

partment of Surgery, Singapore General Hospital, Singapore, 1998.

3. Madani A., Badawy A., Henry C., Nicolet J., Vons C., Smadja C., Franco D. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis // *Chirurgie*.— 1999. — Vol. 124. — № 2. — P. 171-176.

4. Завгороднев С.В., Григашкина Т.А., Тимофеев Д.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Тактические и технические приложения // *Эндоскопическая хирургия* 1997. -№ 1.-С. 65-66.

УДК 617.52-018.6-089.844

ПОДФАСЦИАЛЬНАЯ «УДАВКА» МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ГЕМАТОМОЙ

П.И. Какенова, Д.К. Шайпранова, С.Ж. Мантыкова
Павлодарская городская больница №1, г. Павлодар,
Врачебная амбулатория с. Каратомар

При незначительных механических травмах нижних конечностей (больной не придал значения), могут возникнуть повреждения измененной стенки сосуда с кровотечением под неповрежденную фасцию. При этом возникает боль, припухлость. В поликлинике чаще диагностируют: Ушиб мягких тканей. В последующие дни нарастает лимфостоз, увеличивается объем конечности, усиливаются боли. Диагностируется: Тромбофлебит глубоких вен. Несмотря на интенсивное консервативное лечение, состояние резко ухудшается, присоединяются признаки полиорганного поражения. На самом же деле врачами допущена диагностическая и тактическая ошибка. У больного в плотном, неподатливом фасциальном мышечном футляре образовалась гематома, которая тампонирует мышечные волокна, лимфатические сосуды, систему микроциркуляции. Сдавление микроциркуляции ведет к гипоксии, ишемии, некрозу тканей. Постепенно растет лимфостоз, нарушение кровотока в магистральных сосудах. Продукты распада из раздавленных мягких тканей вызывают отравление организма и полиорганное повреждение. В данном случае конечность не попала под пресс, под обвал, тем не менее, развитие ишемии от кровоизлияния, в мышечный фасциальный футляр, в замкнутое пространство дает патоморфологическую и патоанатомическую картину сдавления мягких тканей. Подобная патология может быть при наложении циркулярной гипсовой повязки на конечность при свежих переломах.

Пример: больная З. 1930 г.р. лечилась в терапевтическом отделении по поводу артрита правого коленного сустава. Заболевание свое связывает с пункцией сустава, хотя из анамнеза выяснили, что через неделю после пункции сустава при «неудобном» повороте в постели правой нижней конечности, что-то «хрустнуло», «щелкнула» сразу почувствовала боль, затем припухлость в области голени. Боль с каждым днем усиливалась, нарастал отек всей конечности, повысилась температура 38-38,5°, озноб. При осмотре: правая нижняя конечность отекая, плотная, кожа натянутая, лоснистая, бледного цвета. При обследовании – магистральный кровоток сохранен. Консультант, в срочном порядке, больную

в тяжелом состоянии перевел в хирургическое отделение с диагнозом анаэробная флегмона мягких тканей правой нижней конечности. Фасцит. Миозит. Сопутствующий диагноз: хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей. После кратковременной дезинтоксикационной, по системной симптоматической терапии проведено декомпрессирующее хирургическое вмешательство – фасциотомия, нэкрэктомия, дренирование, раны мазью на водорастворимой основе.

В области разреза вид фасции тусклый, выделения в небольшом количестве жидкое, мутное, темно-коричневое с черными хлопьями.

Хирургическая обработка многоэтапная. Продолжена целенаправленная интенсивная терапия. Заживление ран вторичным натяжением.

Таким образом, незначительная травма нижней конечности может повредить патологически измененную стенку сосуда с кровотечением, сдавлением мягких тканей в фасциальном футляре, причем распространение патологического процесса, длительно не сопровождается никакими внешними проявлениями на коже. Диагностика сложна, чаще запоздалая. Осложнение данного процесса анаэробной флегмоной увеличивает ишемический гипертензионный синдром. Лечение основано на принципах активного хирургического вмешательства с удалением нежизнеспособных тканей, адекватного дренирования и ранних восстановительных операций.

В комплекс интенсивной терапии входят антибактериальная (с учетом бактериологического исследования и чувствительности), детоксикационная, коррекция функций органов и систем, иммунотерапия, плазмаферез, гиперборическая оксигенация.

Литература:

1. Федоров А.А., Святухин А.А. Избранные лекции по гнойной хирургии. М. 2004

2. Нечаев Э.А., Ревской А.К., Савицкий Г.Г. Синдром длительного сдавления. Руководство для врачей. М. 1993 г.