

Наиболее приемлемый является срок до 3-6 месяцев. Исключение составляют высокие тонкокишечные стомы, подлежащие закрытию в ранние сроки. Восстановительные операции концевых колостом Гартмана выполняются через лапаротомный доступ. Сложным этапом является выделение из спаечного процесса культы дистального отдела кишки. Ответственным этапом операции формирование анастомоза. Необходимо проводить декомпрессию желудочно-кишечного тракта, интубацию кишечника по устранении раннего пареза кишечника, несостоятельности анастомоза. При толстокишечных анастомозах декомпрессию проводят толстыми резиновыми трубками, введенными через прямую кишку за линию анастомоза.

В клинике БСМП с 1976 по 2010 г. произведено восстановление непрерывности толстой кишки у 281 больных различными типами колостом. Возраст больных был от 16 до 80 лет. Показаниями к наложению колостомы были различные заболевания и травмы толстой кишки. Наибольшую группу составили 154 больных со злокачественными опухолями толстой кишки. Пристеночная и петлевая колостомы были сформированы у 97 больного, это 1-я группа. Двустольная раздельная колостома после резекции сегмента ободочной кишки у 38 пациентов - 2-я группа. Одноствольная концевая колостома после операции Гартмана у 146 больных составили 3-ю группу. Способ восстановительно-реконструктивной операции выбирался с учетом типа сформированной колостомы, характера параколостомических осложнений, длины отключенной кишки, изменений в ней. При восстановлении непрерывности толстой кишки у пациентов 1-й и 2-й групп использовали внебрюшинный и внутрибрюшинный способы. Основные этапы восстановительной операции: ушивание колостомы; выделение кишки из окружающих тканей стенки живота; краевая или циркулярная резекция кишки с колостомой и формирование анастомоза двумя и тремя рядами узловых швов. Для восстановления непрерывности толстой кишки у больных одноствольной концевой колостомой после операции Гартмана показана реконструктивная пластическая операция. Наибольшие трудности обычно возникают при формировании колоректального анастомоза после операции Гартмана, когда культя прямой кишки длиной не более 10 см. Осмотр определялся течением послеоперационного периода. Через 1-6 месяцев после выписки из стационара, осматривали больных с осложнением в ближайшем послеоперационном периоде, а через 12 месяцев

после операции осматривали всех пациентов. Часть пациентов оперированных ранее по поводу злокачественной опухоли толстой кишки госпитализировали в стационар. Изучали состояние анастомоза, функцию кишечника, состояние запирающего аппарата, а также возможность рецидива или метастазирования опухоли. Оценка основывалась по трехбалльной системе в зависимости от состояния больных и данных функционального исследования толстой кишки. Хорошими результатами считали в тех случаях, когда восстановительный период нормализовался при проведении пассажа содержимого по толстой кишке и пациенты возвращались к труду. Удовлетворительными признавали если восстанавливался пассаж бария, но имелось умеренное сужение анастомоза и больным необходимо было применять бужирование. Пациенты этой группы в связи с периодическими нарушениями пассажа по толстой кишке были ограниченно трудоспособными. Неудовлетворительными результатами считали такие, при которых вследствие послеоперационного осложнения или рецидива основного заболевания возникала необходимость в повторном оперативном пособии. В заключении следует отметить, что после восстановительно-реконструктивных операций у больных с колостомой наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде были вентральные послеоперационные грыжи, осложнения свойственные многим травматическим абдоминальным операциям. Применение в хирургической практике обоснованных методов восстановительно-реконструктивных операций позволяет реабилитировать с хорошими и удовлетворительными результатами 98,2% оперированных.

Литература:

1. Клиническая хирургия: национальное руководство + CD: в 3-х томах. – М.: ГЭОТАР – Мед. – 2008. Т. 1. – 864 с
2. Хирургические болезни: Учебник + CD: в 2-х томах./ под ред. В.С. Савельева и др. – М.: ГЭОТАР – Мед. – 2008. Т. 1. – 608 с.; Т. 2. – 400 с
3. Назаров Л.У. Восстановительные операции на толстой кишке. Ереван, 1978.
4. Федоров В.Д., Рудин Э.П., Воробьев Г.Я. Вестник хирургии - 1981, № 4, с. 53-58.
5. Criado F. I., Wilson T. H. Amer. Surg., 1981, vol. 47, p. 366-367.
6. Francillon J., Tissot E., Baudet B. - Lyon chir., 1974, vol. 70, p. 132-134.

УДК 616.711-001:617-089.5

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

П. Г. Есенжолов

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск

Авторлар көптеген жарақат туралы жасалатын жедел операциялар кезіндегі жүргізілген анестезиологиялық жәрдемге ғылыми сипаттама берген. Әртүрлі қурастырылған анестезия әдістеріне салыстырмалы баға бергенде, көптеген жарақатта көлемді хирургиялық кіріспелер мүмкін екендігін дәлелдейді. Бірақ ол кезде гемодинамиканың жағдайына және операцияның ауырлығына қарап анестетиктерді таңдап қолдану керек.

The authors reported the analysis of anaesthesiological management of one-moment emergency operations in polytrauma. Making the comparison evaluation of different methods of combined anaesthesia authors concluded, that widening surgical interventions in polytrauma it possible. But only it necessary using the combination of some anesthetics in depend from hemodynamic condition and operation complexity. The infusion therapy must performed in moderate hem dilution regime with blood last replace.

Боль всегда сопутствует острой травме и оперативному вмешательству, поэтому защита от нее имеет большое значение для анестезиологии. Боль неблагоприятно влияет на все функции системы организма. Ноцицептивная импульсация в сочетании с кровопотерей вызывает нарушения микроциркуляции, расстраивающее доставку кислорода клетке на системном уровне. Это ведет к изменению гомеостаза и влияет на течение репаративных процессов в послеоперационном периоде.

Особенно остро эта проблема встает при необходимости выполнения комбинированных и сочетанных одномоментных операций у травматологических больных. Естественно, что успех подобных операций зависит не только от мастерства хирурга, но и от анестезиологического обеспечения. В связи с этим мы решили поделиться опытом ведения обезболивания при симультанных операциях, выполненных у больных с тяжелой сочетанной политравмой в нашей больнице в 2005-2010 гг.

Всего проанализировано 30 историй болезни. Пациенты поступали со следующими диагнозами: закрытый и открытый переломы бедра – 80%, переломы костей голени – 45%, сочетающиеся с переломами костей предплечья – 18%, повреждением коленного сустава – 10%, голеностопного сустава – 27%, сотрясением головного мозга – 10%, перелом нижней и верхней челюсти – 1 пациентка. В анализ включены истории болезни пациентов с повреждениями внутренних органов, образованием забрюшинных гематом. Обстоятельства получения травмы, как правило, автодорожная катастрофа или падение с высоты. Больные были в возрасте от 18 до 70 лет (пациентов старше 60 лет было 5). Сопутствующие заболевания выявлены у 54% больных: хронические неспецифические заболевания легких у 15%, ишемическая болезнь сердца – у 25%, гипертоническая болезнь (ГБ) – у 18%, ожирение I-II степени – у 6%. Практически все больные поступили в отделение реанимации в состоянии травматического шока I-III степени. Оперативное вмешательство производилось после проведения противошоковых мероприятий и стабилизации состояния больных (на 7-е- 25-е сутки).

Все оперативные вмешательства выполнены под тотальной внутривенной анестезией в условиях ИВЛ с миоплегией. При каждой операции использовалась современная контрольно-следающая аппаратура (мониторы: Nihon Kohden, Mindray pm 5000-7000). ИВЛ проводилась аппаратом «Акома» в режиме нормовентиляции или умеренной гипервентиляции. Информацию о качественных и количественных изменениях буферной системы крови и характеристики его газового состава определяли на ABL-825.

Премедикация обычно включала атропин, димедрол и наркотический анальгетик, при сопутствующей ГБ дополнительно вводился седуксен. Вводный наркоз проводился в основном, калипсолом (2-3 мг/кг), тиопенталом натрия (3-5мг/кг), рекофолом (150-200 мг).

Средние дозы анестетиков:

- фентанил – 0,5-0,8 мг/час
- калипсол – 150-300мг/час
- тиопентал натрия – 300-750 мг/час

- рекофол – 300-800 мг/час.

Исходная гипертензия и повышение АД во время операции отмечалось у больных с сопутствующей ГБ. Повышение АД на 30% от исходного было также у 40% больных при проведении вводного наркоза калипсолом. Для коррекции АД обычно использовался клофелин, позднее эбрантил. Артериальная гипотензия не более чем на 40% от исходного уровня АД отмечалась у 3 больных (10%) пожилого возраста (старше 60 лет) и была связана с введением рекофола. Гипотензия, обусловленная массивной кровопотерей во время операции и потребовавшая введения симпатомиметиков, выявлена у 3 больных (10%).

Стабильность течения анестезии определяет дальнейшую хирургическую тактику при одномоментных сочетанных вмешательствах. Важной проблемой при проведении таких операций является инфузионно-трансфузионная терапия. Ее объем определяется величиной кровопотери и длительностью вмешательства.

Продолжительность операций колебалась от 2 часов 30 минут до 5 часов 30 минут. Объем кровопотери также зависел от объема и вида операции. Общий объем инфузии составил от 2000 мл до 4200 мл (в среднем 2500 мл), гемотрансфузия включала свежезамороженную плазму от 200 до 800 мл (в среднем 400 мл) и эритроцитарную массу от 300 до 950 (в среднем 450 мл), причем у пациентов пожилого возраста и с сопутствующими заболеваниями объем инфузии уменьшался на 15-20%, в основном за счет кристаллоидных растворов, учитывая пониженные компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы.

Выводы

1. Таким образом, в условиях современного обезболивания и при наличии высококвалифицированных специалистов – хирургов и анестезиологов возможно выполнение комбинированных и сочетанных оперативных вмешательств одномоментно.

2. Объем операции, при необходимости выполнения сочетанного вмешательства зависит от течения анестезии, особенно у больных пожилого возраста и при наличии сопутствующей патологии.

3. Для обеспечения адекватной анестезии необходимо использовать комбинацию нескольких анестетиков в зависимости от состояния гемодинамики и сложности операции.

4. Инфузионная терапия должна проводиться в режиме умеренной гемодилюции со своевременным возмещением кровопотери с целью профилактики нарушений микроциркуляции и свертывания крови.

Литература:

1. Ирештедт Л. // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: VII-IX Конгрессы Европейской Ассоциации анестезиологов. - Архангельск, 2002.

2. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С. Михаил // Клиническая анестезиология, книга третья. - Москва, 2003. – С. 88-108.

3. Лихванцев В.В. и др. // Анестезиология и реаниматология. - 1997. - №1. – С. 53-56.

4. Шанин В.Ю. // Клиническая патофизиология. - СПб: Спец. Лит. 1998. – С. 543-545.