

Е.М. Благитко

ПРИЧИНЫ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

*ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
Новосибирская областная клиническая больница (Новосибирск)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить непосредственные причины возникновения поддиафрагмальных абсцессов. Несмотря на то, что поддиафрагмальные абсцессы среди хирургической патологии встречаются довольно редко, однако они, как правило, выявляются поздно, что приводит к выраженной интоксикации и служит причиной высокой летальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа базируется на анализе результатов лечения 338 больных, лечившихся в клинике на базе двух лечебных учреждений. Из них 123 женщины и 215 мужчин в возрасте от 15 до 75 лет. В основном поддиафрагмальные абсцессы встречались после оперативных вмешательств на органах брюшной полости: операции на желудке и двенадцатиперстной кишке (104), аппендэктомии 52, травме брюшной полости (42), резекции поджелудочной железы (44), традиционной холецистэктомии (29), резекции кишки (20), спленэктомии (10), гинекологических операций (8), резекции печени (4), вскрытия флегмоны передней брюшной стенки (3), после ятрогенного повреждения ободочной кишки (1), и после гнойного оментита (1).

Поддиафрагмальные абсцессы образовывались и вне связи с оперативным вмешательством: при гриппе (2), обострении хронического холецистита (3), эмпиеме плевры (2).

У 13 больных выявить причину поддиафрагмального процесса не удалось, что соответствует данным других авторов. По материалам ряда авторов у 10 % больных с поддиафрагмальными абсцессами не было связи с оперативными вмешательствами.

Внутрибрюшинная локализация абсцессов была у 336 больных, а внебрюшинная — у одного больного после закрытой травмы живота с разрывом тощей кишки и у одного больного при ятрогенном повреждении нисходящей ободочной кишки.

Локализация абсцессов была разной: левосторонние (205), правосторонние 115, двусторонние (18).

При жизни из-за тяжести основного заболевания, абсцессы не выявлены у 8 (2,3 %) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консервативное лечение проведено 19 больным, которое заключалось в интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии с ежедневными пунктациями абсцессов, их промыванием антисептическими растворами и ферментами, из них двум больным потребовалась релапаротомия в связи с возникшим внутрибрюшным кровотечением. Двум больным проводилась санация через раневой канал, а 13 больным санация абсцесса после рассечения свищевого хода. Остальные больные оперированы.

Послеоперационная летальность из 21,9 % в 1987 г. снизилась до 0 % в 2011 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что из-за тяжести основного заболевания клинические признаки поддиафрагмального абсцесса слабо выражены, сглажены, что требует более частого использования компьютерной и магнитно-резонансной диагностики, так как рентгеноскопия не всегда позволяет вовремя установить диагноз.

Е.М. Благитко, Г.Н. Толстых

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
Новосибирская областная клиническая больница (Новосибирск)*

Цель исследования: выявить непосредственные причины летальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы и оценены истории болезни 157 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Из них 117 мужчин и 40 женщин в

возрасте от 17 до 89 лет. Локализация язвы в желудке была у 54 (34,3 %), а в двенадцатиперстной кишке у 103 (65,6 %) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент поступления при эзофагогастродуоденоскопии у 115 пациентов выявлены данные свершившегося кровотечения (Forest IIa), не потребовавшего эндоскопического гемостаза и оперативного вмешательства. Им проводилась консервативная терапия, объем которой зависел от степени кровопотери.

Эндоскопический гемостаз выполнен 42 (26,7 %) пациентам. Из них у 15 (35,7 %) пациентов был рецидив кровотечения, при попытке остановки кровотечения эндоскопический гемостаз был безуспешным и они оперированы.

Объем оперативных вмешательств был разным: стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу (5), резекция желудка по Бильрот – I (5), резекция желудка с сохранением пилорического жома (2), прошивание сосуда в язве (2), иссечение кровоточащей язвы (1).

В послеоперационном периоде у одного больного после резекции желудка по Бильрот – I и второго после стволовой ваготомии с дренирующей операцией по Гейнеке – Микуличу развилась двусторонняя полисегментарная пневмония с полиорганной недостаточностью, что явилось причиной смерти. Причиной летальности третьего больного была декомпенсация тяжелой сопутствующей патологии (острая сердечная недостаточность).

Послеоперационная летальность составила 3 (20,1 %), а общая летальность 3 (1,9 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопический гемостаз, как быстрый и доступный метод, является приоритетным методом остановки кровотечения язвенной этиологии, однако, он не всегда эффективен.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, Д.В. Сафронов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Цель исследования: повышение эффективности лечения тяжёлых гнойных висцеральных процессов и ран с помощью охраноспособных сорбционных технологий на основе синтетических и природных сорбентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оптимизации работы с больными, перенесшими перитонит, в 2000 г. нами предложена классификация последствий перитонита (ПП), нозологические формы, включенные в нее, адаптированы к МКБ-10. Выделено 4 группы синдромов последствий перитонита, в скобках указан шифр.

- I. Функциональные последствия перитонита.
 - 1.1. Неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К 52).
 - 1.2. Функциональные кишечные нарушения (К 59).
 - 1.3. Синдром слепой петли (К 90.2).
 - 1.4. Дисфункция после колостомии и энтеростомии (К 91.4).
- II. Механические синдромы.
 - 2.1. Непроходимость 12-перстной кишки — сжатие, стеноз (К 31.5).
 - 2.2. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (К 56.5).
 - 2.3. Женское бесплодие (N 97.8).
- III. Органические синдромы.
 - 3.1. Эрозии (острые язвы) желудка (К 25), 12-перстной кишки (К 26).
 - 3.2. Грыжа передней брюшной стенки инцизионная (К 43).
 - 3.3. Брюшинные спайки (К 66).
 - 3.4. Рубцовые состояния, фиброз кожи брюшной стенки (L 90.5).
- IV. Острая и хроническая хирургическая инфекция.
 - 4.1. Свищ желудка и 12-перстной кишки (К 31.6).
 - 4.2. Кишечный свищ (К 63.2).
 - 4.2.1. Сформированный.
 - 4.2.2. Несформированный.
 - 4.3. Абсцесс брюшной полости (К 65.0).