

менность и раскрывают резервы увеличения рождаемости. При улучшении условий жизни (росте материального благополучия семьи по мере ее увеличения и улучшении жилищных условий). 62,0% женщин готовы родить еще одного ребенка. В настоящее же время реализуется установка на 1-2 детную семью.

Таким образом, устранение «препятствий» материального и жилищного характера среди женщин, проживающих на территории хранения химического оружия, могут способствовать более полной реализации естественных устремлений семьи и, следовательно, улучшению демографической ситуации.

Список литературы

1. Бурдули Г.М. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова О.Г. – М., 2008. – 128 с.

ПЕРИТОНИТ, КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина,

А.Н. Черных, А.А. Парно,

К.С. Шурко

*Красноярский государственный
медицинский университет,
Клиническая городская больница № 6
им. Н.С. Карповича
Красноярск, Россия*

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом, отмечается высокая летальность. Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 60% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], а при госпитальном перитоните может достигать 90% [1, 2, 3, 4, 5].

Летальность при традиционных методах лечения, даже с применением способов экстракорпоральной детоксикации, ГБО, лазерного и УФО крови, остается высокой: при местном перитоните – 4-6%, диффузном – 18-24%, при разлитом – до 45% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Самой высокой остается смертность при послеоперационном перитоните и в его терминальной фазе [1, 2, 3, 6, 7].

Для более глубокого изучения причин летальных исходов мы проанализировали 246 историй болезни умерших от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости за 2004-2008 гг. Это были больные с острым аппендицитом, острой кишечной непроходимостью, прободной язвой желудка и ДПК, ущемленными грыжами, острым холециститом и панкреатитом. На основании патологоанатомического заключительного диагноза и экспертной оценки истории болезни была определена непосредственно ведущая причина смерти у каждой из перечисленных нозологий.

Мужчин было 139, женщин – 107, их возраст - от 19 до 92 лет, в 78% это лица пожилого и старческого возраста. Следует отметить, что 90% больных с неблагоприятным исходом были доставлены в стационар позже 24 часов с момента заболевания.

По непосредственным причинам смерти мы попытались по возможности выделить те из них, которые являлись основными или могли быть пусковым механизмом неблагоприятного исхода. Многообразие причин у многих, а их имелось по несколько, все они тесно переплетались между собой, усугубляя и дополняя друг друга. На фоне первичных тяжелых хронических заболеваний присоединялись послеоперационные осложнения, что в конечном итоге приводило к летальному исходу.

При анализе историй болезни с острым аппендицитом - летальность составила 0,21% (9 больных) из 4271 оперированных. Основной причиной смерти у 5 больных был разлитой перитонит, как первичное осложнение. В 3-х случаях - ошибки в диагностике и технические погрешности на фоне вторичного перитонита, в одном случае - заболевание сердца.

Острая кишечная непроходимость: из 457 оперированных - умерло 44 (9,6%). Первичный перитонит (острый живот, перитонит) имел место у 28 (63,6%) - это лица пожилого и старческого возраста с опухолевыми процессами, из них - с перфорацией кишки - 17 больных. Объем хирургического пособия – паллиатив с наложением кишечного свища. Большинство из них страдали сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью. У 11 (25%) больных перитонит носил вторичный характер из-за сложности в диагностике и тяжести соматического состояния. У 5 больных (11,4%) - были допущены технические погрешности с последующей несостоятельностью швов, развитием кишечных свищей.

Смертность при ущемлении грыжи составила 2,8% (20 больных) из 713 оперированных. Это больные преклонного возраста, чаще с гигантскими многокамерными грыжами и грыжевыми флегмонами, где первичный перитонит имел место в 9 случаях. Несостоятельность швов на фоне тяжелых хронических заболеваний (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь) – в 7 случаях, в 4-х случаях - заболевания сердца и сосудов.

Прободная язва желудка и ДПК: оперировано 526 больных, летальность составила 5,1% (27 больных).

Несостоятельность желудочно-кишечных швов с последующим развитием перитонита -

11 больных, сердечно-сосудистая недостаточность с развитием эвентрации - 6 больных, в 2-х случаях диагностирована легочная эмболия, в 3-х – почечная недостаточность, в 5-и - тяжелые соматические заболевания и, связанные с ними, технические ошибки.

С заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих протоков было оперировано 2343 больных, умерло – 28 (1,2%). Это в основном больные с механической желтухой и опухолевыми процессами желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков – 11 пациентов. Причиной летального исхода была тяжелая печеночно-почечная недостаточность на фоне гнойной интоксикации. Выявлено, что у 6 больных имел место разлитой желчный перитонит, как первичное осложнение; у 8 – сочетание погрешностей техники выполнения и объема оказания помощи. Следует отметить, что у 80% больных холецистэктомия выполнялась эндоскопически.

Заслуживает особого внимания количество больных с острым панкреатитом: всего 3743; оперировано 272 (7,3%), из них умерло - 118 (43,4%).

Проведенный анализ показал, что основная причина смерти – некроз поджелудочной железы с развитием абсцессов, забрюшинной флегмоны, тяжелой степени интоксикация, перитонит в 94 случаях (79,7%). Затем сердечно-сосудистая недостаточность – 13 (11%), у 9 (7,6%) - острое расстройство дыхания - гипостатическая пневмония, в 2-х (1,7%) – тромбоэмболия легочной артерии. 112 больных (94,9%) были пожилого и старческого возраста. Диагностические и тактические ошибки имели место в 6 (5,1%) случаях. Если оперативное вмешательство было своевременным, то объем хирургического пособия недостаточен.

В целом, проведенный анализ летальных исходов показал, что такое осложнение, как перитонит, в большинстве случаев в структуре летальных исходов составляет больше половины больных, особенно с острой кишечной непроходимостью и панкреатитом.

Перитонит, как причина смерти, у больных пожилого и старческого возраста встречается значительно чаще (68%), чем у людей молодого возраста (3,2%).

Перитонит в послеоперационном периоде развился, как правило, в результате допущенных диагностических, тактических и технических ошибок. Наибольшее количество этих ошибок было отмечено у больных с диагнозом ущемленная и невправимая грыжи, острым панкреатитом и непроходимостью кишечника опухолевой этиологии. Допускаемые ошибки касались организационных, диагностических, лечебно-тактических и технических действий: позднее поступление больных в стационар, недостаточное знание врачами «скорой помощи», поликлиники острой патологии органов брюшной полости, несвоевременная диагностика. Позднее оперативное вмешательство – одна из причин летального исхода, что имеет место у больных с деструктивным панкреатитом. К сожалению, при производстве хирургического вмешательства допускается ряд технических ошибок: малые разрезы, небрежность в проведении гемостаза, дренирования, своевременность повторного вмешательства при осложнении и др.

С целью улучшения результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, необходимо придерживаться стандартных программ (алгоритмов) действий, содержащих организационные, диагностические и лечебные постулаты,

включая мероприятия, направленные на укрепление также материально технической базы, повышения уровня квалификации врачей, особенно занимающихся неотложной хирургической помощью, как в диагностическом, так и хирургическом аспекте.

Таким образом, профилактика перитонита, как основной причины летальных исходов, должна заключаться в совершенствовании средств и методов в оказании хирургической помощи на всех этапах лечения больных, включая выявление ранних послеоперационных осложнений. При этом очень важным из всех влияющих на исход лечения факторов, является сокращение времени от момента заболевания до момента операции. Это главное, по сравнению с которым все остальные факторы играют меньшую роль.

Список литературы

1. Ерюхин И.А., Багненко С.Ф., Григорьев Е.Г. и др. //Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы. Инфекции в хирургии. 2007 г. Т.5 №1, с. 6-12
2. Макушкин Р.З., Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Гадаев Ш.Ш., Петижев Э.Б.// Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните. Хирургический журнал имени Пирогова Н.И. №11 2009 г. С. 18-22
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. // Перитонит. М: Литера 2006 г. с.206
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Ерюхин И.А. и др. // Хирургическое лечение перитонита. Инфекции в хирургии 2007; №2 С. 7.
5. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Ештокин С.А., Фролова О.Г. // Применение иммобилизованных форм гипохлорита натрия в геле

карбоксиметилцеллюлозы в комплексном лечении распространенного перитонита. Хирургия. Журнал имени Пирогова Н.И. 2009г. №11 С. 14-17

6. Яковлев С.В., Козлов Е.Б., Гельфанд С.В. и др.// Антимикробная профилактика перитонита. Инфекции в хирургии. 2007 г. Т.5 №4 С. 10-14

7. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis. Eur J. Med. Res 2003; №8 p.125-134

8. Ivatury RaoR. Cheatham M.L. Malbrain M.L.N.G. Surgae M. Abdominal compartment syndrome. Landes Bioscience 2006 p.308

К ВОПРОСУ О СПАЙКАХ И СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Н.Д. Томнюк, В.А. Белобородов,

И.А. Рябков, В.Р. Кембель,

А.А. Парно

*Красноярский государственный
медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Городская клиническая больница № 6
им. Н.С.Карповича
Красноярск, Россия*

С увеличением числа выполняемых оперативных вмешательств на органах брюшной полости возрастает удельный вес случаев острой спаечной кишечной непроходимости. В структуре всех случаев кишечной непроходимости спаечный процесс становится причиной этого недуга в большинстве наблюдений и занимает первое (75-87%) место [1.2.3].

Повышенный интерес к этому заболеванию связан с высокой частотой его проявления, со-

хранящейся высокой летальностью и отсутствием методов и средств для надежной профилактики рецидива болезни. Это отмечено, как практическими врачами-хирургами, так и многими исследователями-морфологами. Проходящие почти ежегодно, научно-практические конференции, форумы, дискуссии, к сожалению, не внесли единой точки зрения на такие вопросы, как патогенез, лечебная тактика и вопросы профилактики данной патологии. Продолжается дискуссия по терминологии и в определении понятия спаечной болезни [4, 7, 8].

Многими отмечено, что любой спаечный процесс брюшной полости не целесообразно отождествлять со спаечной болезнью. Спайкообразование может быть не только следствием полостных оперативных вмешательств, но и результатом исхода многих воспалительных заболеваний. По данным статистики спайки образуются в 95-97% случаев после любых традиционных полостных операций. Они могут самостоятельно лизироваться, существовать десятилетиями, не принося беспокойств человеку и быть находкой хирурга или прозектора. Спаечная болезнь как таковая развивается лишь в 2-7% случаев от общего числа операций на брюшной полости. При этом имеется в виду патологическое спайкообразование, зависящее от изменений реактивности организма, проявляющегося дезорганизацией соединительной ткани [5. 9].

Как указывает А.П.Дубяга [3], патофизиологические проявления спаечной болезни - это морфологические и биохимические являются изменения крови, в виде: лимфоцитоза со склонностью к лейкопении, сменяющихся лейкоцитозом с нейтрофилезом в остром периоде, снижением альбумино-глобулинового коэффи-