

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-

овазография в динамике через 1—3 часа после травмы и через 6—8 часов, т.е. после выведения из шока.

Получены следующие результаты. При снижении температуры кожных лоскутов на 8 °С по сравнению с симметричным здоровым участком наступает некроз лоскута и нагноение раны, а также в последующем возможен остеомиелит. Наблюдалась гибель лоскута при снижении реографического индекса наполовину.

Установлено, что все показатели: температура, реограмма, напряжение кислорода имеют прямую связь с кровообращением в лоскуте, которое во многом зависит от соотношения ширины и длины и степени повреждения лоскута.

При открытых переломах А типа (резаные, колотые раны) и соотношения длины к ширине 1 : 1 и 1 : 2 первичное заживление после ПХО наблюдается в 95 % случаев.

У пострадавших с открытыми переломами Б типа (ушибленные) при коэффициенте 1 : 1 первичное заживление наблюдается в 66,6 %, а при

коэффициенте 1 : 3 у всех — частичный некроз лоскута.

Исходы лечения открытых переломов Б типа (размозжение) значительно хуже и только при коэффициенте 1 : 1 возможно первичное заживление. При коэффициенте 1 : 2 — частичный некроз, а при соотношении ширины к длине как 1 : 3 наступает полная гибель лоскута.

На основании проведенных исследований пришли к заключению, что при открытых переломах А типа, после ПХО на рану возможно наложение швов.

После переломов Б типа и коэффициенте лоскута 1 : 1 также возможно наложение швов. Открытые переломы В типа возможно наложение швов после ПХО только при соотношении длины лоскута к его ширине 1 : 1. В остальных случаях при лечении открытых переломов после ПХО ран необходима аутопластика.

Способ закрытия (дерматомным трансплантатом, кожно-фасциальным лоскутом, лоскутом на сосудистой ножке) зависит от локализации и площади ран при открытых переломах.

М.Б. Скворцов, В.И. Боричевский, М.А. Кожевников

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ПЕРФОРАЦИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИАСТИНИТА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Лечение больных с перфорациями пищевода (ПП) до настоящего времени остается трудной и нерешенной задачей. Высокая летальность за счет быстрого развития гнойных осложнений составляет 20—80 %. Одним из самых тяжелых и смертельных осложнений ПП является медиастинит. Наличие рыхлой клетчатки и отсутствие соединительнотканых перегородок в средостении способствуют распространению инфекции и вовлечению соседних структур. Постоянное инфицирование средостения за счет поступления содержимого ротовой полости, воздуха и содержимого желудка через перфорацию способствуют поддержанию инфекционного процесса.

Из существующих классификаций ПП наиболее удобной, на наш взгляд, является классификация М.А. Подгорбунского и Г.И. Шраера (1970), которую мы используем с нашими добавлениями. ПП различают по этиологии (травматические, вследствие заболеваний пищевода, вследствие заболеваний средостения); по течению (остро развивающаяся перфорация, медленно развивающаяся (хроническая) перфорация); по локализации (в шейном, грудном, абдоминальном отделах); по состоянию стенки пищевода (не изменена, патологически изменена); по наличию повреждений соседних органов (с повреждением медиастини-

нальной плевры, трахеобронхиального дерева, крупных сосудов и без повреждения соседних органов и структур); по наличию медиастинита (без клинических проявлений медиастинита, с клиникой медиастинита); по размерам дефекта стенки пищевода (микроперфорация, макроперфорация).

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ с 1975 по 2004 гг. находились на лечении 132 больных с ПП. Причины перфорации: инструментальные повреждения были у 92 (из них перфорация бужом — у 68, фиброэзофагоскопом — у 9, фибробронхоскопом — у 1, ригидным эзофагоскопом — у 6, кардиодилататором — у 3), интраоперационное повреждение пищевода — у 5. Повреждение стенки пищевода инородным телом было у 20 больных, при ранениях шеи и груди — у 11, перфорация при распаде раковой опухоли пищевода — у 3, вследствие нагноения туберкулезного лимфаденита — у 1, перфорация язвы пищевода — у 1, химический некроз стенки пищевода — у 2, спонтанный разрыв пищевода — у 2. Мужчин было 91, женщин — 41, возраст больных — от 1 года до 78 лет (в том числе детей до 15 лет — 6 человек). Средний возраст составил 46,3 лет.

ПП осложнилась медиастинитом у 54 (40,9 %) больных, из них у 47 (87 %) перфорация пище-