

Принятый в 2004 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и постановления Правительства Российской Федерации создали материальную базу для оказания полноценной помощи стомированным пациентам. В настоящее время обеспечение техническими средствами реабилитации происходит для пациентов-инвалидов за счет федерального бюджета, для других стомированных больных — за счет регионального бюджета. Финансы, выделенные правительством Российской Федерации, достаточны для приобретения как отечественной, так и зарубежной продукции.

На базе Городской клинической больницы № 1 в 2006 году открыт кабинет реабилитации стомированных больных (КРСБ), который предназначен для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий стомированным пациентам. В соответствии с этой целью КРСБ осуществляет следующие функции:

1. Проведение амбулаторного приема стомированных пациентов; консультации стомированных пациентов в хирургических отделениях до и после стомирующих операций; обучение больных и (или) их родственников правилам ухода за стомой.

2. Проведение комплексных мероприятий по медицинской реабилитации стомированных больных: отбор для стационарного лечения пациентов для хирургической коррекции осложненной стомы и для операций по восстановлению непрерывности кишечного тракта.

3. Учет и диспансеризация стомированных пациентов.

4. Обеспечение стомированных пациентов средствами ухода за стомой на время пребывания в стационаре с обязательным учетом использования продукции; подбор средств за стомой для постоянного использования.

5. Консервативное лечение пациентов с осложненной стомой.

6. Санитарно-просветительская работа (инструкции и брошюры по уходу за стомой, публикации и выступления в средствах массовой информации)

Таким образом, КРСБ связывает воедино всех участников реабилитационного процесса и является базой для оказания многосторонней помощи больному со стомой.

Мы понимаем, что создание в нашей стране эффективной службы реабилитации стомированных пациентов, должной системы специального образования в государственном масштабе является долгосрочным проектом.

Мы надеемся, что инициатива медиков, поддержка государства и широкое международное сотрудничество в сфере реабилитации стомированных пациентов обеспечит и в России должное «качество жизни» каждому больному.

А.В. Гурулев, Н.Н. Цыбиков, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ – ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

МУЗ «Городская клиническая больница» № 1 (г. Чита)

В настоящее время наблюдается постоянный рост количества больных с острыми заболеваниями легких. Это связано с возрастающим загрязнением окружающей среды, широким нерациональным использованием антибиотиков, бытовой аллергией, курением, неблагоприятными социальными факторами. Относительное учащение за последние годы различных форм эмпиемы плевры, тяжесть этого заболевания делают проблему лечения таких больных весьма актуальной.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Чита в период 2000—2006 гг. лечилось 224 больных с эмпиемой плевры. Средний возраст их составил 38 лет. Соотношение мужчин и женщин 7 : 3. Длительность заболевания колебалась от 2 до 5 недель. Большинство больных поступали из терапевтических стационаров после длительного безуспешного медикаментозного лечения с выраженной клинической картиной плеврального нагноения и тяжелой гнойной интоксикацией.

Абсцессы легкого, осложненные эмпиемой плевры, могут протекать по плевральному или плеврально-легочному типу. При плевральной форме (у 139 больных — 62,1 %) после опорожнения в плевральную полость абсцесс заживал с развитием очагового фиброза и течение заболевания определялось эмпиемой плевры. При плеврально-легочной форме (у 85 больного — 37,9 %) в легочной ткани оставались выраженные деструктивные изменения, которые являлись причиной более упорного и тяжелого течения заболевания, и требовалась длительная предоперационная подготовка.

Лечение начинали с плевральных пункций и закрытого дренирования плевральной полости с последующим фракционным или постоянным промыванием ее растворами антисептиков. Применение плевральных пункций ограничивалось начальной стадией эмпиемы, легко поддающейся лечению.

Пункции и закрытое дренирование являлись основным методом лечения у 102 больных. Они оказались эффективными у 93 пациентов. Средняя продолжительность такой терапии — 49,3 дня. Летальность — 8,8 %. Основными причинами смерти были сепсис и септические осложнения, как результат длительного консервативного лечения.

Опыт показал, что плевральные пункции и закрытое дренирование эффективны только при плевральной форме заболевания, своевременно начатом и достаточно интенсивном лечении. При позднем поступлении больных в стационар дренирование использовали для предоперационной подготовки.

Дальнейшая тактика зависела от формы заболевания. Больным с плевральной формой после адекватного дренирования и интенсивной санации полости эмпиемы плевры производили раннюю плеврэктомию и декорткацию легкого. Оперативное вмешательство считали показанным при неэффективности консервативного лечения в течение 1 — 2 недель, стабилизации эмпиемной полости, появлении фиброзных шварт, ригидном легком, многокамерном фибриозном плеврите, бронхиальных свищах. Выполнение операции в ранние сроки уменьшало ее травматичность и способствовало более быстрому и полному расправлению легкого.

Декорткация легкого выполнена 67 (29,9 %) больным. Выздоровели 90,3 % больных, летальность составила 1,6 %. Резекция легкого произведена 55 (24,6 %) больным. Выздоровели 39 (70,9 %) больных, умерли 4 (7,3 %) от рецидива эмпиемы в остаточной полости после резекции.

Изучение видового состава микрофлоры показало, что преобладающим остается стафилококк (41,2 %), однако частота обнаружения грам-отрицательных бактерий возросла: синегнойной палочки до 26,5 %, кишечной — до 14 %.

Выявленные при исследовании иммунологической реактивности дисфункция фагоцитарной системы, активация аутоиммунной реакции, стойкая микробная сенсibilизация, резкое угнетение Т-системы и нарушение регуляции В-системы иммунитета, подтвердили важность проведения не только санационной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, но и иммунокорректирующей терапии.

Наиболее частыми осложнениями после оперативных вмешательств являлись нагноение раны (13,1 %), остаточная полость (4,1 %), рецидив эмпиемы (7 %).

Для предупреждения нагноений ран хорошо зарекомендовал себя комплексный метод, включающий обработку раны растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин), ультрафиолетовое облучение и дренирование перфорированным дренажем, выведенным через отдельные проколы.

Более высокий процент летальных исходов и послеоперационных осложнений заставил нас сдержаннее относиться к обширным резекциям легкого при абсцессах, осложненных эмпиемой плевры.

Таким образом, выбор метода лечения и объема оперативного вмешательства во многом зависят от формы заболевания. При плевральной форме лучшие результаты дает активная хирургическая тактика, включающая адекватное дренирование, интенсивную санацию полости эмпиемы, раннюю плеврэктомию и лечение иммунологическими препаратами.

Б.С. Данзанов, А.Н. Плеханов, И.А. Ольховский, Л.В. Борбоев

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО И ТРАДИЦИОННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (г. Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Улан-Удэ)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных острым холециститом (ОХ) и его осложненными формами путем выбора наиболее рационального малоинвазивного хирургического метода.

В настоящее время выполняется холецистэктомия, используя традиционный широкий лапаротомный доступ (ТХЭ), видеолапароскопический (ВЛХЭ), открытый лапароскопический по М.И. Прудкову (ОЛХЭ), и через минилапаротомный доступы (МХЭ). Выполнение ВЛХЭ в условиях напряженного карбоксиперитонеума противопоказано для довольно большой группы больных. Кроме того, сдерживает широкое распространение ВЛХЭ и ОЛХЭ трудности выполнения вмешательств на желчных протоках при осложненных формах острого калькулезного холецистита.

Поэтому с целью улучшения результатов лечения (снижение травматичности хирургического вмешательства, предупреждения повреждения внепеченочных желчных протоков и сосудов, гнойно-воспалительных осложнений) нами разработан способ экстренной холецистэктомии через срединный мини-доступ (патент РФ № 2246907).