

Мужчин было 34 (43,6 %), женщин — 44 (56,4 %). В возрасте до 30 лет было 3 (3,8 %) больных, 31 — 40 лет — 3 (3,8 %), 41 — 50 лет — 10 (12,8 %), 51 — 60 лет — 17 (21,8 %) больных, 61 — 70 лет — 18 (23,1 %), 71 — 80 лет — 18 (23,1 %) и старше 80 лет — 8 (10,3 %) больных.

Исследование кишечника у большинства больных проведено в первые двое суток от момента поступления их в клинику.

Причиной кровотечения явились: дивертикулы толстой кишки (15 больных), геморрагический проктит (9), колоректальный рак (6), острые язвы (6), эрозивно-язвенный колит (5), НЯК (5), полипы (4) и другие заболевания (3). У 25 больных при колоноскопии был выставлен синдромальный диагноз толстокишечного кровотечения.

При опухолях толстой кишки и НЯК диагноз верифицировался при патоморфологическом исследовании биоптата.

Источник кровотечения локализовался в прямой кишке у 8 больных, сигмовидной кишке — у 25, нисходящей кишке и селезеночном углу — у 13, восходящем отделе — у 7, в области баугиньевой заслонки и тонкой кишке — у 3 и у 8 больных были множественные очаги кровотечения в нескольких отделах толстой кишки. В 14 наблюдениях при колоноскопии не удалось определить точную локализацию источника кровотечения.

Продолжающееся кровотечение во время колоноскопии было у 29 больных. У 26 больных оно было малой интенсивности и у трех — средней интенсивности. У 49 больных на момент проведения эндоскопии имелись признаки кишечного кровотечения, но активного подтекания крови не отмечено и кровотечение было расценено как остановившееся.

Таким образом, 56,4 % больных с колоректальным кровотечением были пациенты пожилого и старческого возраста.

Наиболее частой причиной кровотечения являются дивертикулы толстой кишки и геморрагический проктит. Источник кровотечения чаще локализуется в сигмовидной кишке и нисходящей ободочной с селезеночным углом.

У больных с колоректальным кровотечением, колоноскопия позволяет подтвердить или отвергнуть факт кишечного кровотечения, у большинства больных определить причину и локализацию источника кровотечения.

А.И. Брегель, Н.А. Мутин, А.М. Хантаков

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

В представленном сообщении обобщен опыт экстренной лапароскопии у 71 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). В данную работу не были включены больные с острой мезентериальной непроходимостью.

Неотложная лапароскопия была выполнена у 93 больных с подозрением на ОКН при неясной клинической картине, сомнительных рентгенологических данных, трудностях в дифференциальной диагностике с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. Диагноз был подтвержден только у 14 (15,1 %) больных. Кроме того, у 57 больных во время лапароскопии, предпринятой в связи с подозрением на другие острые заболевания, была диагностирована ОКН различного генеза.

Мужчин было 35 (49,3 %), женщин — 36 (50,7 %). В возрасте до 40 лет было 7 (9,9 %) больных, 41 — 60 лет — 25 (35,2 %) больных и 36 (50,9 %) пациентов были пожилого и старческого возраста.

У 52 (73,2 %) больных эндоскопия была выполнена в первые сутки с момента поступления в клинику.

У 36 (50,7 %) больных причиной ОКН явился спаечный процесс брюшной полости, у 24 (33,8 %) пациентов при лапароскопии установлен опухолевый характер ОКН, у 6 (8,5 %) — заворот толстой (4) и тонкой (2) кишок, у 5 (7,0 %) больных кишечная непроходимость имела динамический характер.

У всех больных имелись резко раздутые петли тонкой и толстой кишок, выпот в брюшной полости. У 10 (14,1 %) больных отмечен некроз стенки толстой (8) и тонкой (2) кишок. У 4 из них произошла перфорация некротизированной стенки толстой кишки. У 20 (28,2 %) больных при лапароскопии констатировано развитие серозного (14), серозно-геморрагического (4), гнойного (1) и пельвиоперитонита (1).

Лапароскопия позволяет не только диагностировать ОКН, но и выявить сопутствующие заболевания брюшной полости. Так, у 28 (39,4 %) были обнаружены хронический гепатит и цирроз печени (10), асцит (5), признаки портальной гипертензии (4) и другие заболевания (9).

Осложнений, связанных с проведением неотложной лапароскопии в анализируемой группе больных не было.

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 на костного 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.