

перитонитом (РГП), находившихся на лечении в клинике хирургии ГУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей, на базе Дорожной клинической больницы, с 2000 по 2004 гг. Все больные были распределены на две относительно репрезентативные группы. Первая группа — 61 больной с РГП, без проявлений абдоминального сепсиса (АС) и вторая группа — 42 больных с РГП, с изначально зарегистрированным абдоминальным сепсисом (АС). Средний возраст больных составил $44,1 \pm 3,5$ года. В обеих группах была реализована единая хирургическая технология, заключающаяся в первичном радикальном удалении источника интраабдоминальной инфекции и последующей хирургической дезинтоксикацией, посредством способа «этапных санаций». Все больные получали селективную трансортальную антибиотикотерапию, различные способы медикаментозной дезинтоксикации. У каждого больного рассчитывали индекс перитонита Манхаймера (ИПМ) и его динамику в течение первых 48 часов, оценивали эффективность выполненной назоинтестинальной интубации (НИИ). Моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, на протяжении всего периода лечения, изучали методом периферической полигастроэнтерографии (ППГЭГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статистическая обработка материала свидетельствует о том, что невзирая на стандартизированный комплексный подход в лечении больных обеих групп, у больных с РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом во временном критерии 24 — 48 часов, ИПМ достоверно удваивался, по сравнению с исходным показателем. Клинически этот факт соответствовал тяжелому течению РГП. У всех больных отмечено нарушение какой-либо системы жизнеобеспечения,

и прежде всего, в проявлениях печеночной, почечной и энтеральной недостаточности, а в ряде случаев и их комбинации. Кроме того, установлено, что энтеральная недостаточность различной степени тяжести зарегистрирована у всех оперированных больных уже в течение первых 24 часов от момента первичной операции. Необходимо отметить, что у 14 (13,6 %) больных НИИ вообще не была выполнена при первичном хирургическом вмешательстве, в силу исходного крайне тяжелого состояния больных, а еще у 8 (7,8 %) выполненная НИИ была неэффективна, из-за различных как интраоперационных, так и послеоперационных технических погрешностей. Интраоперационные технические погрешности при выполнении НИИ у трех (7,1 %) больных потребовали дополнительной срочной релапаротомии, по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Установлена прямая зависимость между количеством кишечного отделяемого через НИИ и степенью тяжести РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на единую хирургическую тактику, способы ее осуществления, комплексное и разнонаправленное лекарственное адекватное лечение, течение РГП, осложненного абдоминальным сепсисом, протекает с достоверно большим количеством осложнений. Летальность этой категории больных составила 35,7 %. Доказано, что моторно-эвакуаторные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — самый первый и грозный признак, развивающейся полиорганной недостаточности. Установлено, что применение ППГЭГ позволяет в более ранние сроки оценить изменения метаболических (энергетических) функций ЖКТ, с последующей реализацией конкретной лекарственной поддержки.

П.Г. Курдюкова, Б.В. Заиграев, М.П. Кисельников, Р.С. Ширеторова, Н.В. Попова

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканский центр колопроктологии (Улан-Удэ)

Острый парапроктит составляет от 20 до 40 % всех заболеваний прямой и ободочной кишки (Коплатадзе А.М. с соавт., 1992; Жуков Б.Н. с соавт., 2001; Гайнутдинов Ф.М. с соавт., 2005). Диагностика и лечение острого парапроктита остаются сложной проблемой в проктологии.

В республиканском центре колопроктологии за период с 2000 по 2004 г. получали стационарное лечение 682 (14 %) пациента с острым парапроктитом. Проведено 9295 койко-дней, средний койко-день составил 13,6. Распределение больных по формам парапроктита представлено в таблице 1.

Тяжелые формы острого парапроктита — седалищно-прямокишечные и тазово-прямокишечные,

представляют сложную проблему не только для проктологов, но и для гинекологов, онкологов и урологов. При высоком парапроктите гнойный процесс расположен выше леваторов и при пальцевом исследовании не всегда достижим. Местные симптомы со стороны промежности появляются позднее. Вначале на первом плане наблюдаются общие симптомы (высокая температура, озноб, боли в суставах, нелокализованные боли внизу живота, дизурические явления, боли при акте дефекации, при половом акте, расстройства стула, боли в поясничной области). В связи с этим больные начинали лечиться у терапевта, уролога или гинеколога. Мы наблюдали 11 пациенток, которые длительно лечились у гинеколо-

Таблица 1

Распределение больных по формам парапроктита

Виды парапроктитов	Количество больных	%	Койко-день
Подкожно-подслизистый	376	55,1	3168
Ишиоректальный	224	32,8	3670
Пельвиоректальный	43	6,4	178
Подковообразный	20	2,9	336
Анаэробный	7	1,0	67
Ректовагинальной перегородки	4	0,6	78
Болезнь Фурнье	8	1,2	150
Всего	682	100	9295

га по поводу воспаления придатков матки. Отмечалось временное улучшение. Консультация проктолога: внешних изменений в параректальной области не выявлено, но при ректальном обследовании определялась сглаженность стенки прямой кишки, выбухание и инфильтрат, с трудом достижимый пальцем. Для уточнения диагноза под в/в наркозом мы делали пункцию образования под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гноя производили вскрытие и дренирование.

Из 110 мужчин с пельвиоректальным и ишиоректальным парапроктитом 30 обратились первоначально к урологу, им проводилось лечение острого простатита. При проведении противовоспалительного лечения наступило временное улучшение общего состояния, уменьшались боли, снизилась температура тела. Но в дальнейшем при распространении гноя по межмышечным пространствам, появлялись местные симптомы — боли в области прямой кишки, болезненный стул, слизь в кале, при прорыве гноя в просвет кишки — обильное гнойное отделяемое из кишки. При пальцевом обследовании, которое мы проводили под внутривенным наркозом из-за болевого синдрома, определялось выбухание стенки прямой кишки, слизистая над ним без складок, гладкая, горячая на ощупь, верхний полюс об-

разования обычно не достижим. Аноскопия и ректороманоскопия в таких случаях нами не проводится из-за опасности прорыва гноя и выраженного болевого синдрома. При всей этой картине высокого парапроктита местных воспалительных изменений в области промежности у всех 30 больных не было отмечено, что и затруднило диагностику. Для уточнения диагноза под внутривенным наркозом делали чрескожную пункцию гноя под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гнойного отделяемого, проводили вскрытие широким полукружным разрезом, расширяли все карманы и затеки. Таким образом, высокие парапроктиты у женщин не редко диагностируются как tuboovarialные воспалительные образования, при этом для дифференциальной диагностики необходима консультация проктолога.

Высокие пельвиоректальные и ишиоректальные парапроктиты у мужчин могут в начале заболевания протекать под маской острого простатита. В таких случаях обязательно должна быть настороженность урологов в плане выявления острого парапроктита высокого уровня, консультация проктолога, осмотр прямой кишки и чрескожная пункция инфильтрата под наркозом в условиях стационара.

А.Д. Ли, Р.С. Баширов, А.В. Штейнле

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Военно-медицинский институт (Томск)

Среди разнообразных переломов пяточной кости по клинической значимости центральное место занимают компрессионные переломы. Традиционные методы лечения не всегда обеспечивают выздоровление пациента и часто ведут к инвалидности. Поэтому целью нашего исследования явилась разработка и внедрение в клиническую практику лечения переломов пяточной кости ме-

тодом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 36 пациентов с переломами пяточной кости. Механизм травмы пяточной кости — падение с высоты с приземлением на область пяточной кости. Поэтому нередки и