

В дооперационном периоде всем больным проводили комплексное обследование с применением современных методов исследования. В клинической характеристике оценивали анамнез, сопутствующую патологию, результаты функциональных исследований. Особое внимание уделяли оценке состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В предоперационной подготовке и обследовании больных, наряду с хирургом участвовали опытный анестезиолог и терапевт.

При оценке сопутствующих заболеваний оказалось, что большинство больных страдали ожирением (72 %), нередко в сочетании с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией.

По варианту расположения эндопротеза больные распределились на 2 группы.

В 1 группе (18 случаев) производилась надапоневротическая фиксация протеза. В этом варианте имплантат располагали поверх грыжевых ворот, которые ушивали край в край по типу первичного шва.

Во 2 группе (10 случаев) протез размещали предбрюшинно (или подапоневротически), т.е. фиксировали с внутренней стороны апоневроза с последующим сшиванием последнего «край в край» без натяжения тканей, при этом грыжевой мешок ушивали с формированием дубликатуры.

В послеоперационном периоде большое значение уделяли профилактике инфекционных и тромбоэмболических осложнений, предупреждению миграции трансплантата.

У всех больных в послеоперационном периоде в течение 3–5 суток отмечалось истечение по дренажам геморрагической, а в дальнейшем — серозной жидкости. Количество отделяемой жидкости зависело от размеров грыжевых ворот и выраженности подкожно-жировой клетчатки. При больших грыжах количество отделяемой серозно-геморрагической жидкости достигало 100–120 мл. В большинстве случаев дренажи удаляли на 5–6-е сутки, когда за сутки выделялось не более 20–30 мл серозной жидкости.

Послеоперационные осложнения носили в основном местный характер. В 6 случаях наблюдали образование сером, которые были пролечены консервативно пункционным методом.

В отдаленном послеоперационном периоде у всех 28 больных, оперированных данным методом, рецидивов грыж не зарегистрировано.

Таким образом, полученный положительный опыт герниопластики с использованием полипропиленового эндопротеза при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки позволяет расширить показания к ее применению.

**В.Е. Хитрихеев, Д.Д. Доржиев, Н.Б. Горбачев, С.К. Хайрулина, Ю.Д. Доржиев**

## **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ**

**МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)**

Высокая летальность, тяжелые осложнения, нерешенность многих вопросов борьбы с абдоминальной хирургической инфекцией приводят к поиску патогенетически обоснованных методов консервативного и оперативного лечения с целью улучшения непосредственных результатов и качества жизни пациентов.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита осложненного кишечными свищами путем разработки и применения методики создания бесшовного компрессионного анастомоза.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проанализированы результаты лечения 23 больных со сформированными и несформированными кишечными свищами. Среди них было 16 (69,6 %) мужчин и 7 (30,4 %) женщин, средний возраст составил  $46,6 \pm 12,8$  лет. Причинами образования кишечных свищей были острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, закрытые и открытые травмы живота, преимущественно с сочетанными повреждениями паренхиматозных и полых органов. Всем больным, помимо клинико-лабораторного обследования, по показаниям выполняли весь спектр инструментальных методов исследования, включающий в себя рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования в различных разрешительных способностях.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Всем больным была выполнена разработанная методика операции, в основе которой лежит принцип создания бесшовного соустья. Показаниями к выполнению операции были наличие 2-х свищей тонкой

кишки как в условиях распространенного гнойного перитонита при плановых программированных санациях брюшной полости — 17 (73,9 %) случаев, так и при несформированных тонкокишечных свищах в условиях отграничения воспалительного процесса в брюшной полости — 6 (26,1 %) случаев. Летальный исход наступил у 7 (30,4 %) больных при некупируемых явлениях гнойного перитонита и возникновением в 2-х случаях дополнительных тонкокишечных свищей при состоятельности компрессионного анастомоза. В 2-х случаях отмечена несостоятельность компрессионного анастомоза на 3–4 сутки, выявленная при плановой санации, выполнена резекция свищесущего отдела тонкой кишки с выведением энтеростомы.

Таким образом, отсутствие инородных включений по линии шва, идеальный гемостаз, низкая микробная проницаемость и, как следствие, заживление первичным натяжением, дозированная компрессия на сдавливаемые ткани позволяют шире применять предлагаемый способ анастомозирования в условиях распространенного перитонита. Результаты исследования показывают, что оптимальное применение новых способов хирургического лечения осложнений распространенного гнойного перитонита приводит к улучшению ближайших послеоперационных результатов.

**В.Е. Хитрихеев, Э.З. Гомбожапов, Н.Б. Горбачев, Ж.Б. Очиров, Б.В. Цыбжитов**

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ПО ДАННЫМ ГК БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА**

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
им. В.В. Ангاپова» (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Повреждения груди относятся к категории тяжелых травм мирного и военного времени. Ранения груди в мирное время составляют 10 % от всех травм. Для них характерны высокая летальность на месте происшествия и относительно благоприятный прогноз, если пострадавший своевременно доставляется в лечебное учреждение.

В период с 2002 по 2007 гг. в хирургическом отделении ГК БСМП с проникающими ранениями грудной клетки пролечено 536 пострадавших, преимущественно мужского пола, среднего возраст составил  $41,4 \pm 5,6$ .

У 294 (54 %) пациентов с проникающими колото-резаными ранениями грудной клетки и малым и средним пневмо- или гемопневмотораксом схема лечения включала раннее и полноценное дренирование плевральной полости, восполнение кровопотери, устранение боли, герметизацию и стабилизацию грудной стенки, антибактериальную и поддерживающую терапию.

161 (30 %) пострадавшему выполнена торакотомия по поводу ранения легкого — 90 (55,9 %); ранения сердца — 38 (23,6 %); ранения перикарда — 16 (9,9 %); ранения межреберной артерии — 14 (8,6 %); ранения подключичной артерии справа — 3 (1,8 %) случая. При этом показаниями к неотложной торакотомии были средний и большой гемоторакс или гемопневмоторакс с признаками массивного кровотечения, к срочной торакотомии (в течение первых суток) — продолжающееся внутривнутриплевральное кровотечение с объемом кровопотери 300 мл/ч. и более, некупируемый пневмоторакс.

Отдельную группу составили торакоабдоминальные ранения, наблюдавшиеся за данный период в 81 (15 %) случае, из них левосторонние торакоабдоминальные ранения были в 60 случаях, правосторонние — в 21 случае.

У большинства пострадавших при торакоабдоминальных ранениях повреждалось легкое (30 % и 42 % соответственно стороне поражения). Повреждения сердца, крупных сосудов и других образований встречались реже. Всего торакотомия была выполнена 40 пострадавшим с ушиванием легкого в 27 случаях, сердца — в 8 и межреберной артерии — в 5 случаях.

У большинства пострадавших в брюшной полости повреждались полые и паренхиматозные органы с массивным кровотечением, иногда по 2–3 органа. Левосторонние ранения чаще сопровождались ранением легкого — 30 %, сердца — 13,3 %, селезенки — 25 %, желудка — 25 %, толстой кишки — 16,6 % и левой доли печени — 10 %. Реже наблюдались ранения тонкой кишки — 6,6 %, левой почки — 5 % и поджелудочной железы. По нашим данным, левосторонние ранения по тяжести повреждения были более опасными, чем правосторонние.

При правосторонних ранениях в 95 % оказывалась поврежденной печень, легкое — 42,8 %, межреберная артерия — 9,5 %, повреждение толстой кишки — в 9,4 % и тонкой кишки — 9,4 % случаев.

Анализ наших наблюдений показал, что подход в решении хирургической тактики должен быть индивидуальным в зависимости от ведущего патогенетического синдрома. На основании симптоматики удается выделить 2 основные группы пациентов, нуждающихся в различных способах хирургического пособия: