахового канала по Мартынову. Ребенок выписан с выздоровлением на 10-й день после операции.

Л., 8 месяцев, поступила на 2-е сутки с момента заболевания. Больная беспокойна, имеется грыжевое выпячивание в области пупка, где определяются отек, гиперемия, инфильтрация размером 4 см в диаметре. Грыжа выявлена с рождения, ранее вправлялась свободно. Через один час после соответствующей подготовки выполнено грыжесечение окаймляющим разрезом ниже пупка. Выявлено краевое ущемление тонкой кишки размером 3S2,5 см, стенка кишки розового цвета; в просвете обнаружена косточка от сливы, на уровне верхушек косточки образовались пролежни с очаговым некрозом стенки кишки. После устранения ущемления наложены кисетные швы на участки некроза стенки кишки. Выполнена пластика пупочного кольца по методу Сапезко. Больную выписали с выздоровлением.

В заключение следует указать на необходимость индивидуального подхода к лечению больных детей с ущемленными грыжами. Абсолютным показанием к операции являются угроза или факт ущемления грыжи, особенно при наличии воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания. В тех случаях, когда грыжа вправилась до начала наркоза при сроках ущемления 10—12 часов, а также при затруднении дифференциальной диагностики ущемленной паховой грыжи и пахового лимфаденита, вопрос следует решать в пользу оперативного лечения.

При врожденных грыжах у детей младшей возрастной группы имеется высокая опасность ущемления с развитием деструктивного аппендицита, Меккелева дивертикулита и перфорации стенки кишки. Поэтому пальпаторные манипуляции при попытке вправить грыжу следует проводить с осторожностью и кратковременно, а при неудаче консервативного лечения немедленно переходить на оперативный метод.

С целью профилактики подобных осложнений больных с врожденными грыжами нужно поставить на диспансерный учет и провести им хирургическую коррекцию заболевания в оптимальные сроки.

УДК 616—08.003.14

Е.В. Лушников (Набережные Челны). К вопросу о стоимости лечения больных

Настоящее исследование было проведено на основании обобщенных данных о госпитализации и оплате медицинских услуг в БСМП г. Набережные Челны. На госпитализацию больные поступают в основном по направлению из поликлиники (89%). Число поступивших напрямую зави-

сит от мощности конкретной поликлиники и численности прикрепленного к ней населения. Самый большой процент поступлений идет из второй, третьей, четвертой, шестой и седьмой поликлиник. БСМП обслуживает в основном взрослое население (дети составляют лишь около 5%), поэтому из детских ЛПУ процент поступлений весьма незначителен — 2,67.

Из районов республики число госпитализированных также незначительно (3,46%), причем наибольший вклад вносят близлежащие районы (Мензелинский, Заинский, Нижнекамский, Актанышский, Менделеевский, Сармановский, Тукаевский). Еще меньше доля поступающих из регионов России и стран СНГ - около 1%. Таким образом, 98% больных поступают в БСМП из ЛПУ города и близлежащих районов республики.

При сравнении доли госпитализаций и размера оплаты медицинских услуг в поликлиниках значимой разницы не обнаруживается, так как контингент больных приблизительно одинаков. Соответственно при одинаковой стоимости койко-дня такова и стоимость лечения одного больного, определяемая в основном средними сроками пребывания на койке и характером заболевания.

При средней стоимости лечения больного в БСМП в 1332 рубля разница по данному показателю между поликлиниками города несущественна - от 1288 до 1388 руб. Однако стоимость лечения больных, направляемых из детских ЛПУ города, значительно ниже (на 37%), чем средний показатель по больнице. Это объясняется тем, что детей лечат в БСМП меньше, чем взрослых, так как после купирования острой патологии их переводят в детские стационары на долечивание под контролем педиатров.

Стоимость лечения больных, поступающих из районов республики, существенно выше - на 28%. Данная ситуация возникает вследствие того, что, во-первых, в районах уровень квалификации врачей и обеспеченность медицинским оборудованием значительно ниже, чем в БСМП, и как результат - больные поступают в запущенном, тяжелом состоянии, что удлиняет срок их лечения. Во-вторых, такие межрегиональные центры, как ожоговое отделение и отделение искусственной почки принимают значительное число больных из районов. Стоимость койко-дня в этих подразделениях намного выше средней по больнице, так как специфика данных отделений требует больших материальных затрат на медикаментозное обеспечение и дорогостоящее медицинское оборудование.

В группу "прочие" включены больные из регионов России и СНГ, а также бомжи и неизвестные лица. Стоимость лечения данной категории ниже средней на 20% вследствие того, что таких больных в основном недолечивают и выписывают после купирования острой патологии. Указанные выше лица (а это в основном командировочные, отпускники, приехавшие в гости) предпочитают проводить дальнейшую реабилитацию по своему месту жительства, в более привычной и знакомой обстановке.