

массивная антибактериальная терапия, противошоковые мероприятия, коррекция кровопотери. В последующем им произведены реконструктивно-восстановительные операции.

К тяжелым повреждениям прямой кишки относятся повреждения при переломах костей таза и огнестрельных ранениях. Как правило, это сочетанные повреждения, и пострадавшие поступают в общехирургические отделения. В отделении проктологии лечилось 4 больных с переломами костей таза и 2 больных с огнестрельными ранениями таза и промежности. У всех 6 больных была произведена первичная хирургическая обработка раны, выведены двустольные колостомы. У 2 больных они не выполняли свою функцию, и позднее была произведена их реконструкция в одностольную концевую колостому. У всех больных исход благоприятный. Хотя повреждения прямой кишки при переломах костей таза и огнестрельных ранениях в мирное время встречается не часто, однако возможны множественные осложнения, требующие длительного лечения и больших бюджетных затрат. Приводим наши наблюдения.

Больной П, 56 лет (история болезни № 1380) получил 19.10.03 г. огнестрельное ранение в ягодичную и поясничную области. В районной больнице произведена лапаротомия, выведение пристеноч-

ной колостомы. Через 8 дней переведен в проктологическое отделение больницы № 4, где продолжалось лечение до 04.03.04 г. У больного возникли осложнения: распространенная флегмона тазовой клетчатки и забрюшинного пространства, некроз сигмовидной кишки, гангрена червеобразного отростка, гангрена желчного пузыря, множественные язвы желудка и тонкой кишки с перфорациями и кровотечениями, кишечные и желчные свищи, неоднократные кишечные кровотечения, деструктивно-некротическая пневмония, пневмоторакс, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность. В связи с этими осложнениями больной перенес 12 операций. Им проведено 128 койко-дней. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повреждения прямой кишки встречаются в структуре проктологических заболеваний более 1 % случаев стационарных больных. Правильному установлению диагноза способствует тщательно собранный анамнез, выяснение механизма травмы, пальцевое исследование прямой кишки, anosкопия, ректороманоскопия, рентгенография костей таза, ревизия раневого канала и прямой кишки под наркозом. Повреждения прямой кишки приводят к тяжелым септическим осложнениям, требующим длительного лечения.

И.А. Рябков, Н.Д. Томнюк, Д.Э. Здзитовецкий, П.Т. Жиго

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» (Красноярск)

Несмотря на достижения в антибактериальной терапии, тяжелые сочетанные повреждения органов брюшной полости дают наибольший процент послеоперационных осложнений с летальным исходом. Перед нами была поставлена задача, как можно технически, в сочетании с интенсивной терапией, предупредить возможные осложнения при данном виде травмы.

Методом случайной выборки проанализировано 100 историй болезней с тяжелой сочетанной травмой с различными повреждениями желудочно-кишечного тракта и паренхиматозных органов. Перитонит осложнил травму и послеоперационный период у 57 больных. Взяв эту цифру как исходную, при изучении истории болезни были выделены две группы больных и соответственно два этапа в лечении данной патологии.

Первую группу составили 38 человек, у которых операция заканчивалась дренированием брюшной полости с ушиванием лапаротомной раны наглухо. Основными осложнениями, потре-

бававшими повторной операции были: продолжающийся перитонит — в 6 случаях, поддиафрагмальные, подпеченочные и межкишечные абсцессы — в 11 случаях, несостоятельность швов межкишечных анастомозов и ушитых повреждений кишечника — в 7, нагноение лапаротомной раны с флегмоной передней брюшной стенки — в 5 случаях. Летальность составила 42,2 %.

Вторую группу составили 19 больных, у которых первая операция заканчивалась наложением управляемой лапаростомы. Показанием к наложению последней были: повреждение нескольких органов брюшной полости с массивной кровопотерей, наличие кишечного содержимого в животе, перитональные признаки, зависящие от давности травмы, а также неуверенность хирурга в жизнеспособности поврежденного органа. Первая плановая санация брюшной полости проводилась на вторые сутки. В большинстве случаев, у 12 больных, управляемая лапаростомия была продолжена. Причиной чему явились: продолжающийся

перитонит, образование абсцессов, несостоятельность кишечных швов. Несмотря на интенсивную антибактериальную терапию, плановые санации у данной группы больных проводились до 3–8 раз с использованием аппарата «Гейзер», который полностью отмывает фибринный налет с брюшной полости, значительно уменьшая микробную загрязненность.

Эффективность проводимых санаций подтверждалась не только визуально, но и бактериологически. Закрытие лапаростомы завершалось дренированием брюшной полости как обычными,

так и мембранными дренажами. Принципиальной разницы в интенсивной терапии, как в первой, так и во второй группе больных не было. Несмотря на неоднократное вхождение в живот, летальность во второй группе больных составила 26,3 %, что почти в два раза меньше, чем в первой.

Таким образом, тактически правильный подход к тяжелой сочетанной внутрибрюшной травме с использованием технических методов, позволяет значительно снизить как послеоперационные осложнения, так и летальность у данной категории больных.