

Проведенный анализ причин развития осложнений при использовании в лечении методик чрескостного остеосинтеза показал, что тактические ошибки в сочетании с нарушением техники остеосинтеза и просчеты в реабилитации на амбулаторном этапе приводят к развитию гнойных осложнений. А неэффективное лечение при начальных проявлениях воспалительных осложнений в местах выхода чрескостных элементов и пренебрежение адекватной хирургической санации некротически-гнойного очага в кости приводит к развитию хронического спицевого остеомиелита.

Н.В. Тлеубаева, И.В. Власова, С.В. Власов, А.А. Пронских

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (г. Ленинск-Кузнецкий)

Артроз тазобедренных суставов II – III степени сопровождается изменением стереотипа движений, ограничением подвижности, что приводит к нарушениям гемодинамики в нижних конечностях. Эндопротезирование (ЭТБС) в 64 – 77 % случаев может осложняться тромбозом вен, поэтому оценка степени риска тромботических осложнений является актуальной проблемой.

Целью работы явилось изучение гемодинамики в венах нижних конечностей у пациентов с односторонним коксартрозом III стадии. Обследовано 40 пациентов ($53,1 \pm 13,8$ лет) методом дуплексного сканирования на аппарате «Acuson 128 XP/10c». Оценивали проходимость вен, диаметр, состояние клапанного аппарата. Проводили ортостатическую пробу с измерением диаметра общей бедренной вены (ОБВ) в состоянии пациента лежа и в состоянии ортостаза. Сравнение производили внутри группы между показателями здоровой и пораженной конечности, а также с данными контрольной группы (КГ), состоявшей из 10 здоровых добровольцев ($52,4 \pm 8,8$ лет). В КГ диаметр ОБВ в положении пациента лежа был равен $9,91 \pm 1,45$ см, асимметрии не отмечалось. В ортостазе диаметр ОБВ был равен $14,92 \pm 1,39$ см, прирост значений – $50,55 \pm 22,28$ %. Различий между показателями в правой и левой конечностях не было. В основной группе нарушения проходимости вен, клапанной несостоятельности не отмечалось. Диаметр ОБВ пораженной конечности в положении больного лежа составил $8,32 \pm 1,75$ см, что статистически значимо не отличалось от значений здоровой конечности ($8,24 \pm 1,91$ см). Однако у всех пациентов была асимметрия диаметров ОБВ: у 14 человек – от 15 до 50 %, у 26 человек – менее 15 %. Это могло свидетельствовать о разном базовом тоне венозной стенки. Диаметр ОБВ и пораженной, и здоровой конечности был достоверно меньше диаметра ОБВ в КГ, что указывало на более высокий тонус вен в основной группе. В положении свободного ортостаза диаметр ОБВ пораженной конечности ($11,32 \pm 2,23$ см) и степень прироста диаметра ($38,1 \pm 22,13$ %) были достоверно меньше аналогичных показателей КГ. Значимого различия диаметра ОБВ и степени его прироста в ортостазе ($54,61 \pm 29$ %) между здоровой конечностью и показателями КГ выявлено не было. Снижение растяжимости стенки вен способствует повышению внутрисосудистого давления и может быть одним из факторов, предрасполагающих к развитию тромбоза в венах нижних конечностей. Таким образом, нарушение статико-динамической функции у пациентов с коксартрозом приводит к повышению тонуса магистральных вен нижних конечностей, что проявляется снижением ортостатической дилатации вены на стороне измененного сустава.

И.Г. Толстокоров, В.А. Бомбизо, В.Н. Абраменко, В.М. Каркавин, Т.А. Удовиченко

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

МУЗ «Городская больница № 1» (г. Барнаул)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение тактики ведения пациентов при хирургическом лечении осложненной формы рака толстой кишки

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются сведения, касающиеся 481 пациента, поступившего в клинику с 1998 по 2006 гг. Мужчин было 182 (37,7 %), женщин 299 (63,3 %). Возраст пациентов колебался от 19 до 91 года, причем

342 (71,2 %) из них были старше 60 лет. Почти у половины пациентов опухоль локализовалась в сигмовидной кишке — 258 (53,6 %), у 32 (6,7 %) в слепой, у 12 (2,4 %) в восходящей, у 26 (5,4 %) в области печеночного изгиба ободочной кишки, у 40 (8,3 %) — в поперечно-ободочной, у 28 (5,8 %) в селезеночном углу, у 18 (3,7 %) — в нисходящей ободочной кишке, у 27 (5,6 %) в ректосигмоидном отделе толстой кишки, у 37 (7,5 %) — в прямой и у 4 (0,8 %) был выявлен первично-множественный рак толстой кишки.

Сроки поступления больных в стационар колебались в пределах от 1 суток до 1 месяца от появления признаков полной или частичной обтурационной кишечной непроходимости. Это связано, как с поздней самодиагностикой, так и с ошибками врачебной диагностики на догоспитальном этапе, связанные со скудной симптоматикой и полиморфизмом в клиническом течении заболевания. У 20 (4,1 %) больных установлена II стадия рака, у 273 (56,8 %) больных III стадия и у 188 (39,1 %) пациентов — IV стадия заболевания.

Предоперационная подготовка включала инфузионную терапию, при необходимости — ИВЛ, лечение ДВС-синдрома, коррекцию вводно-электролитных нарушений, антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия в максимальных дозировках. Основной задачей предоперационной инфузионной терапии считали ликвидацию дефицита ОЦК, так как у больных с непроходимостью именно гиповолемия является главной причиной гемодинамических расстройств во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Большинство больных 365 (75,9 %) оперированы в первые 10 часов от поступления в клинику. Мы являемся сторонниками радикальных оперативных вмешательств с соблюдением всех правил абластики и антибластии. При наличии отдаленных метастазов, по возможности, выполняем паллиативные операции. При локализации опухоли в левой половине толстой кишки любую операцию заканчиваем формированием двух- или одностольной колостомы. Исключение составляют только пациенты с опухолью прямой кишки, осложненной обтурационной толстокишечной непроходимостью. Таким пациентам мы формируем разгрузочную сигмостому и при выписке направляем в онкодиспансер для проведения химиолучевой терапии с возможностью впоследствии провести радикальную операцию.

Радикальные операции проведены 277 (57,5 %) пациентам. Операция Гартмана выполнена 126 пациентам, левосторонняя гемиколэктомия — 82, правосторонняя гемиколэктомия — 34, резекция толстой кишки — 13, комбинированные операции — 11 больным. Паллиативные и симптоматические операции выполнены 204 пациентам. После выписки все пациенты направляются в онкологический диспансер для продолжения специфического лечения.

Общая летальность в анализируемой группе больных составила 14,5 % (70 пациентов). Основные причины летальных исходов: прогрессирование опухолевой интоксикации, сепсис с развитием полиорганной недостаточности, тромбоз легочной артерии, острый инфаркт миокарда.

Таким образом, большинству пациентов с раком толстой кишки, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью, возможно выполнение радикальных и паллиативных операций.

Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина, И.А. Рябков

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)**

Настоящее сообщение посвящено анализу клинического течения и патологических реакций развившихся у 68 больных с разлитым гнойным перитонитом.

Прогресс в интенсивном лечении тяжелых хирургических больных способствовал не только улучшению их исходов, но и появлению новых неспецифических состояний, характеризующихся как системная и органная недостаточность.

Диагноз полиорганной недостаточности ставили на основании достаточно широкого и информативного комплекса клинических и лабораторных показателей. Так, дыхательная недостаточность имела место у 48 больных, сердечно-сосудистая — у 49, печеночно-почечная — у 46, расстройство сознания отмечалось у 42 пациентов, расстройства коагуляции, гемореологические нарушения — у всех больных.

В клиническом течении можно выделить два варианта развития синдрома полиорганной недостаточности. Один быстрый, симптомы поражения нескольких органов проявляются в течение 12 — 48 часов (23 пациента) и поэтапный, или каскадный, при котором вслед за появлением признаков нарушения функции одного органа постепенно присоединяются симптомы недостаточности других (38 больных, в 7 случаях разобраться не удалось).

Отмеченные клинические различия полиорганной недостаточности при разлитом гнойном перитоните имели определенную патогенетическую основу, инфекция и токсемия были теми этиологически-