

**Цель исследования:** оценить характер лечения и исходы осложнений абдоминальной формы туберкулеза в ургентной хирургии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 94 наблюдений абдоминальной формы туберкулеза у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006–2011 гг. Больные были в возрасте 18–66 лет. Из них до 20 лет было 2 больных, 20–29 лет – 35, 30–39 лет – 40, 40–49 лет – 12, 50–59 лет – 4, старше 60 лет – 1.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперировано 74 больных. Основным поводом к операции послужило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 43 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 23 случаях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 9 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 7 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 2-х случаях), в 3 – туберкулез печени, 2 случая – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 9 случаях был отмечен туберкулез брюшины. У 56 больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Лапаротомия выполнена у 66 больных, из них в 7 случаях она носила эксплоративный характер. Самыми частыми операциями были: резекции пораженного участка кишки с отсроченным анастомозом в 19 наблюдениях, иссечение и ушивание перфоративной язвы кишки (11), вскрытие и дренирование абсцедирующего мезаденита (5) и санации брюшной полости по поводу туберкулезного перитонита (7). В 24 наблюдениях возникла необходимость в этапных хирургических санациях брюшной полости. Не оперировано 20 больных, у которых клинико-инструментальными методами исследования были исключены хирургические осложнения АФТ. Умерло 56 больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной смерти у 42 больных был генерализованный туберкулез, у 14 больных – разлитой гнойный перитонит с органной дисфункцией.

#### ВЫВОДЫ

Необходимость в ургентной хирургической помощи наиболее часто возникала у больных с туберкулезом кишечника, осложненным перфорацией, реже – с туберкулезным мезаденитом. Неблагоприятным прогностическим фактором абдоминальной формы туберкулеза для жизни являлось наличие перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

**М.Н. Чеканов, А.М. Чеканов**

### СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ  
(Новосибирск)*

**Цель:** улучшение функциональных результатов хирургического лечения высоких свищей прямой кишки.

#### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2010 г. по январь 2012 г. нами было оперировано 19 пациентов. Мужчин – 11, женщин – 8. Средний возраст:  $48 \pm 13$  лет (от 26 до 74 лет). Анатомия свищей была следующей: передний транссфинктерный – у 10 пациентов, передний экстрасфинктерный – у 4-х, задний транссфинктерный – у 1, задний экстрасфинктерный – у 4-х пациентов. Техника выполнения вмешательства: после прокрашивания свищевого хода витальным красителем, в просвет свища на всем протяжении вводился зонд. В области межсфинктерной борозды, над свищем, выполнялся разрез до 1,5 см. Внутренний сфинктер отслаивался с помощью диссектора от наружного. При этом выделялся свищевой ход на протяжении 1–1,5 см, зонд удалялся, свищевой ход лигировался дважды и пересекался между лигатурами. После пересечения свищевого хода рана ушивалась наглухо. Раневой канал дренировался резиновым выпускником до 3–4 суток.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана срока наблюдения составила 42 недели (от 3 до 105 недель). Рецидив прямокишечного свища отмечен дважды: у женщины 34 лет с передним транссфинктерным свищем и мужчины 74 лет с передним экстрасфинктерным свищем.

### **ВЫВОДЫ**

Предложенный метод лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое является эффективной, безопасной и малозатратной альтернативой остальным используемым методам.

**А.В. Чердаков, Р.В. Матюшкин, В.А. Огольцова, Е.Н. Касторных**

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ**

*ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (Тула)*

Обширные дефекты мягких тканей волосистой части головы являются актуальной проблемой современной реконструктивно-восстановительной хирургии. Сложность оперативного лечения данной категории заболеваний является неоспоримой. Целью нашего исследования послужил анализ хирургического лечения группы больных с указанной патологией.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В ожоговом отделении Тульской областной клинической больницы за период 2006 – 2011 гг. находились на лечении 32 пациента с обширными деформациями мягких тканей волосистой части головы. Из них мужчин было 25 (78 %), женщин 7 (22 %), возраст колебался в пределах 32 – 64 лет.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

При лечении данной группы больных использовался метод баллонной дермотензии. На 1 этапе производилась имплантация 1 или 2 латексных экспандеров в смежные с зоной дефекта участки, в зависимости от размера дефекта. С 3 – 4 суток начинали дермотензию – дробно вводили стерильный изотонический раствор в экспандер. На 2 этапе производили иссечение краев раны, удаление экспандеров и выполняли пластику экстензионным лоскутом. При необходимости указанное лечение комбинировали с аутопластикой свободным расщепленным лоскутом. Во всех наблюдениях отмечено отсутствие гнойно-воспалительных осложнений, заживление ран первичным натяжением, хороший косметический эффект и отсутствие деструкции костной ткани. Сроки лечения колебались от 24 до 36 дней.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведя анализ хирургического лечения больных с обширными дефектами мягких тканей волосистой части головы, можно утверждать, что метод баллонной дермотензии является решением проблемы реконструктивно-восстановительной хирургии. Его применение позволяет получить удовлетворительный косметический эффект, сократить сроки нетрудоспособности больных и снизить затраты на лечение.

**Ю.В. Чикинев, К.Н. Покатилов, Е.А. Дробязгин, А.В. Коробейников**

### **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОХАРКАНЬЕМ И ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)*

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)*

Легочное кровохарканье и кровотечение – частые симптомы легочной и вне легочной патологии. При начавшихся кровохарканьях и кровотечениях невозможно прогнозировать сроки их продолжения, а после прекращения нет уверенности, что они не возобновятся. Лечение таких больных является неотложным и сложным.

В клинике кафедры госпитальной хирургии НГМУ за период с 2009 по 2011 г. пролечено 73 больных легочными кровохарканьями и кровотечениями. Из них мужчин 47, женщин – 26 в возрасте от 18 до 82 лет. Все больные были госпитализированы в стационар. Всем больным при госпитализации выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. По данным рентгенографии у большинства (48) пациентов патологии не выявлено. У оставшейся части (25 человек) выявлены изменения, такие как: легочная диссеминация – у 2-х больных, очаговые тени – 17 больных, затемнения легочной ткани – у 6 пациентов.