

конструктивно-пластические и органосохраняющие операции, гравитационная хирургия крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).

За 2004 г. в хирургических стационарах было выполнено 8901 оперативное вмешательство, из них по экстренным показаниям сделано 2574 операций. Послеоперационные осложнения имели место у 37 (0,5 %) больных. После плановых операций осложнения отмечены у 17 (0,33 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 1,56 % (умерло 117), в том числе после плановых операций — 0,29 %, после экстренных — 4,5 %.

Ведущее место в практической деятельности хирургов занимает хирургическая помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (642), которые составляют 45,1 % всех госпитализированных в общехирургическое отделение, 404 (28,4 %) из них произведены оперативные вмешательства на органах живота, а 317 (34,2 %) были прооперированы по поводу черепно-мозговой травмы.

Зависимость исходов лечения больных с острой хирургической патологией и черепно-мозговой травмой от сроков госпитализации с момента заболевания (травмы) общеизвестна. Вместе с тем, за последние 5 лет сроки доставки экстренных больных изменились мало и даже несколько увеличились.

Позднее обращение за медицинской помощью, особенно с острыми болями в животе, отражает недостаточный уровень медицинской пропаганды среди населения.

С целью улучшения результатов лечения в РКБ систематически проводится обучение, разбираются диагностические и тактические ошибки. Продолжается работа по повышению квалификации хирургов на центральных базах.

Важную работу по оказанию неотложной хирургической помощи осуществляет служба санитарной авиации (начальник службы А.Д. Шапоренко). В последнее время установилось правило — тяжелобольных эвакуировать в РКБ.

С целью повышения качества лечения хирургических больных, уменьшения количества осложнений и летальности кафедра госпитальной хирургии БГУ проводит единую тактику в вопросах организации хирургической службы РКБ, диагностики и лечения больных с плановой и острой хирургической патологией и травмой.

Министерство здравоохранения Республики Бурятия, Республиканская клиническая больница совместно с кафедрой хирургии БГУ выпустили в достаточном количестве учебно-методические пособия, информационные письма по лечению больных, стандарты лечения и уделяют внимание организации и совершенствованию специализированной хирургической помощи в Республике Бурятия.

Республиканская клиническая больница — это не только больница, это клиника, лечебный, научный, учебный, консультативный центр со специализированными отделениями. Актуальным остается вопрос улучшения помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями. Проблемой являются вопросы кардиохирургии, трансплантации, эндохирургии.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов

ПЕРВИЧНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Областная клиническая больница (Чита)

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, значительное число больных с заболеваниями и травмами ободочной кишки поступает в клинику с наличием осложнений. Несомненно, формирование кишечной стомы позволяет спасти жизнь больного, однако отдалает этап удаления основного заболевания. В то же время в литературе последних лет появились работы, показывающие возможность выполнения первичных резекций ободочной кишки даже при наличии осложнений.

Отделение колопроктологии Читинской областной клинической больницы имеет опыт выполнения 330 таких операций за период 1994 — 2002 гг. Среди наблюдавшихся больных было 49 % мужчин и 51 % женщин в возрасте от 32 до 85 лет.

На первом месте по численности — больные, оперированные по поводу осложненного рака ободочной кишки (199 больных — $60,3 \pm 2,69$ %). Наиболее частым осложнением рака являлась толстокишечная непроходимость (164 пациента — $49,7 \pm 2,75$ %), перфорация кишки случилась у 35-ти больных ($10,6 \pm 1,69$ %). На втором месте — дивертикулярная болезнь ободочной кишки (46 больных — $13,9 \pm 1,9$ %). Из осложнений преобладал паракишечный инфильтрат, сопровождавшийся кишечной непроходимостью (24 больных — $7,2 \pm 1,43$ %), перфорация дивертикула стала причиной операции у 22 человек ($6,6 \pm 1,37$ %). Заворот сигмовидной кишки был встречен у 34 больных ($10,3 \pm 1,67$ %) и всегда сопровождался острой странгуляционной толстокишечной непроходимостью. Осложненные вос-

палительные заболевания ободочной кишки — неспецифический язвенный колит (18 больных — $5,5 \pm 1,25$ %) и болезнь Крона (12 человек — $3,6 \pm 1,03$ %) являются наиболее тяжелой патологией, встреченной нами. Преобладали больные с язвенным колитом, осложненным перфорацией (14 человек — $4,2 \pm 1,1$ %), при этом у всех пациентов перитонит носил характер разлитого или диффузного. Токсическая дилатация ободочной кишки, потребовавшая оперативного лечения, наблюдалась только у 4 больных ($1,2 \pm 0,6$ %). Болезнь Крона потребовала операции у 12 пациентов ($3,6 \pm 1,03$ %), при этом во всех случаях она осложнялась стенозом и кишечной непроходимостью. Число больных с травмами невелико (15 пациентов — $4,5 \pm 1,14$ %). Связано это с тем, что большинство операций по поводу травм с повреждением ободочной кишки, завершались выведением поврежденного участка в виде колостомы без резекции кишки. Только у 3 ($0,9 \pm 0,52$ %) человек с колото-резанными ранениями множественный характер повреждения вынудил хирурга выполнить резекцию. Огнестрельные ранения у 7 ($2,1 \pm 0,79$ %) больных потребовали выполнения резекции. Закрытые травмы с размозжением участка кишки не оставляли выбора и у 5 ($1,5 \pm 0,67$ %) пациентов. У 60 % пациентов травма ОК была сочетанной, у 26,6 % — комбинированной и только у 16,6 % больных она носила характер изолированного повреждения кишки.

Всем пациентам выполнены первичные резекции ободочной кишки с формированием кишечных стом. У 220 больных ($66,6 \pm 2,59$ %) сформированы отдельные двухствольные колостомы, у 110 ($33,3 \pm 2,59$ %) — одноствольные. Были выполнены следующие операции: правосторонняя гемиколэктомия — 40 ($12,7 \pm 1,75$ %), левосторонняя гемиколэктомия — 78 ($24,1 \pm 2,17$ %), резекция сигмовид-

ной кишки — 178 ($53,8 \pm 2,5$ %), резекция поперечно-ободочной — 11 ($3,6 \pm 0,89$ %), тотальные и субтотальные колэктомии — 18 ($5,4 \pm 0,94$ %), атипичные резекции — 4 ($1,2 \pm 0,42$ %).

Летальность после данных операций составила $4,8 \pm 1,18$ %. Число послеоперационных осложнений — $26,3 \pm 2,4$ %, причем преобладали осложнения, несвязанные с операцией (гипостатическая пневмония и др.) — $21,8 \pm 2,27$ %, связанных с операцией было всего $16,9 \pm 2,0$ % и преобладали нагноения ран. Средний послеоперационный койко-день при неосложненном течении — 15 дней, при осложненном — 25,2 дня.

Способ формирования колостомы не влиял на послеоперационные показатели, а учитывая, что восстановительные операции по поводу двухствольных колостом менее травматичны, проще в исполнении и легче переносятся больными, мы рекомендуем формировать одноствольные колостомы только при коротком отводящем отделе кишки, когда нет возможности выведения его на переднюю брюшную стенку. Однако использование способа формирования одноствольных кишечных стом (заявка на изобретение № 2004138352 с приоритетом от 27.12.2004 г.), позволяет приблизить их по своим свойствам к двухствольным. А использование запатентованных технологий при закрытии кишечных стом (Патент РФ № 2228149), позволяет до минимума уменьшить число послеоперационных осложнений на втором этапе лечения.

Таким образом, первичная резекция ободочной кишки — достаточно эффективный метод хирургической реабилитации больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки, и он может быть рекомендован к применению в специализированных отделениях при наличии квалифицированных врачей-колопроктологов.

В.А. Сизоненко, К.В. Пермяков

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прогнозирование заживления ран при открытых переломах и определение тактики лечения.

Проведен анализ лечения и определение жизнеспособности кожных лоскутов при открытых переломах у 79 пострадавших. В работе придерживались классификации открытых переломов по Каплан — Марковой.

У 20 пострадавших открытые переломы были I — III А типа с площадью раны 1 — 4 см². С переломами I — III Б типа на лечении находилось 25 пациентов и площадь раны была от 20 ± 3 см² до 80 ± 7 см². Проведено обследование и лече-

ние 34 тяжело пострадавших с открытыми переломами IIВ типа, с площадью ран от 150 ± 30 см² до 800 ± 60 см². При клиническом исследовании помимо общей площади ран, степени разрушения мягких тканей, определяли длину и ширину кожно-фасциальных травмированных лоскутов.

Исследования жизнеспособности лоскутов проведены с помощью термографии, термометрии электронным термометром. Проведено полярографическое определение напряжения кислорода в тканях. У 27 пострадавших с размерами кожного лоскута более 10 см проводилась ре-