

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 75 больных обоего пола в возрасте от 15 до 76 лет, которым в 2002 – 2006 г.г. были выполнены операции по ликвидации имевшегося АР. Пациенты были разделены на две группы: группу 1 составили 65 больных, оперированных в плановом порядке не менее, чем через 6 мес. После наложения АР, группу 2 – 10 больных, у которых АР был наложен и ликвидирован при этапном лечении острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. В группе 1 локализация АР была следующей: сигмостома (СС) – 23 больных (двуствольная – у 4), илеостома (ИС) – 15 больных (двуствольная – у 1), десцендостома (ДС) – 14 больных (двуствольная – у 1), трансверзостома (ТС) – у 11 (двуствольная – у 2), асцендостома (АС) – 2. Операции при СС: сигморектоананастомоз (СРА) – 12 больным, сигмосигмоанастомоз ССА (ССА) – 7, ушивание по Мельникову – 3, резекция кишки и ССА – 1; при ИС: илеотрансверзоанастомоз (ИТА) – 13, илеоцекоанастомоз – 1, резекция кишки, илеоилеоанастомоз (ИИА) – 1; при ДС: десцендоректоанастомоз – 8, десцендосигмоанастомоз (ДСА) – 4, десцендодесцендоанастомоз – 1, ушивание по Мельникову – 1; при ТС: трансверзоректоанастомоз – 4, трансверзосигмоанастомоз – 3, трансверзодесцендо- и трансверзотрансверзоанастомоз (ТТА) – по 1, резекция кишки и ТТА – 1, ушивание по Мельникову – 1; при АС - асцендосигмоанастомоз и асцендоректоанастомоз – по 1.

АР в группе 2: ТС – 5 (наложены в ходе этапного лечения рака левой половины толстой кишки и obturационной толстокишечной непроходимости. Одноствольная – 1, двуствольная – 4), ИС – 5 (наложены в ходе этапного лечения острой obturационной толстокишечной непроходимости, осложненной диастатической перфорацией слепой кишки; тромбоза подвздошно-ободочной артерии с некрозом терминальной части подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки; абдоминальной травмы). Ликвидацию АР в группе 2 выполняли при стабилизации состояния больного: стиханию перитонита и отсутствию прогрессирования некроза кишечника; клинически и рентгенологически (ирригография) неосложненном течении выполненной под защитой ТС резекции левой половины ободочной кишки (этапное лечение острой obturационной толстокишечной непроходимости). Операции при ТС: ушивание по Мельникову – 3, резекция кишки и ТТА – 1, ТРА – 1; при ИС: ИТА – 4, ИИА – 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Летальных исходов не было. Осложнения отмечены у 16 больных (21,1 %). В группе 1 они встретились у 14 пациентов (21,5 %): нагноение операционной и колостомической ран – 6, несостоятельность анастомозов – 3 (СРА – 2, ИИА – 1), спаечная кишечная непроходимость – 3 (ДСА – 2, СРА – 1), стеноз анастомоза и абсцесс малого таза (СРА) – 1, жидкостное скопление в брюшной полости – 1. Релапаротомии потребовались 7 больным: адгезиолиз выполнен 3, неоколостомия – 2, неоилеостомия – 1, вскрытие тазового абсцесса и наложение двуствольной ТС – 1. Скопление жидкости в брюшной полости ликвидировано пункциями под контролем УЗИ.

В группе 2 было два осложнения (20 %) в виде нагноения операционных ран. Раны были разведены. Больные были выписаны из стационара с ликвидированным АР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешная хирургическая реабилитация больных с АР может быть достигнута у большинства (94,7 %) больных. Тем не менее, послеоперационные осложнения достаточно часты (21,1 %) и у 9,3 %, оперированных по поводу АР больных, для ликвидации осложнений требуется релапаротомия. Частота несостоятельности анастомозов, требующая неоколо- (или илео-) стомии, достигает 5,3 %. В то же время у 13,3 % больных с АР возможна их ранняя хирургическая реабилитация в процессе этапного лечения заболеваний и повреждений кишечника без выписки из стационара.

Р.Р. Фархутдинов, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин, О.В. Буторина

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ
С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ**

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)

Известно, что воспалительные процессы в тканях сопровождаются изменением содержания активных частиц – свободных радикалов на фоне снижения антиокислительной активности. Фагоцитирующие клетки вырабатывают активные формы кислорода, которые обладают бактерицидным действием. Недостаток их продукции сопровождается генерализацией микробной инвазии, а, будучи в избытке, активные формы кислорода могут поддерживать асептический воспалительный процесс. Поиск новых средств, позволяющих поддерживать скорость свободнорадикального окисления на оптимальном уровне

и контроль за состоянием данного процесса, может играть исключительную роль в лечении и профилактике осложнений гнойных ран.

Целью данной работы явилось исследование генерации активных форм кислорода (АФК) в цельной крови у больных с гнойными ранами методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ), изучение характера влияния на эти процессы повязки «Полидерм». Под наблюдением находились 122 больных с гнойными ранами мягких тканей. Регистрацию спонтанной и индуцированной продигозаном люминолзависимой хемилюминесценции (СПХЛ, ИНХЛ) цельной крови, отражающих интенсивность генерации АФК и микробицидный потенциал клеток, осуществляли аппаратом «Хемилюминомер-003» с компьютерным обеспечением. В комплексе лечебных мероприятий у 61 больного с гнойными ранами применили перевязочный материал «Полидерм». Остальные 61 больной получали традиционное лечение.

До лечения в первой и во второй группах у больных светосумма (СС) СПХЛ превышала нормативы в среднем в 1,4 раза, а СС ИНХЛ в 2,6 раза. Полученные результаты указывали на повышенную генерацию АФК клетками крови и высокую степень активности воспалительного процесса в этих группах больных.

В результате проведенной комплексной терапии показатели ЛЗХЛ при использовании повязки «Полидерм» у больных отмечалось снижение интенсивности СПХЛ цельной крови в 2,3 раза, а СС ИНХЛ в 2,4 раза. Напротив, при общепринятой терапии в этой группе больных отмечался даже некоторый прирост показателей ХЛ крови. Таким образом, использование повязки «Полидерм» у больных коррировало активность клеток и позволило достичь более скорейшего выздоровления.

Д.С. Фисун, А.Б. Сотниченко, С.П. Тихомиров

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)

Ранения и повреждения толстой кишки (ПТК) при абдоминальной травме составляют 10–39,9 % и относятся к наиболее сложному разделу хирургии повреждений. Единого и однозначного мнения о хирургической тактике при ПТК нет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов хирургического лечения ПТК и выработка наиболее рациональной тактики в хирургии повреждений этого органа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике факультетской хирургии на базе МУЗ ГКБ № 2 г. Владивостока за 10 лет находилось на лечении 56 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет с ПТК. Наиболее многочисленную группу (88 %) составили мужчины, из которых 64 % были в возрасте от 21 до 40 лет.

Закрытые повреждения толстой кишки (ТК) отмечены у 13 (23 %) травмированных, открытые повреждения – у 43 (76 %). Из 56 раненых огнестрельные ранения ТК отмечены у 4 (7 %), колото-резанные повреждения констатированы у 36 (64 %) больных. В 50 % случаев ПТК сочетались с ранениями других органов брюшной полости. Наиболее часто была повреждена тонкая кишка (16 пациентов) и печень (5 пациентов). Чаще всего ранения локализовались в поперечно-ободочной и левой половине ТК (39 случаев), прямая кишка была повреждена у 7 пациентов, 19 больных были доставлены в клинику в состоянии геморрагического шока III–IV степени.

Все больные оперированы. Показания к экстренной лапаротомии формировались с учетом дооперационных методов исследования (УЗИ, лапароцентез, лапароскопия). Объем операционного пособия на ТК зависел от характера и локализации, срока с момента травмы, возраста пострадавшего, загрязненности ТК каловыми массами.

Чаще всего хирургическое вмешательство сводилось к ушиванию раневого дефекта, санации и дренированию брюшной полости (у 34 больных (60,7 %)). Резекция участка ТК с наложением анастомоза выполнена в одном случае, экстроперитонизация ушитой раны – у 5 пациентов, выведение дефекта ТК в колостому – у 9, наложение привентивной колостомы – у 7.

Гнойно-септические осложнения со стороны послеоперационной раны отмечены у 9 (16 %) человек. Умерло 6 (10,7 %) больных. Основной причиной летальных исходов явился геморрагический шок и полиорганная недостаточность.

Таким образом, рациональная хирургическая тактика при ранениях ТК позволяет получить вполне удовлетворительные результаты лечения.