можно определить размягчение инфильтрата, палец как бы проваливается в инфильтрат. Этот симптом является сигналом к переходу от консервативного лечения к оперативному (Колесов В.И., 1972). Диагноз следует подтвердить при помощи УЗИ брюшной полости. Диагностическую пункцию мы не рекомендуем производить вслепую. Ее следует производить лишь под контролем УЗИ. В стадии инфильтрата мы назначали консервативное лечение (антибиотики, УВЧ-терапия) и добились полного рассасывания его. В остальных случаях производили оперативное лечение по известной методике.

У женщин рекомендуется влагалищное вскрытие абсцесса. В наших наблюдениях вскрытие тазового гнойника производилось только через прямую кишку.

Осложнений, приведенных рядом авторов (повреждение кишечных петель, ранение мочевого пузыря), мы не отмечали.

При сочетании абсцессов правой подвздошной области и Дугласова пространства целесообразно гнойники вскрывать двумя доступами: через правую подвздошную область и через прямую кишку.

При сочетании гнойника малого таза и кишечного свища клиническая картина абсцесса Дугласова пространства сглажена. Боль пациентов практически не беспокоит. Основные симптомы — слабость и высокая температура. У одной больной с тонкокишечным свищем не было ни дисфункции кишечника, ни расстройства мочеиспускания. При многократном ректальном исследовании, которое производилось разными врачами, данные о наличии гнойника Дугласова пространства были разноречивые. При УЗИ малого таза выявлен гнойник. Произведено его вскрытие трансректальным доступом. Через 15 дней ликвидирован тонкокишечный свищ, наступило выздоровление.

На основании изложенного, считаем, что УЗИ брюшной полости в диагностике гнойников малого таза является достаточно информативным методом исследования. Его следует применять уже на ранних этапах послеоперационного периода, что позволяет наряду с клинической картиной присоединившегося осложнения, диагностировать абсцесс Дугласова пространства в ранние сроки заболевания.

В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, Н.А. Колпаков, П.М. Косенко

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100 000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40 — 70 % больных и летальность при этом превышает 25 — 30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных методов хирургического лечения при панкреонекрозе и его осложнениях.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 149 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2007 гг. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 105 (70,5 %) был жировой панкреонекроз, у 44 (29,5 %) — геморрагический. Умерло 34 человека, из них 32 — с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 22,8 %. Гнойные осложнения панкреонекроза возникли у 39 больных (26,2 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 8 пациентов (20,5 %), панкреатогенный абсцесс у 19 (48,7 %), гнойный оментит у 12 (30,8 %).

В диагностическом комплексе раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 45 больным, вошедшим в первую группу (30,2 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 больных (34,9 %), которым выполнена лапаротомия, закончившаяся «закрытым» дренированием трубчатыми дренажными конструкциями. Третью группу составили 52 больных (34,9 %) с «открытым» методом дренирования с формированием панкреатооментобурсостомы.

В первой группе у 5 пациентов (11,1 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием сальниковой сумки. У трех больных — лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во второй группе выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одна из причин высокой летальности в этой группе — поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.

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