

Ю.В. Валуйских, Э.М. Перкин, А.И. Баранов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

МЛПУ ГКБ № 1 (г. Новокузнецк)

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»
(г. Новокузнецк)

Летальность при распространенном гнойном перитоните остается высокой и достигает 70–80 % при развитии полиорганной недостаточности. Современные способы хирургического лечения распространенного гнойного перитонита не предусматривают активной санации брюшной полости в межоперационный период.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод непрерывной газожидкостной санации брюшной полости, проводимый между программными релапаротомиями. Во время первичной операции в брюшную полость устанавливаются в мезентериальных синусах и поддиафрагмальных пространствах трубки — ирригаторы, по боковым фланкам и в полость малого таза дренажные трубки. С помощью специальной конструкции формируется устойчивая лапаростома. После операции через трубки — ирригаторы подается увлажненный кислород под давлением 0,2 атм. Через конструкцию, формирующую лапаростому, капельно подается изотонический раствор NaCl₂. Жидкость в брюшной полости встречается с газовым потоком кислорода, появляется эффект бурления, который обладает механически очищающими свойствами. Перитонеальный экссудат и промывные воды оттекают по дренажным трубкам.

Лечение распространенного гнойного перитонита проведено 118 больным. Всем пациентам была сформирована лапаростома, в основной группе (52 больных) проводилась газожидкостная санация, в контрольной группе (66 больных) применялся пассивный метод дренирования. Основная и контрольная группы были однородны по полу, возрасту, этиологии заболевания, тяжести состояния и полиорганной дисфункции.

При использовании газожидкостной санации количество гнойно-деструктивных процессов в брюшной полости составило 31 (59,6 %), а в контрольной 88 (130,3 %). При исследовании бактериального пейзажа установлено, что газожидкостная санация приводила к более быстрому уменьшению количества микробных тел в брюшной полости. Индекс поражения брюшины (разработанный группой В.С. Савельева) в основной группе снижался быстрее, чем в контрольной. В основной группе умерло 15 (29 %) больных, в контрольной 27 (41 %).

ВЫВОДЫ

1. Способ газожидкостной санации прост в техническом исполнении, обеспечивает эффективную санацию брюшной в межоперационном периоде и не имеет специфических осложнений.
2. Использование газожидкостной санации обеспечивает быструю деконтаминацию брюшной полости, уменьшение количества гнойно-деструктивных интраабдоминальных осложнений.
3. Разработанный способ газожидкостной санации снижает летальность при распространенном гнойном перитоните в 1,4 раза.

А.И. Верховский, И.В. Куршакова

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, (г. Санкт-Петербург)

Диагностика сочетанных ЧМТ (СЧМТ) представляет собой весьма сложную задачу, для решения которой нами был выработан ряд принципов. Предварительно врачебно-диагностическая тактика при сочетанных повреждениях формируется еще до доставки пострадавшего в стационар, сразу после сообщения скорой помощи о предстоящей госпитализации, тяжести состояния пациента и предварительном диагнозе.

При первичном осмотре в стационаре выявляются следующие данные:

- наличие непосредственной угрозы жизни и необходимость реанимационных мероприятий;
- подсчет прогноза исхода острого периода ТБ и отнесение пациента к одной из трех клинических групп: с предполагаемым благоприятным (1), сомнительным (2) или неблагоприятным (3) прогнозом;
- выявление доминирующего повреждения, причем у пострадавших 2 и 3 прогностических групп возможно наличие 2 и более доминирующих повреждений.

Все это осуществляется практически одновременно на фоне интенсивной терапии и является основанием для определения характера, последовательности и объема диагностических и лечебных мероприятий.

При сочетанных шокогенных повреждениях, безусловно доминирующей является тяжелая ЧМТ с формированием острого компрессионно-дислокационного синдрома. По важности она уступает лишь массивному кровотечению и грубому расстройству функции внешнего дыхания. При отсутствии таких повреждений, все диагностические и лечебные нейрохирургические мероприятия носят первоочередной характер. В то же время уточненная диагностика нехирургических вариантов СЧМТ может быть отложена до стабилизации гемодинамики.

Последовательность нейрохирургического обследования.

1. Выяснение механизма травмы со слов сотрудников скорой помощи, очевидцев и, при возможности, пострадавшего.

2. Уточнение прогноза, характера и тяжести внечерепных повреждений по данным протившоковой бригады.

3. Выяснение анамнестических данных (по мере возможности).

4. Внешний осмотр с оценкой состояния кожных покровов головы (наличие ран, ссадин, царапин, кровоподтеков, подкожных и подапонеуротических гематом), а также выявление симптомов наружной ликвореи.

5. Неврологический осмотр: полноценный при сохраненном сознании и избирательный при сопоре или коме с оценкой признаков компрессионно-дислокационного синдрома по 4-х степенной классификации Р.Д. Касумова (1995). Оценка уровня сознания обычно осуществляется по шкале ком Глазго.

6. Эхоэнцефалоскопия (достоверность исследования не превышает 83 %).

7. Краниография и рентгенография шейного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях.

8. При отсутствии возможности компьютерной томографии головного мозга в данном учреждении — каротидная артериография даже на операционном столе хотя бы в прямой проекции (при АД не менее 90 мм рт. ст. При меньших цифрах систолического АД высока вероятность получения ложноположительного псевдокаротидотромбоза как свидетельства прекращения мозгового кровообращения). Если эти методики не могут быть реализованы, то нейрохирург вынужден осуществлять хирургическую диагностику путем наложения диагностических фрезевых отверстий.

9. Выполнение нейровизуализационного исследования. Первичное исследование производится при поступлении пострадавшего с подозрением на ЧМТ и может предшествовать пп. 4—8. У пострадавших с признаками ТЧМТ при отсутствии симптомов иных жизнеугрожающих повреждений выполнение КТ головного мозга должно носить приоритетный характер. При верификации зон морфологической деструкции мозга, внутричерепных гематом небольшого объема, не требующих экстренного оперативного лечения, исследование целесообразно повторить через 12—24 часа или немедленно при нарастании неврологической симптоматики (дислокационного синдрома). Отсутствие положительной неврологической картины к исходу 3—10-х суток также является показанием для повторного исследования.

Пострадавшие 2 и 3 прогностических групп, у которых при первичном обследовании не выявлено признаков тяжелой ЧМТ должны наблюдаться в динамике нейрохирургом не менее 3 суток с нейровизуализационным исследованием к концу этого периода. Такая позиция диктуется следующими соображениями: контузионные очаги I типа достоверно визуализируются только через 6—12 часов после травмы; на фоне тяжелой гипоксии размер первичных очагов может увеличиваться; типовые патологические процессы острого периода травматической болезни создают предпосылки для формирования подострых внутричерепных гематом.

А.Н. Вишневская

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Увеличение количества больных с тяжелыми формами панкреатита, наблюдаемое за последнее время, привело к увеличению числа пациентов с кистами поджелудочной железы (Луценко В.Д., 2003). Кисты в процессе формирования вызывают различные осложнения от 20—34 % до 45—70 % (Багненко С.Ф., 2000). Выбор метода хирургического лечения остается предметом дискуссии и в настоящее время. Цель работы: оценка хирургической тактики при осложненных кистах поджелудочной