

М.В. Садах, Я.А. Дворянов, В.И. Капорский, С.А. Гельфанд

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ НЕКРОТИЧЕСКОГО МЕЗОКОЛИТА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск)

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2006 гг. на лечении находилось 60 пациентов, течение инфицированного панкреонекроза у которых осложнилось развитием толстокишечных свищей (41,1 %). Из них у 42 (70,0 %) диагностирован распространенный перитонит: мужчин — 25 (59,5 %), женщин — 17 (40,5 %); средний возраст — 55,7 (33–73) лет. Наиболее часто некротическим процессом повреждались восходящий и поперечный сегменты ободочной кишки — 35 чел. (83,3 %). Множественные (от 2 до 5) свищи наблюдались у 28 (66,6 %) пациентов. Интраоперационно наблюдалось гнойно-некротическое повреждение mesocolon и параколярной клетчатки с переходом процесса на стенку толстой кишки.

Морфологические исследования выполнены на базе Областного патологоанатомического бюро. Гистологически при исследовании макропрепаратов резецированных сегментов толстой кишки установлены различные сочетания нарушений кровообращения (тромбоз микрососудистого венозного русла mesocolon) и воспалительной реакции. В части препаратов отмечено наличие фибриновых тромбов и в просвете сосудов артериального сегмента. В области краевых отделов свищей в слизистой оболочке толстой кишки обнаружены язвенные дефекты с нарушением целостности и мышечных структур. Также отмечено полнокровие в сосудах кишечной стенки. В области дна язвенных дефектов определяются фибрин, лейкоциты, детрит. Под ними выявляется разной степени развития грануляционная ткань с новообразованными сосудами. В слизистой оболочке краев язвенных дефектов выявляются как признаки атрофии, снижение высоты ворсин кишечной стенки, а так же диспластические процессы, выражающиеся в расширении пространств между криптами в строме стенки толстой кишки. Строма слизистой и подслизистой оболочек имеет разную степень инфильтрации лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками, т.е. отражает картину хронического воспаления. Причем, нами не выявлено зависимости морфологических изменений от объема поражения забрюшинной клетчатки.

Итак, морфологическая картина некротического мезоколиты не выглядела однородной, а представляла собой мозаику из нарушений регионального периферического кровообращения, отека тканей, острого экссудативного, и хронизирующего продуктивного воспаления, что и определяло формирование деструкции стенки кишки и образование кишечных свищей.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов, Л.Г. Пикулина, В.М. Жигжитова, Л.А. Капитоненко

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

МУЗ «Областная клиническая больница» (г. Чита)

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)

Актуальность изучения способов реабилитации колостомированных больных в настоящее время не вызывает сомнений. Хирургическая реабилитации (операция, направленная на закрытие кишечной стомы) является наиболее благоприятной для пациента в социальном плане. Однако данные операции относятся к операциям высшей степени сложности и до сих пор сопровождаются значительным числом послеоперационных осложнений и летальности.

Учитывая, что раны после этих операций относятся к 3 классу, то есть являются первично контаминированными, нами изучена микрофлора, находящаяся на коже вокруг выведенной кишечной стомы непосредственно перед ее закрытием.

Выполнены исследования у 30 пациентов с кишечными стомами, находившимися на лечении в колопроктологическом отделении ОКБ в 2006 году, которым выполнены восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции. Результаты представлены на рисунке 1.

Как следует из диаграммы, флора в основном представлена микроорганизмами и биоценоза толстой кишки.

Анализ данной флоры на чувствительность к антибиотикам выявил следующую зависимость (рис. 2).