

которой и получали лечение на дому или в амбулатории, в том числе двое с парапроктитом. У 7 пациентов АГИ развилась после травмы: поездная была у 3, огнестрельное дробовое и минно-взрывное ранение — у 2, травму при дорожно-транспортном происшествии получили 2 человека. Во всех случаях первичная хирургическая обработка проведена с опозданием и не в полном объеме, вторичная — осуществлялась в клинике после доставки из районных ЛПУ. Развернутая клиническая картина с температурной реакцией, тяжелым общим состоянием, отеком и эмфиземой мягких тканей с характерным их цветом была у 11 больных. Бактериологическая верификация возбудителя при жизни осуществлена только при повторных исследованиях у 8 человек, у двух пациентов диагноз выставлен только на основании клинических данных. У шести оно нашло подтверждение при исследовании трупного материала. Локализация первичного очага отличалась разнообразием: в 1 наблюдении это была поясничная область, в 2-х — стопа и голень, в 2-х — бедро, в 2-х — промежность, таз и параректальные ткани, в 9 случаях — ягодичная область.

Лечение осуществлялось в отделениях хирургической инфекции и боксированных реанимационных палатах. Антибактериальная терапия включала не менее 3-х антибактериальных средств, в том числе метрогил, детоксикационную и симптоматическую терапию, ГБО, методы эфферентной терапии, местное медикаментозное лечение ран с этапной некрэктомией и вторичными хирургическими обработками. Противогангренозная сыворотка использовалась в дозе 100000 — 150000 ЕД. Широко применялось проточно-аспирационное дренирование с антисептиками из группы окислителей, сорбционно-аппликационное лечение (патент № 2195291). Кожная пластика при ранах площадью более 25 см² применена у 11 человек, у 4-х из них в два и более этапов. У 3-х больных выполнены ампутации конечности: на уровне голени — у 1, на уровне бедра — у двух. Контрактура и тугоподвижность в суставах на момент выписки имелись у 3 человек.

Умерло 6 (37,5 %) больных, среди причин смерти кроме АГИ, сепсиса фигурировали ТЭЛА (2 случая), инфаркт миокарда (1), перитонит (1). В 3-х наблюдениях результат микробиологического исследования трупного материала оказался неожиданным для хирургов. Эпидемиологическое расследование случаев АГИ выявило несоблюдение правил асептики и антисептики при выполнении инъекций на дому, дефекты при оказании первой врачебной и специализированной помощи на этапах эвакуации. Все случаи разобраны по цепи следования больных.

Таким образом, анаэробная газообразующая инфекция в мирное время осложняет течение открытых травм, соматических заболеваний, особенно у ослабленных больных, при выполнении инъекций в домашних условиях лицами, не имеющими медицинского образования. Течение заболевания может быть торпидным, без явных классических клинических признаков. В лечении решающее значение имеет своевременная качественная хирургическая обработка ран (гнояников), антибактериальная и серотерапия, ГБО, местное медикаментозное лечение с использованием сорбентов.

Н.И. Богомолов, Д.В. Сафронов, Н.Н. Томских, О.В. Иванова, Л.Г. Пикулина, И.В. Терентьева, И.В. Шишов, Б.Ф. Дученко, А.Ю. Гусев

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава (г. Чита)
ГУЗ ОКБ (г. Чита)
НУЗ ДКБ (г. Чита)
ОВКГ № 321 СибВО (г. Чита)**

Представлен анализ фрагмента материала трех клиник г. Читы по диагностике, лечению и реабилитации больных дивертикулезом ободочной кишки. Изучено 137 историй болезни, женщин было 98, мужчин — 39, в возрасте от 43 до 87 лет (средний — 60,3 ± 13,1). Осложнения дивертикулярной болезни имели место у 48 (35,04%), в том числе: дивертикулит, парадивертикулярный инфильтрат, синдром раздраженной кишки — у 13, перфорация дивертикула с ограниченным перитонитом — у 12 и забрюшинным абсцессом еще у 4, профузное кишечное кровотечение — у 10, острая кишечная непроходимость — у 7, сочетание осложнений было у 9 пациентов, у 8 — в последующем перфорация следовала за кровотечением или наоборот.

На протяжении последних трех лет ежегодно от 17 до 21 больного с дивертикулярной болезнью находятся на обследовании и лечении в единственном колопроктологическом отделении ГУЗ ОКБ. Для диагностики заболевания используется известный протокол обследования, где основным методом визуализации является рентгенологический (ирригоскопия), у ряда больных применялась колоноскопия и лапароскопия. Однако, у 4-х пациентов правильный диагноз установлен только при патологоанатомическом исследовании, в то время как при лапаротомии у 3 и при лапароскопии у 1 человека процесс трактовался как неоперабельная злокачественная опухоль. Еще в 7 случаях до операции на основании

и рентгенологического исследования опухоль подозревалась. Из 48 человек в экстренном порядке оперировано 19, в срочном — 29. В связи с ранними послеоперационными осложнениями и (или) рецидивом кровотечения повторно оперировано 5 пациентов. Объем операции был индивидуален и зависел от интраоперационной трактовки патологического процесса, опыта и квалификации хирурга, тяжести состояния, сопутствующей и фоновой патологии у больного. Резекция сигмовидной кишки в варианте операции типа Микулича (у 11) или Гартмана (у 6) выполнена у 17 пациентов, левосторонняя гемиколэктомия — у 14, резекция поперечноободочной кишки — у 6, колостомия — у 5, правосторонняя гемиколэктомия — у 3, субтотальная колэктомия — у 1, лапаротомия, ревизия, встречное тотальное дренирование кишки — у одного пациента. Умерло после операции 4 (8,33 %) человека, осложнения имели место у 9 (18,75 %).

Восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции в сроки от 2-х месяцев до 1,5 лет после первичной операции, в том числе с дополнительной резекцией ободочной кишки (у 3-х человек), выполнены 39 больным. Трем пациентам было отказано в хирургической реабилитации из-за преклонного возраста и (или) тяжелой сопутствующей патологии, два человека не явились на закрытие колостомы. При двустольной стоме восстановление естественной непрерывности кишки осуществляли из локального окаймляющего доступа (патент РФ № 2228149), при одностольной — из лапаротомного с формированием анастомоза ручным или аппаратным (у 7 человек) швом. В последние шесть лет при формировании соустья активно используем однорядный прецизионный шов, который существенно снизил число послеоперационных осложнений. При выполнении восстановительных операций у 3 больных выполнены симультантные операции: пластика ventральной грыжи — у 2 и холецистэктомия — у одного человека. Летальных исходов не было, осложнения отмечены в 6 (15,38 %) случаях.

Таким образом, дивертикулярная болезнь ободочной кишки протекает с осложнениями у каждого третьего-четвертого больного. Некоторые осложнения трудны для диагностики даже с использованием современных средств визуализации. Хирургическое лечение требуется при большинстве осложнений. На высоте кишечного кровотечения особенно трудно определить с объемом хирургического пособия, так как источник локализовать сложно. Расширенные операции типа субтотальной колэктомии могут применяться в исключительных случаях. Больные дивертикулярной болезнью должны находиться на диспансерном учете и периодически обследоваться в специализированном стационаре или поликлинике.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ФУРНЫ

ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)

Нами обобщен материал двух ЦРБ, где авторы в начале своей карьеры работали, ОКБ и ДКБ города Читы по 14 наблюдениям болезни Фурнье. Возраст больных был в пределах от 28 до 59 лет. Время заболевания до поступления в стационар — от 20 часов до 5 суток. Двух больных доставили в состоянии тяжелого инфекционно-токсического шока, вывести из которого их не удалось, они погибли. На вскрытии картина острого сепсиса, шока, полиорганной недостаточности. Летальность — 14,2 %.

В стационаре всем больным после санитарной обработки, интенсивной инфузионной терапии проводилось активное хирургическое вмешательство, сущность которого в рассечении мошонки, брюшной стенки и внутренней поверхности бедер, иссечении нежизнеспособных тканей, широком дренировании, применении антисептиков из группы окислителей. Пять человек получили противогангренозную сыворотку в дозе от 100 000 до 150 000 ЕД. Вторичная хирургическая обработка проводилась по мере необходимости от 2 до 5 раз до полного очищения ран. Все больные получали антибиотики широкого спектра действия, которые подбирались и заменялись по мере получения антибиотикограмм. Осуществляли местное медикаментозное лечение ран, в последние 15 лет широко использовались методы эфферентной терапии (УФО, ГБО, ЛОК и др.). На 16 — 28 сутки осуществлялось, где это было возможно, наложение вторичных швов, применялась кожная пластика, нередко в несколько этапов. Четырех больных средствами Санавиации перевели в Областную и Дорожную больницы на долечивание и реабилитацию. Яички, как правило, погружались под кожу на внутренней поверхности бедер.

У 3 больных за последние 9 лет применили собственный способ лечения гнойных ран (патент РФ № 2195291), сущность которого в использовании лекарственной композиции на основе сорбента природного происхождения (цеолит + смектит), гипохлорита натрия и поливинилпирролидона. Повязка накладывается сразу после хирургической обработки очага инфекции, меняется 1 раз в сутки. Выраженное дезодорирующее, некрофибринолитическое, адсорбирующее и биостимулирующее действие композиции позволило ускорить очистку раны более чем в 2 раза, а у одного больного удалось даже