

До недавнего времени наиболее распространенной тактикой при ПЖП являлось использование каркасных, съемных, кольцевых транспеченочных дренажей. Данную методику мы использовали до 2004 г. Методика имеет определенные недостатки — необходимость ухода и смены дренажей, инкрустация солями желчных кислот, значительное снижение качества жизни пациентов, увеличение инвалидизации.

За последние 10 лет в отделении абдоминальной хирургии АОКБ оперировано 26 пациентов со «сложными» ПЖП, большинство из них ятрогенные — 17 (65 %); 9 (35 %) — колото-резанные ранения и их последствия. 14 больным проведены восстановительные операции с установкой традиционных сменных транспеченочных дренажей.

С 2004 г. нами применяется методика билиарного эндопротезирования с использованием билиарных эндопротезов ООО «МИТ».

Техника операции восстановления желчных протоков не намного отличается от классических методик. В дальнейшем дистальный конец эндопротеза после наложения гепатико- или холедохо-, холедохо или -еюноанастомоза погружается в отводящую кишку, проксимальный выводится на кожу виде гепатикостомы. После достижения оптимального положения дренажа через 10 — 14 суток проксимальный конец дренажа погружается под кожу передней брюшной стенки после установления специального рентгеноконтрастного болта заглушки, что мешает его дислокации.

Результаты проведенных операций: при классическом дренировании — несостоятельность анастомозов (8), абсцесс брюшной полости (2), холангит (3), нагноение раны (3), перитонит (2), кишечные свищи (2), пневмония (3), ОЖН (1), холангиовенозная фистула (1) — летальный исход. При эндобилиарном протезировании — отторжение заглушки (2), несостоятельность (1), холангит (1).

Первые результаты билиарного эндопротезирования при «сложных» повреждениях внепеченочных желчных протоков обнадеживают по ряду причин. Высокое качество жизни оперированных, возврат к активному труду в период реабилитации, отсутствие дислокации, инкрустации, необходимости ухода за дренажами внушают оптимизм при лечении этой сложной категории пациентов.

В.А. Омельченко, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, В.Н. Перехода, Г.В. Арнаутов, И.Н. Фула

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА

ГУЗ Амурская областная клиническая больница (г. Благовещенск)

В повседневной практике неотложной хирургии закрытая травма живота занимает значительное место. Отличительной особенностью закрытых повреждений является трудность диагностики и сочетание с повреждением других областей тела: череп, грудь, конечности, таз. Часто подобная травма сопровождается шоком или синдромом острой кровопотери. При запоздалой диагностике или позднем поступлении развивается перитонит.

В АОКБ с 1998 по 2006 гг. поступило 486 пациентов с травмами живота. Из них 152 имели сочетанный характер: с ЧМТ — 38, с повреждениями мягких тканей конечностей — 35, ребер — 32, гемотораксом — 26, пневмотораксом — 41, переломами конечностей — 19, переломом позвоночника — 3, переломами таза — 2, повреждениями промежности — 2, ранениями шеи и лица — 11.

Этиологически травмы распределились следующим образом: тупая травма — 33, автодорожная — 50, ножевые ранения — 53, огнестрельные — 7, падение с высоты — 9 случаев.

Мужчин было 127, женщин — 25. 96 % травм получено в алкогольном опьянении. С срок до 24 часов от момента получения травмы поступил 131 (86,1 %), после 24 часов — 21 человек (13,9 %). При поступлении пациента бригада встречает его в приемном покое, обеспечивает последующую транспортировку в операционную, где оказываются реанимационные мероприятия, и проводится лабораторное и аппаратное обследование, включая торако- и лапароскопию. С признаками шока и синдромом острой кровопотери доставлено 74 пострадавших.

Последовательность оказания помощи зависела от повреждения, имеющего ведущее значение: кровотечение, гемопневмоторакс, травматический шок и т.д. При необходимости оперативное лечение оказывалось двумя операционными бригадами (грудь — живот, голова — живот, живот — конечности). На операционном столе у пациентов обнаружено: повреждение желудка — 17, двенадцатиперстной кишки — 6, печени — 32, кишечника — 23, диафрагмы — 18, поджелудочной железы — 5, селезенки — 19, почек — 3, мочевого пузыря — 9, нижней полой вены — 3, желчного пузыря — 5, холедоха — 1, забрюшинная гематома — 16, брыжейки — 9.

Объем оперативной помощи преимущественно сводился к остановке кровотечения, ушиванию ран, удалению всего органа или его части, санации, дренированию брюшной полости и грудной клетки. В

послеоперационном периоде 68 % больных находились в отделении реанимации. Общая летальность в группе травмированных составила 23 %.

Учитывая вышеописанное, можно сделать следующие выводы: сочетанная травма живота остается диагностически проблематичной. Сочетание ее отягощает состояние пациента, и оказать помощь необходимо по ведущему клиническому синдрому. Характер поражения ведет к поступлению пациентов в тяжелом бессознательном или терминальном состоянии с клиникой шока. Осмотр необходимо производить бригадой из 3 – 5 специалистов.

Оказание и обследование производить в условиях операционной, параллельно проводить диагностические и лечебные мероприятия.

А.Л. Осипов, В.Е. Воловик, А.Г. Рыков, Д.Д. Дьяков, А.А. Раров, А.А. Хоменко, В.Ю. Коршняк

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

**ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения» (г. Хабаровск)
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)
НУЗ Дорожная клиническая больница на станции «Хабаровск 1»**

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО), тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), и наиболее серьезное из них — тромбоз легочной артерии, являются редкими и грозными осложнениями в оперативной травматологии и ортопедии. Они являются одной из главных причин послеоперационной летальности, достигающей порой до 24 %. При развившихся осложнениях это часто приводит к формированию посттромбофлебитического синдрома, легочной гипертензии, в конечном итоге дилатационной кардиомиопатии, инвалидности. Подобные осложнения существенно увеличивают стоимость лечения, требуют дополнительных расходов на реабилитацию и уход, в отдельных случаях сводя на нет само хирургическое вмешательство. В большинстве случаев течение их (ТГВ) скрыто (бессимптомно), однако в крайних позициях (ТЭЛА) они сопровождаются яркой клинической картиной и высокой летальностью.

Риск развития ТЭО обусловлен множеством факторов, связанных с соматическим состоянием пациента, характером полученной травмы, видом хирургического лечения. Традиционно, предрасполагающими факторами являются: пожилой и старческий возраст, ожирение и малоподвижный образ жизни либо обездвиженное положение больного, сахарный диабет, коагулопатии, тромбофлебиты и флеботромбозы вен нижних конечностей. Сочетание вышеуказанных факторов увеличивает риск возникновения ТЭО. При операциях эндопротезирования риск ТЭО и ТГВ достигает 65 %. В ряде случаев, при высоких степенях риска ТЭО, опасность их возникновения сохраняется длительное время, так при эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава до 4 – 6 недель.

Применение непрямых антикоагулянтов (Варфарина) в амбулаторной профилактике ТЭО, в послеоперационном периоде сопряжено с рядом трудностей. Во-первых, трудность титрования препарата, не каждое ЛПУ имеет возможность определения международного нормализованного отношения (МНО). Возникает необходимость многократного определения МНО для подбора дозы Варфарина, соблюдение определенной диеты. Во-вторых, малоуправляемый и малопрогнозируемый эффект действия, кумуляция препарата и связанный с ним риск развития кровотечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении травматологии и ортопедии ДКБ на станции Хабаровск 1 выполняются операции остеосинтеза переломов различной локализации, в том числе переломов проксимального отдела бедра. С 1994 г. проводятся операции униполярного и тотального эндопротезирования тазобедренного и с 2000 г. — коленного суставов. Всем пациентам в программе профилактики ТЭО используются специфические и неспецифические методы профилактики. В обязательном порядке к моменту выписки, проводится ультразвуковое исследование проходимости глубоких и поверхностных вен травмированной нижней конечности с целью исключения латентно текущего тромбоза. Ежегодно выполняется 40 – 60 операций эндопротезирования тазобедренного и 12 – 15 коленного сустава, 10 – 15 операций остеосинтеза переломов проксимального отдела бедра. В периоперационном периоде используются прямые антикоагулянты (Фраксипарин, Фрагмин, Клексан) в соответствующей дозировке. В послеоперационном периоде, на поликлиническом этапе с целью профилактики назначался Варфарин в профилактической дозе. Титрование проводилось в стационаре, достигая результата МНО 2 – 2,5. Далее прием Варфарина осуществлялся до 4 – 6 недель, под контролем МНО 2 раза в неделю.