

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Кафедра факультетской хирургии и урологии

Травма двенадцатиперстной кишки

(клиника, диагностика, хирургическая тактика и лечение)

**Учебное пособие для студентов, обучающихся
по специальности «Лечебное дело» и « Педиатрия».**

Иваново- 2015

Составители: Верушкин Ю.И.
Шевырин А.А.

Под общей редакцией д-ра мед.наук
Профессора А.И.Стрельникова

Учебное пособие составлены в соответствии с учебной программой подготовки выпускников по специальности «Лечебное дело». Содержат блок информации по клиническому течению, диагностики, хирургической тактики и лечению травматических повреждений двенадцатиперстной кишки, вопросы и клинические задачи для текущего и итогового контроля знаний и практических умений студентов.

Предназначено для самостоятельной подготовки студентов 1У-У1 курсов обучающихся по специальностям «лечебное дело» и « Педиатрия».

Рецензенты:

зав. кафедрой общей хирургии, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГББОУ ВПО ИвГМА Минздрава России канд.мед.наук, доцент С.П.Черенков;
профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России д-р мед. наук Е.Ю.Евтихова

Рекомендовано центральным координационным методическим советом в качестве учебного пособия по специальности «Лечебное дело» для студентов 1У-У1 курсов по дисциплинам «Факультетская и госпитальная хирургии»

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Цель, стоящая перед студентом на занятии	4
Практические умения и навыки, подлежащие усвоению.....	4
Вопросы для повторения.....	6
Методические указания по самоподготовке.....	7
Основные понятия.....	7
Смежные дисциплины.....	9
Основные положения темы.....	11
Ориентировочная основа действий при работе с больным.....	16
Примерный план диагностического поиска у больных с травмой Двенадцатиперстной кишки.....	18
Контрольные вопросы.....	19
Задания для самопроверки.....	19
Учебная ситуационная задача.....	20
Котрольная ситуационная задача.....	22
Рекомендуемая литература	23

ВВЕДЕНИЕ

Мотивация изучения темы

Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) - одна из актуальных проблем отделения абдоминальной хирургии (Н.В.Комаров и соавт.,2004; В.М.Казарян,2007; А.П.Михайлов и соавт.,2007).

Данные о частоте ее повреждений в структуре травм органов брюшной полости противоречивы и составляют от 0,6 до 12,5% (Козлов И.З. и соавт.,1988; П.А.Иванов и соавт.,2004; Урман М.Г.,2005; Молитвословов А.Б. и соавт,2004; Казарян В.М.;2007).

Среди травм органов пищеварения они не превышают 10% (Sallieri D. и соавт.,1982).

Таблица 1. Частота травм ДПК

Автор и год публикации	Показатели частоты травм ДПК
В структуре травм органов брюшной полости	
П.А. Иванов и соавт.,2004	0,6 – 5,0%
М.Г. Урман.,2005	5 – 6 %
Р.М.Евтихов и соавт.,2006	0,9 – 5,0%
В.М.Казарян, 2007	12,5%
В структуре травм органов пищеварения	
Sallieri и соавт.,1982	До 10%
Наши данные, 1995	
От числа консультированных больных	0,6%
От числа оперированных в условиях хирургического отделения ЦРБ	0,8%

Частота диагностических ошибок варьирует от 7 до 25% (Козлов И.З и соавт.,1988; Шапот Ю.Б. и соавт.,1990).

Послеоперационные осложнения развиваются у 25-72,5% пострадавших (Иванов П.А. и соавт,2004; Казарян В.П..2007; Михайлов А.П. и соавт.,2007;

Velmahos G. C. и соавт., 1999; Jansen M. и соавт.,2002). Общая летальность при травме ДПК достигает 70-80% (В.Я.Девятков, 1985; М. М. Абакумов и соавт., 1989; А. С. Новиков и соавт.. 1998; Н. В. Комаров и соавт. 2004; А.Б.Молитвословов и соавт.,2004; А.Х.Гусейнов, 2007; Казарян В.П.,2007; Р.Н.Чирков и соавт.,2009). При изолированных повреждениях ДПК послеоперационная летальность составляет 11,8% - 30,5%, а при сочетанных – 46,6 - 80% (Давлетшин А.Х. и соавт.,1997; Verma G.R. и соавт.,1994).

Причиной открытых травм ДПК у 88,4% больных являются колото-резаные раны, из них у 31,4% пациентов наблюдаются внебрюшинные ранения (А.Х.Гусейнов,2007). В большинстве случаев они сочетаются с ранением паренхиматозных органов (51,4%) или других отделов кишечника (38,5%) (А.К.Ревской и соавт.,2006).

Причины закрытых повреждений: удар большой силы в живот, сдавление живота между массивными предметами, при завалах.

Цель, стоящая перед студентом на занятии,- изучить общее представление о травматических повреждениях органов брюшной полости, симптоматику повреждения двенадцатиперстной кишки, усвоить принципы диагностики этого состояния, выработать хирургическую тактику и методы оперативного вмешательства.

Практические умения и навыки, подлежащие усвоению

. Студент должен знать:

- 1) классификацию повреждений ДПК. Этиологию и патогенез данного состояния (ПК-17);
- 2) клинические и параклинические признаки, методы диагностики данной группы повреждений, последствия проникающих ранений органов брюшной полости (ПК-15, ПК-17, ПК- 19, ПК_20);
- 3) методы консервативного и оперативного лечения травм ДПК (ПК-17, ПК-19, ПК-20);

- 4) объем оперативного вмешательства, хирургические этапы (ПК-17);
- 5) алгоритм действий хирурга при оказании экстренной консультативной помощи (ПК-17, ПК-19, ПК_20);

Студент должен уметь:

1. поставить предварительный диагноз травмы ДПК, синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих (ПК-5, ПКЕ-15, ПК-17);
2. наметить объем дополнительных исследований при травме ДПК в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата (ПК-5, ПК_15, ПК-17);
3. сформировать клинический диагноз при травматическом повреждении ДПК на основании МКБ-Х (ОК-1, ПК-17);
4. разработать план терапевтических или хирургических действий с учетом протекания состояния и его лечения (ПК-19, ПК-20);
5. сформулировать показания к избранному методу лечения, оценит его эффективность и безопасность (ПК-19, ПИК- 20);
6. диагностировать и оказать неотложную помощь при шоке, «остром животе», внутреннем кровотечении (ПК-7, ПК-19, ПК-20).

Студент должен владеть:

1. правильным ведением медицинской документации: истории болезни стационарного больного, выписки из медицинской карты стационарного больного, статистической карты выбывшего из стационара, направления на исследования (ПК-5);
2. методами общеклинического обследования больного при перитоните (изучение жалоб больного и анамнеза заболевания, осмотр, пальпация, перкуссия, пальцевое ректальное исследование) (ПК-5, ПК-17);
3. интерпретацией лабораторных, инструментальных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, кала, биохимический анализ крови: системное воспаление (уровень общего белка, белковых фракций, С-реактивного белка, щелочной фосфатазы), кислотно-основное состояние крови, коагулограмма, УЗИ, рентгенограмма и томограмма органов брюшной полости (ПК-5, ПК-15);
4. алгоритмом постановки предварительного диагноза (этиологического, нозологического, синдромального, функционального) с последующим направлением пациента на дополнительное обследование и к врачам-специалистам (ПМКЕ-17);
5. основными врачебными лечебными мероприятиями по оказанию

первой врачебной помощи (наложение и снятие швов, наложение и снятие повязок, методика остановки кровотечения) (ПК-17, ПК-19, ПК-20).

Вопросы для повторения

Для достижения поставленной цели следует вспомнить:

из курса анатомии человека: форму, строение и топографию органов брюшной полости, кровоснабжение и иннервацию; анатомию желудка и двенадцатиперстной кишки;

из курса топографической анатомии: забрюшинные клетчаточные пространства, пути распространения гнойной инфекции;

из курса общей хирургии и оперативной хирургии: резекцию желудка, еюностомию по Майдлу, дуоденостомию, холецистэктомию, панкреатодуоденальную резекцию, наложение ГЭА, нефрэктомия, резекцию почки, нефростомия, пиелостомия, эпицистостомия;

из курса пропедевтики внутренних болезней: лабораторные и инструментальные методы обследования больного.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО САМОПОДГОТОВКЕ

При изучении темы следует уяснить цели и задачи, поставленные на занятии. Затем ответить на вопросы по исходным знаниям. Ознакомиться с перечнем практических навыков, изучить раздел «Основные положения темы».

Обратите внимание на возможные этиологические факторы травмы ДПК. Изучите классификацию данного состояния. Определите наиболее важные клинические симптомы травматического повреждения ДПК. Вспомните основные методы диагностики. определите план дополнительных обследований. Ознакомьтесь с принципами и методами лечения, определив тактические вопросы в ведении больного. выберите адекватный объем оперативного вмешательства.

Вопросы по исходным знаниям по теме

1. Распространенность и социальная значимость травмы ДПК.
2. Классификация травм ДПК.
3. Этиология, основные звенья патогенеза, основные задачи врача на до- и госпитальном этапах.
4. Симптоматология, диагностика, основные симптомы состояния.
5. Хирургическое лечение, способы оперативного вмешательства.
6. Послеоперационные осложнения, трудовая экспертиза.

Основные понятия

1.Общее представление о травматических повреждениях органов брюшной полости:

Систематизация травматических повреждений: а) голова, позвоночник (спиной мозг) и шея; б) грудь; в) живот; г) опорно-двигательный аппарат.

1) Механизм повреждения органов брюшной полости;

2) Клиническая классификация травм живота;

по степени их повреждения: легкие, тяжелые и критические;

по количеству: а) одиночные; б) множественные; в) сочетанные (торакоабдоминальные повреждения);

по виду: а) открытые (проникающие и непроникающие);

б) закрытые (разрыв мышц, кровоизлияния, трещины, отрывы).

Различаю повреждения:

а) **полых органов** (ушибы, раздавливания, полные или частичные разрывы);

б) **паренхиматозных органов** (печень, селезенка, поджелудочная железа);

в) **травма кровеносных сосудов** (разрывы крупных сосудов, отрыв боковых ветвей, разрыв аорта и т.д.).

3) симптоматология: а) наличие зоны повреждения, б) боль, в) напряжение мышц передней брюшной стенки, г) исчезновения печеночной тупости, д) притупление в отлогих местах, е) симптом Щеткина-Блюмберга.

4) диагностика: а) жалобы пострадавшего, б) анамнез, в) клинические данные, г) лабораторная диагностика, д) рентгенологические исследования. е) УЗИ, ж) лапароцентез. з) лапароскопия, и) диагностическая лапаротомия.

5) тактика ведения больных: а) активная, б) активно-выжидательная, в) выжидательная (плановая).

6) лечение: а) консервативная терапия (при повреждениях легкой степени и как этап предоперационной подготовки), б) экстренные операции.

7) этапы хирургического лечения: а) остановка внутрибрюшного кровотечения, б) исключение выделения кишечного содержимого в брюшную полость. в) тщательная ревизия органов брюшной полости, г) удаление последствий травмы, д) санация и дренирование брюшной полости.

8) последствия проникающего ранения: а) развитие травматического шока, б) перитонит, в) внутрибрюшной кровотечение, г) наличие свободного газа в брюшной полости.

Повреждения двенадцатиперстной кишки.

1. Механизм повреждений.

2. Классификация повреждений ДПК.

3. Симптоматология: а) шок, б) резкая боль в животе, в) поступление из брюшной полости дуоденального содержимого (при открытой травме), г)

напряжение мышц брюшной стенки д) признаки перитонита, е) симптоматика внутрибрюшного кровотечения.

4. Диагностика: а) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, б) лапароскопия, в) УЗИ. г) КТГ, д) диагностическая лапаротомия.

5. Лечение: а) консервативное, как этап предоперационной подготовки, б) экстренное оперативное вмешательство.

Смежные дисциплины

Знания, полученные студентами при изучении темы «Травма живота и органов забрюшинного пространства» необходимы не только хирургам абдоминального отделения, но и врачам хирургам других специальностей.

Нейрохирургия

В структуре травматологических больных, поступающих в стационары, закрытая сочетанная вертеброабдоминальная травма (ВАБТ) наблюдается относительно часто – у каждого десятого пострадавшего с политравмой. Этого рода травма относится к категории чрезвычайно тяжелых. Она сопровождается значительной летальностью на всех этапах медицинской помощи, включая специализированную. Трудность диагностики ВАБТ связана с тяжестью состояния пострадавших и «наложением» локальных симптомов повреждения позвоночника и спинного мозга на синдром «острого живота». Наличие тяжелой степени травматического шока извращает локальную симптоматику. При этом классические симптомы «острого живота» могут отсутствовать или быть слабовыраженными. Следовательно, дежурному хирургу необходимо знать алгоритм диагностики закрытых сочетанных ВАБТ.

Выделяют следующие важные моменты:

- выяснение механизма и времени получения травмы; состояние сознания (бессознательное, ступорозное, ясное);
- положение пострадавшего (на спине, на боку);
- состояние глазных симптомов (зрачки – расширены, сужены, нормальные, анизокория);
- сохранность или отсутствие роговичного рефлекса (сохранен, отсутствует);
- тип дыхания дыхание (агональное, преагональное, удовлетворительное); и т.д.

При этом на догоспитальном этапе ограничиваются постановкой предварительного диагноза. В стационаре привлекают дополнительные методы исследования (катетеризация, рентгенологическое обследование, лапароцентез, лапароскопия и т.д.). Обязательна консультация врача нейрохирурга или врача невропатолога.

При торакоабдоминальной травмы повреждение диафрагмы сочетается с повреждениями костей таза и органов брюшной полости. Наступает перемещение в плевральную полость желудка, петель тонкого и толстого кишечника, участка большого сальника, селезенки. В клинической картине преобладают симптомы сопутствующей патологии (плевропульмональный шок, сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, кровотечение, перитонит). Заподозрить признаки разрыва диафрагмы можно при наличии над грудной клеткой тимпанита при перкуссии, кишечных шумов при аускультации. Необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях. Установленный диагноз закрытого разрыва диафрагмы должен считаться основанием для срочной операции с привлечением хирурга торакального отделения.

Урология

Повреждение почек нередко сочетается с повреждениями других внутренних органов. Распознавание травмы почек, решение вопроса о сопутствующих повреждениях внутренних органов представляет собой сложную задачу, особенно когда больной находится в состоянии шока, алкогольного опьянения. Точно собранный анамнез заболевания, выявление механизма травмы, исследование мочи и применение специальных методов исследования позволяет хирургу быстро принять правильное решение, а при необходимости пригласить на консультацию врача уролога. При повреждении органов брюшной полости хирург обязан выяснить состояние органов мочевой системы. Наличие гематурии, присутствие свободной жидкости в брюшной полости и выявление гематомы в забрюшинной клетчатке, позволяют заподозрить повреждение мочевой системы и произвести необходимые исследования. Встречаются случаи, когда врач-хирург произвел лапаротомию по поводу острого хирургического заболевания органов брюшной полости и во время операции установил повреждение почки. В этой ситуации необходимы знания методов оперативного вмешательства этих повреждений. И все-таки, в данном случае целесообразно приглашение врача уролога с целью проведения консультации и выбора объема оперативного вмешательства.

Основные положения темы

Классификация

Существует несколько классификаций травматических повреждений двенадцатиперстной кишки, построенной по разным принципам. Исчерпывающей, по нашему мнению, является классификация **Е. Moore (1990)**, которая выделяет пять степеней тяжести травмы (таблица 5).

Классификация травм двенадцатиперстной кишки -Е.Мооре (1990).

Степень тяжести травмы ДПК	Характер повреждения
1-я степень	Гематома или разрыв стенки, не проникающие в просвет кишки
2-я степень	Гематома нескольких частей или разрыв кишки нет более 50% ее окружности
3-я степень	Разрыв второй порции кишки достигает 75 %
4-я степень	Во второй порции ДПК разрыв превышает 75% или дистального отдела общего желчного протока
5-я степень	Повреждение нескольких органов панкреатодуоденальной зоны, деваскуляризация кишки

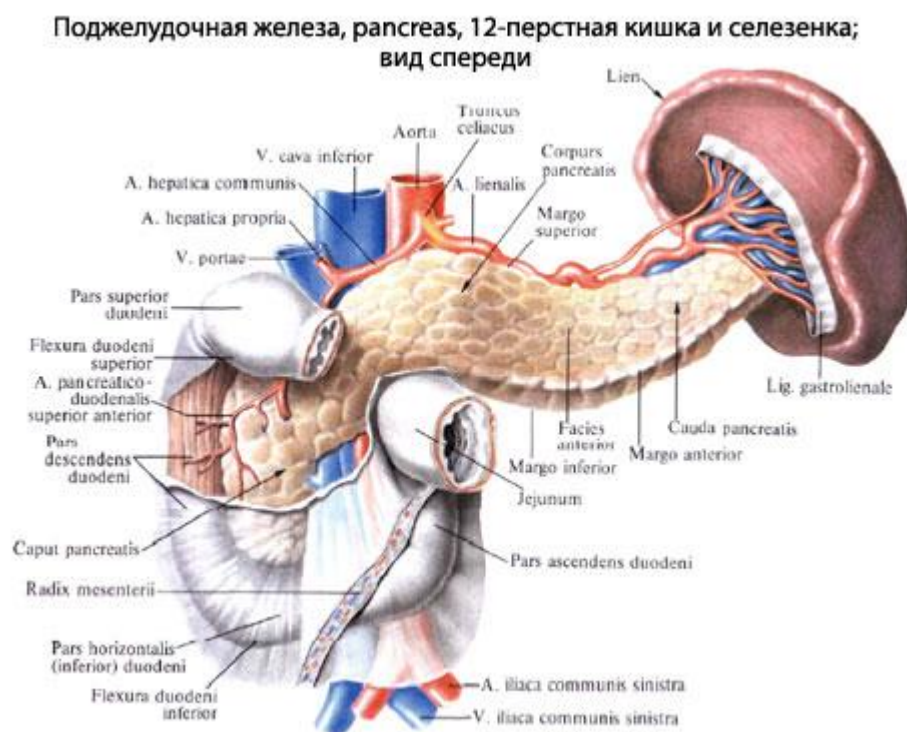
Диагностика

Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки остаются сложной проблемой хирургии. Это объясняется тем, что травма двенадцатиперстной кишки часто сочетается с повреждениями других органов брюшной полости. Отсюда, консультация хирурга областного учреждения считаем оправданной.

Основными причинами вызова специалиста областного центра к больным с данной патологией являлись трудности диагностики повреждения органов брюшной полости на фоне позднего поступления в стационар, при отсутствие возможностей полноценного проведения дополнительных методов лабораторного и инструментального исследований в условиях ЦРБ, проведения повторных оперативных вмешательств. Нередко, причинами вызова служили находки в ходе проведения операции хирургами района по поводу травм других органов брюшной полости.

По данным А.К.Ревского и соавт.(2006), на этапе квалифицированной помощи исключить повреждения забрюшинного отдела ДПК довольно

трудно, а порой и невозможно. Следует обратить внимание на то, что двенадцатиперстная кишка огибает головку поджелудочной железы и у связки Трейтца образует дуоденоюнальный перегиб. В нисходящей части двенадцатиперстной кишки на заднемедиальной стенке расположен большой дуоденальный сосочек- место впадения в кишку общего желчного и главного панкреатического протоков.



Особенный интерес к этой патологии вызван, в конечном итоге, тяжестью повреждения, трудностями диагностики, разновидностью хирургического вмешательства. В тоже время и симптоматика изолированных поражений ДПК зависела во многом от размеров и места повреждения кишки. Шок, резкая боль в животе, напряжение мышц брюшной стенки - вот основные симптомы травматического повреждения. При перкуссии живота выявляется в боковых отделах укорочение перкуторного звука (жидкость), в области печени – тимпанит (свободный

газ, вышедший из желудка в брюшную полость). Быстро развивается перитонит.

Основным приемом диагностики выявленного повреждения является тщательно проведенная первичная хирургическая обработка ран. Она позволяет установить проникающий в брюшную полость характер ранения и выработать показания к операции. Заслуживает внимание и тот факт, что при тупой травме живота до операции диагноз разрыва ДПК достоверно не был установлен ни у одного больного.

Следует отметить, что лечебная тактика хирурга районной больницы до приезда консультанта при диагностике повреждения ДПК в первые часы после поступления больного в стационар заключалась, в основном, в проведении интенсивной противовоспалительной терапии, коррекции гемодинамических нарушений, профилактике гнойно-септических осложнений.

При диагностике тупой травмы живота консультанты особое внимание обращают на характер и механизм травмы, наличие болей в правых отделах брюшной полости и рентгенологические данные (обзорная рентгенограмма органов брюшной полости). Подобное исследование выполняется в большинстве наблюдений с положительным результатом.

Ранение забрюшинного пространства необходимо предполагать после тупого удара в данной области, сопровождаемого повторными рвотами с последующим общим изменением.

В практике борт хирурга диагностика забрюшинных повреждений ДПК в начальных ее проявлениях очень затруднена, отличается худшим заживлением зоны повреждения и часто сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями. Подтверждающими моментами возникновения осложнения являются:

- 1) истечение желчного содержимого с высокой протеолитической активностью через рану или через оставленный при первой операции дренаж;
- 2) быстрое раздражение ферментами кожи и раневой поверхности;

3) тревожные признаки прогрессирования перитонита.

Диагностика ранних послеоперационных осложнений после ликвидации повреждения кишки силами районных хирургов для консультанта не вызывает затруднений. При этом подробно изучается характер осложнения, результаты первично выполненного оперативного вмешательства, закономерность течения раннего послеоперационного периода.

Диагностика забрюшинных разрывов двенадцатиперстной кишки чрезвычайно сложна (А.Х.Гусейнов,2007). Особенный интерес к этой патологии вызван, в конечном итоге, тяжестью повреждения, трудностями диагностики, разнообразностью хирургического вмешательства. Рентгенологический метод при этом мало убедителен. Иногда выявляют газ в забрюшинном пространстве, представляющий собой полосы просветления вокруг почек или вдоль большой поясничной мышцы. При проведении лапароскопии (если это возможно) выявляют очаги стеатонекроза и желтовато-зеленоватое пропитывание тканей.

В тоже время и симптоматика изолированных поражений ДПК зависела во многом от размеров и места повреждения кишки.

Диагностика же ранних послеоперационных осложнений после ликвидации повреждения кишки силами районных хирургов для консультанта не вызывает затруднений. При этом подробно изучался характер повреждения, результаты первично выполненного оперативного вмешательства, закономерность течения раннего послеоперационного периода.

Подтверждающими моментами возникновения осложнения являются:

- 1) истечение желчного содержимого с высокой протеолитической активностью через рану или через оставленный при первой операции дренаж;
- 2) быстрое раздражение ферментами кожи и раневой поверхности;
- 3) тревожные признаки прогрессирования перитонита.

Диагностическим фактором несостоятельности швов является рентгенологическое исследование с дачей жидкого контраста через рот или бриллиантовой зелени через дренаж, введенного в просвет желудка.

Считаем целесообразным при трудно диагностируемых случаях послеоперационных осложнений ранний вызов консультанта с целью определения организационной тактики, как в лечебно-диагностическом, так и эвакуационном отношении.

Ведущим значением в диагностике повреждений органов брюшной полости имеют инструментальные исследования. Из них наиболее простым, быстрым и щадящим методом диагностики является лапароскопия. Она позволяет выявить лишь косвенные признаки повреждения органов брюшной полости.

Немаловажное значение в диагностике повреждений в последние годы стали иметь эндоскопические методы исследования. Лапароскопию следует считать эффективным методом распознавания повреждений.

Диагностические ошибки

Не уменьшается удельный вес хирургических ошибок, допускаемых при постановке окончательного диагноза, выборе тактики ведения больных и определении объема оперативного вмешательства. Особенно, чрезвычайно сложна диагностика забрюшинного разрыва ДПК (Ю. А. Сайдаковский и соавт.,1992; А.Г.Хасанов и соавт.,2002; П.А.Иванов и соавт.,2004; А.П.Михайлов и соавт.,2007).

В большинстве наблюдений окончательный диагноз повреждения ДПК устанавливался после выполнения лапаротомии, хотя, по мнению А. Г. Караванова и соавт.1970; П. Г. Алисова и соавт., 1995; А.Г.Хасанова и соавт.,2002;А.П.Михайлова и соавт.,2007, диагностические ошибки отмечались и во время проведения повторного оперативного вмешательства. Так, наиболее часто просматривались повреждения в нижней горизонтальной ветви (Ш. К. Уракчеев, 1998).

Основной причиной допущенных диагностических ошибок были: неадекватная ревизия брюшной полости в ходе проводимой операции на

фоне тяжести сочетанного повреждения и неадекватного доступа (ограниченность выполняемой лапаротомии). Эти больные поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии, через длительный промежуток времени после травмы с уже развившимися явлениями разлитого перитонита или внутрибрюшного кровотечения.

Лечение

Хирургическая тактика при диагностике повреждений ДПК неоднозначна. В тоже время, следует придерживаться более активной тактики. Сразу можно отметить, что лечение повреждений ДПК может быть только оперативное.

Выбор метода хирургического пособия при травме ДПК во многом определялся временем, прошедшим с момента нанесения травмы, величиной повреждения и локализации места разрыва выраженности и распространенности перитонита, тяжестью состояния пострадавшего. Сроки проведения повторного оперативного вмешательства колеблются в пределах 4-6 суток с момента выполнения первой операции в условиях ЦРБ.

Оперативные вмешательства

Проблема лечения больных с травматическими повреждениями ДПК до сих пор актуальна, что многие тактические вопросы не решены. Так, у первично оперированных больных оперативное вмешательство выполнялось срединным доступом, который, при необходимости, при установлении окончательного диагноза разрыва кишки дополнялся боковым разрезом. Это обеспечивало более широкий осмотр и ревизию забрюшинного пространства, задней стенки двенадцатиперстной кишки, которая при этом нами мобилизовалась по Кохеру-Клерману. Столь решительное суждение объясняется иногда предположительностью диагноза, наличием сочетанных повреждений, сопровождающихся обширным внутрибрюшным кровотечением и желчным перитонитом..

До сих пор не решены вопросы о выборе первичного объема и характера оперативного вмешательства при травматических повреждениях ДПК, особенно при диагностике ранних послеоперационных осложнений после операций, выполняемых районными хирургами. В результате длительного наблюдения за больными, мы пришли к выводу, что вид повторного оперативного вмешательства при травмах ДПК во многом зависит от локализации повреждения, его характера и степени, а также от сроков госпитализации и выполнения адекватного объема операции от момента получения травмы.

По мнению П.А.Иванова и соавт., 2004, хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки не унифицирована. Изучая данные литературных источников, можно сделать вывод о том, что чем тяжелее травма ДПК, тем сложнее оперативное вмешательство. Применяются различные варианты операций, однако, ни одно из них не приносит желаемых результатов. При повреждении забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки мы придерживаемся мнений Ю. А. Сайдаковского и соавт., 1992, которые рекомендуют следующие этапы оперативного вмешательства:

- а) ушивание места разрыва;
- б) резекцию краев поврежденной области при ее нежизнеспособности с наложением дуоденодуоденального анастомоза «конец в конец», который можно добавить гастроэнтероанастомозом;
- в) при повреждении нижнего горизонтального отдела, расположенного слева от позвоночника и невозможности ушить дефект – наложение дуоденоеюнального анастомоза «конец в конец»;
- г) в случае обширных повреждений, где невозможно выполнить анастомоз, как крайняя мера – закрытие обеих концов ДПК с наложением гастроэнтероанастомоза с межкишечным соустьем по Брауну.

Ш. К. Уракчеев, 1998, считает, что операцией выбора в острый период травмы у больных с множествами повреждений органов брюшной полости,

тяжести кровопотери должно быть сшивание краев раны с подкреплением пряди большого сальника, декомпрессии кишки путем заведения назоинтестинального зонда дистальнее наложенных швов на рану ДПК, дренирование забрюшинного пространства. В случае позднего поступления пострадавшего, целесообразно выполнить ушивание зоны повреждения и наложить гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну.

Buck J. P. и соавт., 1992 приводят данные лечения 17 пациентов с травмами ДПК и поджелудочной железы. У всех больных выполняется выключение двенадцатиперстной кишки из акта пищеварения, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Причем у 8 из них произведена стволовая ваготомия.

Н. В. Комаров и соавт., 2004 в ранние сроки после травмы при изолированных повреждениях проводили ушивание раневого дефекта ДПК с ее интубацией.

По мнению М.М.Абакумова и соавт.,1989; В.Е.Розанова и соавт.,2010, при повреждениях ДПК хирургическое вмешательство должно состоять из следующих элементов:

- 1) сшивания дефекта стенки кишки;
- 2) частичного или полного исключения кишки из пассажа желудочно-кишечного содержимого;
- 3) декомпрессии кишки.

Этапы оперативного вмешательства

- лапаротомия (срединная или Т-образная),
- диагностика места разрыв, доступ по Кохеру,
- иссечение некротических тканей в зоне дефекта;
- наложение двухрядных швов;
- дренирование этой зоны повреждения и забрюшинного пространства через поясничную область.
- назодуоденальная или назоинтестинальная интубация.

Как и многие авторы, после лапаротомии и диагностики места разрыва мы выполняли иссечение некротических тканей в зоне дефекта с наложением двухрядных швов с последующим дренированием этой зоны и брюшинного пространства через поясничную область. Дополнительно выполнялась назодуоденальная или назоинтестинальная интубация.

Нам импонирует оперативное вмешательство, предложенное О. С. Кочневым и соавт. (1984), которое сводится к проведению зонда через гастроэнтероанастомоз в отводящую петлю и зонда в двенадцатиперстную кишку с формированием «заглушки» вплотную к зонду.

Ведущее место в послеоперационном периоде при данной патологии мы отводим профилактике гипопроотеинемии, азотемии, прогрессирующего перитонита и истощения. С целью устранения этих недостатков у всех больных проводилось энтеральное питание путем дренирования отводящей петли после резекции желудка и наложения энтеростомы.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ

ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ

При выяснении жалоб и сборе анамнеза травматического повреждения следует:

1. выяснить механизм, время поступления и характер травмы;
2. определить локализацию повреждения: череп, грудь, живот, позвоночник, конечности;
3. Время начала заболевания, сезонность и периодичность болей, их связь с приемом алкоголя, наблюдались ли в первые часы головокружение, слабость, потемнение в глазах, обморок, снижение аппетита и жажда;
4. время, прошедшее от момента травмы;

5. жалобы, связанные с повреждением других органов;
6. общее самочувствие пострадавшего;
7. объем оказанной медицинской помощи до госпитализации;
8. вид транспортировки пострадавшего (машина скорой помощи, самолет, вертолет, случайная автомашина);
9. положение пострадавшего при транспортировке.

При осмотре пострадавшего необходимо учитывать:

1. общее состояние (крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести);
2. положение больного (активное или вынужденное), на спине, на боку;
3. состояние (окраска) кожи и слизистых оболочек и влажность кожи (холодный липкий пот);
4. состояние сознания (бессознательное, ступорозное, ясное);
5. наличие внешних повреждений (ссадины, царапины, раны, ушибы, кровоподтеки, переломы костей) и их локализация;
6. состояние языка (влажный, сухой, обложен). Наличие или отсутствие рвоты;
7. местные признаки (участие брюшной стенки в акте дыхания);
8. болезненность передней брюшной стенки при поверхностной и глубокой пальпации;
9. напряжение брюшного пресса (разлитое, локальное, отсутствует);
10. наличие симптомов раздражения брюшины: симптом Щеткина-Блюмберга, Куленкампаффа, Хендри, Менделя;
11. печеночная тупость (сохранена, отсутствует) и притупление в отлогих местах (есть, нет);

12. характер мочеиспускания (самостоятельное, задержано);
13. диурез (количество мочи, окраска);
14. наличие движений конечностей (отсутствует, сохранено в полном объеме);
15. чувствительность (есть, нет, снижена).

При лабораторных исследованиях следует уточнить:

1. наличие изменений красной крови (есть признаки анемии или нет);
2. наличие изменений в осадке мочи (эритроцитурия);
3. биохимический состав крови (уровень остаточного азота, время свертывания крови, содержание протромбина, сахара крови, желчных пигментов);
4. группу крови и резус-фактор.

При специальном исследовании желательно выполнить:

1. обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости, при необходимости рентгенограмму костей черепа, таза, конечностей;
2. УЗИ органов брюшной полости, зоны повреждения
3. Выполнить ФЭГДС, КТ и МРТ.
4. Обязательная консультация врача гастроэнтеролога, кардиолога, анестезиолога, реаниматолога (консилиум врачей).
5. При сомнении в диагнозе выполнение:
 - а) зондирование желудка,
 - б) диагностической лапароскопии,
 - в) диагностической лапаротомии.

На основании полученных анамнестических данных, клинического течения, объективных данных и дополнительных методов исследования установить и обосновать диагноз. Определить тактику врача.

Примерный план диагностического поиска у больных с травмой двенадцатиперстной кишки

План и последовательность применения различных методов исследования при подозрении на травму ДПК во многом зависит от времени, прошедшего с момента получения травмы, ее характера и объема, тяжести состояния и условий, в которых выполняются дополнительные исследования.

В любом случае необходимы общие анализы крови и мочи. Целесообразно введение желудочного зонда с целью удаления желудочного содержимого и исключения клиники желудочно-кишечного кровотечения. Обязательно пальцевое исследование просвета прямой кишки. Если общее состояние больного удовлетворительное, не нарушены показатели гемодинамики, нет массивных сопутствующих повреждений костей таза или конечностей, применяются рентгенологические методы диагностики, УЗИ. При тупой травме живота и неуточненном диагнозе возникает необходимость лапароцентеза или лапароскопии. Окончательным этапом диагностики является диагностическая лапаротомия. При наличии раневого канала с поступлением через него желчного или кишечного содержимого больному выполняется экстренная операция.

Самостоятельная работа студентов в клинике

Вам необходимо продолжить отработку практических навыков по клиническому обследованию больного. Оцените результаты дополнительных исследований. Если возникнут трудности при работе с больными, разрешите их с преподавателем. Ознакомьтесь с методами проводимого консервативного и хирургического лечения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Классификация травм живота.
2. Симптоматология повреждения органов брюшной полости.
3. Последствия проникающего ранения брюшной полости.
4. С чего начинается обследование больного?
5. От чего зависит клиническая картина повреждения?
6. Объем исследований, выполняемый хирургом при поступлении больного с травмой.
7. Метод постановки окончательного диагноза.
8. Классификация травм ДПК.
9. Клиническая картина при забрюшинном повреждении ДПК.
10. На чем основано хирургическое лечение травм ДПК?
11. С какой патологией можно сравнить повреждение ДПК?
12. Последствия травматических повреждений органов брюшной полости.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Найдите в методическом пособии или учебнике недостающие ответы:

1. Виды травматических повреждений: а) открытые; б) закрытые; в) одиночные; г) множественные; д).....
2. Классификация повреждений: а) полых органов; б).....; в) травма кровеносных сосудов.
3. Последствия проникающего ранения: а) развитие травматического шока; б) перитонит; в).....; г) наличие свободного газа в брюшной полости.
4. Дополнительные методы исследования: а) экскреторная урография, б) ангиография, в) УЗИ; г); д) лапароскопия; е) сканирование печени.
5. Этапы хирургического лечения: а) тщательная санация и дренирование брюшной полости; б).....; в) исключить

- выделение кишечного содержимого; г) удаление последствий травмы.
6. Классификация травмы ДПК; а) гематом а или разрыв стенки кишки; б); в) разрыв кишки до 75% ее окружности; г) более 75%; д) повреждение нескольких органов панкреатодуоденальной зоны.
7. Объем хирургического лечения при травме ДПК: а) ушивание дефекта кишки; б).....; в) декомпрессия петель кишечника

УЧЕБНАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная И., 28 лет, колхозница, поступила в отделение районной больницы 10.02.1980 года в 11.00 с болями в животе постоянного характера без четкой иррадиации. Заболела внезапно. Катаясь на лыжах, упала и почувствовала боль в животе. Осматривается дежурным хирургом. Общее состояние тяжелое. Пульс 98 ударов в одну минуту, аритмичный. АД 95/60 мм.рт.ст. Пальпаторно определяется легкая болезненность в правом подреберье. Назначено проведение общего анализа крови и мочи. Измерена аксиллярная и ректальная температура.

1. Наиболее вероятный диагноз? А. Перфоративная язва; Б. Острый аппендицит; В. Острая кишечная непроходимость; Г. Острый панкреатит; Д. Травма двенадцатиперстной кишки.

2. Метод инструментального обследования: А. ФЭГДС; Б. УЗИ; В. Обзорную рентгенографию брюшной полости; Г. Лапароскопию.

3. Способ лечения: А. Оперативное; Б. Консервативное. Диагностируется острый аппендицит. Операция через 4 часа от начала заболевания. Под местной анестезией разрезом Волковича-Дьяконова вскрывается брюшная полость. Выпота нет. Червеобразный отросток не изменен. При доступной ревизии органов брюшной полости патологии не найдено.

4. Необходимый объем оперативного вмешательства: А. Аппендэктомия; Б. Отросток не удалять. И все-таки принимается решение о выполнении аппендэктомии, что и делается. Послеоперационное течение

тяжелое. Боли в животе на фоне приема наркотических средств сохраняются. И стали больше локализоваться в нижних отделах брюшной полости. Через двое суток, на фоне нарастания клиники перитонита, прежним доступом выполняется релапаротомия. Диагностируется вторичное изменение правого яичника данном случае.

5. Тактика лечения пациентки: А. Пригласить консультанта; Б. Оперировать самостоятельно; В. Не оперировать. Производится резекция измененного яичника с ушиванием брюшной полости наглухо. Состояние в ближайшие сутки не улучшается, боли стали носить постоянный характер. Отмечается резкое вздутие живота, задержка стула и газов, однократная, обильная рвота застойным содержимым с примесью желчи.

6. Методы диагностики: А. Рентгенологическое исследование; Б. УЗИ; В. Лапароскопия; Г. Релапаротомия.

При рентгеноскопии органов брюшной полости обнаруживается широкий горизонтальный уровень жидкости на уровне реберных дуг. При осмотре состоянии больной тяжелое, занимает вынужденное положение с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные. Пульс 112 ударов в минуту, артериальное давление 105/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот «доскообразный». Перкуссия живота резко болезненная во всех отделах, отмечается ригидность мышц. Четкое притупление в отлогих местах. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, лейкоцитов 14,2:10⁹/л.

7. Окончательный диагноз: А. Спаечная тонкокишечная непроходимость; Б. Перфоративная язва; В. Травматический разрыв двенадцатиперстной кишки Г. Перитонит.

8. Вид необходимого лечения: А. Консервативное; Б. Оперативное. Консультантом диагностируется перитонит, причина которого не устанавливается. Принимается решение о проведении оперативного вмешательства в третий раз.

9. **Вид обезболивания:** А. Местная анестезия, Б. Эндотрахеальный наркоз; В. Масочный наркоз; г, Внутривенный наркоз.

10. **Оперативный доступ:** А. Разрезом Волковича-Дьяконова; Б.Срединная лапаротомия. В ходе операции диагностируется фибринозный перитонит, источником которого оказалась травматический разрыв двенадцатиперстной кишки.

11. **Объем оперативного вмешательства?** А. Резекция желудка; Б. Ваготомия, дренирующая операция; В. Ушивание зоны повреждения и дренирование брюшной полости; Г. Дуоденостомия.

Анализируя данный случай, следует отметить, что иногда, особенно в ночное время, хирурги травму двенадцатиперстной кишки принимают за другую хирургическую патологию.

12. **Почему это происходит?** А. Недостаточная квалификация хирурга; Б. Не проводится комплекс обследований, В. Атипичное течение хирургической патологии. Г. Отрицание необходимости консультации специалиста областного центра. Д. Высокая квалификация хирурга.

При анализе истории болезни данной пациентки до операции не был установлен диагноз. Врач, впервые осматривающий женщину, допустил серьезную ошибку, заключающейся в неправильной интерпретации причины заболевания, его начала, имеющихся симптомов и выявленных объективных данных. Поверхностный осмотр больной не позволил выяснить истинную причину острого живота. В тоже время, гипердиагностика острого аппендицита вынудила выполнить ненужное, как впоследствии оказалось, оперативное вмешательство, еще более усложняющим диагностику острого живота.

Действительно, до сих пор, проблема трактовки болей в животе остается наиболее актуальной. В данном наблюдении, внезапное начало болей, связанных с физическим напряжением должно бы насторожить дежурного хирурга ЦРБ. Безусловно, районный хирург должен в совершенстве владеть методами дифференциальной диагностики болей в животе (следовало бы

учитывать в данном наблюдении локализацию болей и ее иррадиацию, время и продолжительность болей). Первичное описание клинической картины не вызвало сомнения у врача. Симптом напряжения мышц живота, наиболее верный, являясь сверх признаком брюшных катастроф, был отражен на лице пациентки. Все другие симптомы также не укладывались в картину острого аппендицита. По нашему мнению, при выполнении первого оперативного вмешательства вряд ли проводилась обычная тщательная ревизия брюшной полости и дистальных отделов петель тонкого кишечника. Обнаружение в брюшной полости выпота давало возможность усомниться в правильности поставленного диагноза. Вторая операция также не способствовала разрешению проблемы развившегося перитонита.

Правильные ответы: 1- д, 2-г, 3-а, 4-б, 5-а, 6-а,г, 7-в, 8-б, 9- б, 10- Б.,г.12- а,б,в, г, д.

1. .

КОНТРОЛЬНАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной В., 39 лет, оперирован 8 суток назад по поводу травматического повреждения ДПК. Выполнена лапаротомия, ушивание раны ДПК (нисходящая ветвь) с дренированием зоны повреждения. В последующем пациент предъявлял жалобы на усиление болей в правом подреберье. повышение температуры, ознобы, однократную рвоту с примесью редуцированной крови. В условиях перитонита в брюшной полости обнаружено около 1 литра серозного выпота, окрашенного кровью со сгустками. На петлях тонкого и толстого кишечника- наслоение фибрина. В просвете желудка имеется кровь. После разделения нескольких рыхлых спаек обнаружен инфильтрат. Ограниченный петлями тонкого кишечника и ее брыжейкой. В ходе разделения инфильтрата возникло обильное венозное кровотечение.

Вопросы:

-
1. Ваш предварительный диагноз?
 2. Дальнейшая тактика ведения больного.
-

3. Объем предполагаемого оперативного вмешательства.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни (клинические лекции для субординаторов). Иваново.- Из-во»Галка»,1993.-310 с
2. Верушкин Ю.И., Бабаев А.А. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации. Из-во «Иваново».1995.- С.272.
3. Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулутко А.М. и др. Хирургические болезни. Учебное пособие. Москва. Из-во» ГЭОТАР-Медиа»,2006
4. Хирургические болезни. В двух томах. Под редакцией В.С.Савельева и А.И.Кириенко. Москва. Из-во »ГЭОТАР-Медиа»,2006.
5. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М.: Медицина,1988.- 206 с.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1997, 512 с.

Дополнительная

1. Абакумов М. М., Владимирова Е. С., Береченева Э. А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки //Вест. хирургии.- 1989, № 2. – С. 116-121.
2. Алисов П.Г., Цыбуляк Г.Н. Огнестрельные ранения живота.// Вест. хирургии.-1995, 4.-С.48-53.
3. Верушкин Ю.И. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации. – Из - во »Иваново», 1995.-272 с.
4. Гусейнов А.Х. Обширные забрюшинные флегмоны как следствие колото-резаного ранения двенадцатиперстной кишки//Хирургия.- 2007, №.8.-С.78-79.
5. Давлетшин А.Х., Измайлов С.Г., Шаймарданов Р.Ш. и др. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки//Казанск.мед.журнал.-1997.-№ 4.- С.290-292

6. Девятов В. Я. Трудности диагностики и осложнения закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки // Вест. Хирургии.- 1985, № 1. – С. 87-90
7. Иванов П.А., Гришин А.В. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 2004, № 12.- С.28-31
8. Казарян В.М. Дефекты оказания хирургической помощи при закрытых повреждениях живота.//Вест.хирургии,2007,№3.-С.43-45
9. Караванов А. Г., Данилов И. В. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота. – Киев, 1970
10. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота.- М.:Медицина,1988.-224 с.
11. Комаров Н. В., Бушуев В. Д., Ляхманов К. Е.,Комаров Р.Н.. Повреждения двенадцатиперстной кишки в практике районного хирурга // Вест. хирургии.- 2004, № 2. – С. 92-93.
12. Кочнев О. С.. Ким И. А. Диагностика и выбор хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1984, № 3. – С. 10-13
13. Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М.. Напалков А.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки (клиника, диагностика, лечение) //Вест.хирургии 2007,№6.-С.36-39
14. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Макаров А.Э. и др. Диагностика и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки // Хирургия.-2004, № 8.-С.46-51
15. Нихинсон Р. А., Чихачев А. М., Хоменко В. В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1987, № 3. – С. 10-13
16. Новиков А. С. Уракчеев Ш. К., Богданов В. В. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Вест. Хирургии.- 1998, № 6 – С. 49-53.
17. Розанов В.Е., Соловей А.М., Бондаренко А.В. Хирургическая тактика при повреждениях ободочной кишки у пострадавших с сочетанной травмой //Колопроктология.- 2010, № 4(34).-С.17-21

18. Сайдаковский Ю. А., Папет А. И., Юрмин Е. А. Диагностика и хирургическая тактика при закрытых повреждениях забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки // Вест. Хирургии.- 1992, № 7-12. – С. 386-389.
19. Уракчеев Ш.К. Хирургическая помощь при повреждениях двенадцатиперстной кишки // Вест.хирургии.- 1998, № 3.- С.72-75
20. Урман М.Г. Хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки//Материалы 1-го Конгресса московских хирургов. - М, 2005.-С.190-191
21. Хасанов А.Г, Фаязов Р.Р., Тимербулатов М.В., Каюмов Ф.А. Хирургия абдоминальных повреждений. - Уфа, 2002.- 251 с.
22. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н. и др. Поздние осложнения травмы двенадцатиперстной кишки // Хирургия - 2008, № 2.- С. 69-71
23. Шапот Ю.Б., Ремизов В.Б., Селезнев С.А., Гиковый В.И. Сочетанные травмы груди и живота. -Кишинев: Штиинца, 1990.-283 с.
24. Buck J. R., Sorensen V., Fath J.J. et al. Severe pancreaticoduodenal injuries the effectiveness of pilorie exclusion with vagotomy //Ame. J.Surg.- 1992.- vol 58, № 9.- p. 557-561
25. Kline G., Lucas C. E. Duodenal organ injury severity and outcome/ Am. Sarg 1994; 60: 500-504.
26. Jansen M., Du Toit D. F., Warren B. L. Duodenal injuries surgical management adapted to circumstances.//Injury.- 2002.- Vol. 33, №7.- P. 611 615
27. Valmahos G. C., Kamel E., Chan L. S. et al. Compiex repair for the management of duodenal injuries //An. Surg.- 1999.- Vol. 65, № 10.- P. 972 975
28. Verma G. R.Ю, Wig J. D., Khenna S. K., Bose S.M. Management of duodenal trauma //Trop Gastroenterol.- 1994.- Vol.- 15, № 1.- p.23 26
29. Sallieri D., Segond M. J. Sem Hop Paris 1982; 58: 2:

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения
Кафедра факультетской хирургии и урологии*

**ОКАЗАНИЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ
НАСЕЛЕНИЮ** **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОМОЩИ** **СЕЛЬСКОМУ**

Информационное письмо для врачей хирургов Ивановской области

Иваново- 2012 г.

В составлении информационного письма принимали участие : доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии и урологии А.И.Стрельников, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии ГБОУ ВПО ИвГМА Ю.И. Верушкин

Рецензент.

Методические разработки составлены в соответствии с учебной программой подготовки выпускников по специальности «Лечебное дело». Содержат блок информации по клиническому течению, диагностики, хирургической тактики и лечению экстренных хирургических заболеваний, вопросы и клинические задачи для текущего и итогового контроля знаний и практических умений студентов.

Рекомендовано центральным координационным методическим советом в качестве учебного пособия по специальности «Лечебное дело» для студентов IУ-УI курсов по дисциплинам «Факультетская и госпитальная хирургии»

Иваново – 2012 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГБ – гипертоническая болезнь

ГЭА – гастроэнтероанастомоз

ГДК – гастродуоденальное кровотечение
ЖКБ – желчно каменная болезнь
ЖКК – желудочно - кишечное кровотечение
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИОХГ – интраоперационная холангиография
МРТ – магнитно-резонансная томография
ОКН – острая кишечная непроходимость
ОЭПКМП – отделение экстренной и планово-консультативной помощи
ОКБ – областная клиническая больница
ПВГ – послеоперационные вентральные грыжи
РРС - ректороманоскопия
СМП – специализированная медицинская помощь
ТМС – тромбоз мезентериальных сосудов
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЦРБ – центральная районная больница
ЭКГ – электрокардиография
ЯБЖ – язвенная болезнь желудка
ЯБДК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ВВЕДЕНИЕ

Проблема специализированной медицинской помощи, ее совершенствование и приближение к населению была и остается для органов здравоохранения краеугольным камнем в системе медицинского обслуживания городского и

сельского населения. Хорошо налаженная и успешно функционирующая в наши дни служба специализированной скорой помощи, по мнению А. Walt, (1983) является важнейшим звеном в системе неотложной помощи. Возрастает значимость специализированной хирургической помощи в работе и отделения санитарной авиации. Не случайно, первостепенное значение в отечественном здравоохранении отводится развитию специализированных методов хирургической службы, которая изменяет практику оказания экстренной и плановой помощи отделением экстренной и консультативной медицинской помощи.

Доказано, что узкая специализация позволяет представить больным более высококвалифицированную медицинскую помощь, являясь существенным шагом на пути повышения качества консультативной и лечебной работы (В.В.Кулемин и соавт.,1983; Ю.И.Верушкин, 1990; Е.П.Коноплев и соавт.,1991). Совершенно очевидно, что дальнейшая специализация медицинской помощи процесс сложный, требующий определенных условий, соответствующей организации и материальных затрат. На современном уровне медицинской науки невозможно себе представить, что только один врач широкого профиля сможет полностью обеспечить высококвалифицированную помощь больным, нередко очень сложным для диагностики и лечения.

Небольшие (мало профильные) больницы не позволяют правильно организовать лечение больных по всем специальностям /М. П. Вилянский и соавт., 1983; В. Т. Зайцев и соавт., 1984; В. Г. Лубянский и соавт., 1988; М. Allgoweiz и соавт., 1983/. Авторы считают, что основным направлением улучшения хирургической помощи населению является дальнейшее развитие специализированных центров и отделений.

По мнению В. М. Кузнецова и соавт., (1983), экстренная помощь больным с желудочно-кишечными кровотечениями, например, должна оказываться районными хирургами с согласованием тактики ведения больного с хирургами республиканских больниц по линии санитарной авиации.

В. И. Антонов и соавт., /1988/ подчеркивают роль отделения экстренной и плановой консультативной помощи краевой клинической больницы как консультативного организационного подразделения в управлении оказания неотложной помощи в регионе.

В. Т. Зайцев и соавт., /1984/ при лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями отмечают роль межобластного центра, в который санитарной авиацией доставляются наиболее сложные для диагностики и лечения больные. При необходимости сотрудники института выезжают для консультаций и оказания помощи на месте.

Важным моментом, по мнению В. В. Иващенко и соавт. (1990), является создание благоприятных условий для своевременного оказания специализированной помощи с широким осведомлением врачей области о порядке вызова специалиста и транспортировке больных в специализированные отделения, своевременное обеспечение транспортом выездных бригад.

Общие данные об объеме хирургической помощи сельскому населению

В системе мер совершенствования и улучшения медицинской помощи сельскому населению важное место отводится отделению экстренной и плановой консультативной помощи (санитарной авиации). В настоящее время данное отделение является структурным подразделением областных (краевых, республиканских больниц). В их функции входит организационно-методическая работа по обеспечению преемственности между областными лечебно-профилактическими учреждениями и теми, которые расположены в городах и районах области (края).

Организация санитарной авиации была и остается несомненным достижением советского здравоохранения. Она дает возможность

своевременного направления вертолетов, самолетов, автомашин с врачами специалистами для оказания экстренной помощи больным с различными заболеваниями органов брюшной полости, травмами, а также, по мере необходимости, осуществить их транспортировку в профильные лечебные учреждения областного центра.

В организации отделения экстренной и планово-консультативной помощи (санитарной авиации) можно выделить три основных этапа развития: первый – врачебной квалифицированной помощи, который существовал с момента организации медицинской авиа-службы до 1973 года. Особенностью второго этапа (десятилетнего периода) является оказание специализированной врачебной помощи. И, наконец, третий – этап специализированной врачебной помощи, годом формирования которого явился 1980-й, и, по нашему мнению, имеет тенденцию к прогрессу, хотя, в последние годы можно выделить и четвертый период – перестройки отечественного здравоохранения, начало которого относится, в основном, к 1990 году. Итоги последнего подводить еще рано, тем более, что в ряде регионов самолетная авиация вошла в состав МЧС.

В дальнейшем сказывается уровень развития здравоохранения в области: отсутствие в местах подготовленных узких специалистов, трудности диагностики тяжелых осложнений у больных в раннем послеоперационном периоде, на фоне явных дефектов в обследовании и лечении, сложные в диагностическом отношении случаи, требующие высококвалифицированной помощи. Отделение санитарной авиации становится отделением экстренной и плановой консультативной медпомощи (ОЭПКМП). Помимо штатных бортврачей ОЭПКМП к экстренным и плановым консультативным выездам и вылетам по оказанию медицинской помощи населению привлекаются более 250 наиболее подготовленных высококвалифицированных врачей специализированных отделений областной клинической больницы и врачей других специализированных отделений. С развитием специализированных служб (пульмонологии, сосудистой хирургии, гастроэнтерологии,

проктологии и т.д.) общехирургическая помощь стала носить узкоспециализированный характер, что позволило представить пациентам сельских районов более высокий уровень оказания медицинской помощи. Так, консультации больных гастроэнтерологического профиля осуществлялись бортхирургами, а других профилей – врачами специализированных отделений. Была выработана определенная организационная тактика борт-хирурга (В. И. Бачев и соавт., 1979; В. В. Кулемин и соавт., 1983), которая чаще сводилась к проведению оперативных вмешательств на местах (в ЦРБ). Эвакуации подлежали больные с патологией желудка, желчных путей и печени, ранними послеоперационными осложнениями, воспалительными процессами легких, кишечными свищами.

Более широко в практику отделения санитарной авиации стал внедряться бригадный метод обслуживания экстренных больных в условиях ЦРБ.

Совершенствование системы организации экстренной и плановой медицинской помощи позволило сократить число повторных консультаций, снизить летальность среди консультированных до 12 %. Увеличилось число выездов в районы области врачей для оказания специализированной помощи. Необходимо отметить, что с 1990 года удельный вес плановых выездов резко сократился, что мы связываем с перестройкой нашего здравоохранения. Плановая консультативная помощь в настоящее время исключена из объема работы отделения и возлагается на организационно-методический кабинет областной больницы.

На данный момент оказание экстренной хирургической помощи сельскому населению становится основной задачей для практического здравоохранения, хотя из года в год отмечается уменьшение объема работ, выполняемой отделением экстренной и консультативной помощи. Все это свидетельствовало о росте квалификации хирургов на местах, расширение диагностических возможностей с применением современных методов инструментального и рентгенологического исследований..

Из всего вышеизложенного следует отметить, что рациональная организация и постоянное совершенствование отделения экстренной и консультативной помощи на современном этапе дает возможность успешно решать ряд задач по повышению качества оказания медицинской помощи сельскому населению. Разработка новых тактических, организационных и лечебных принципов – основа настоящего и будущего времени.

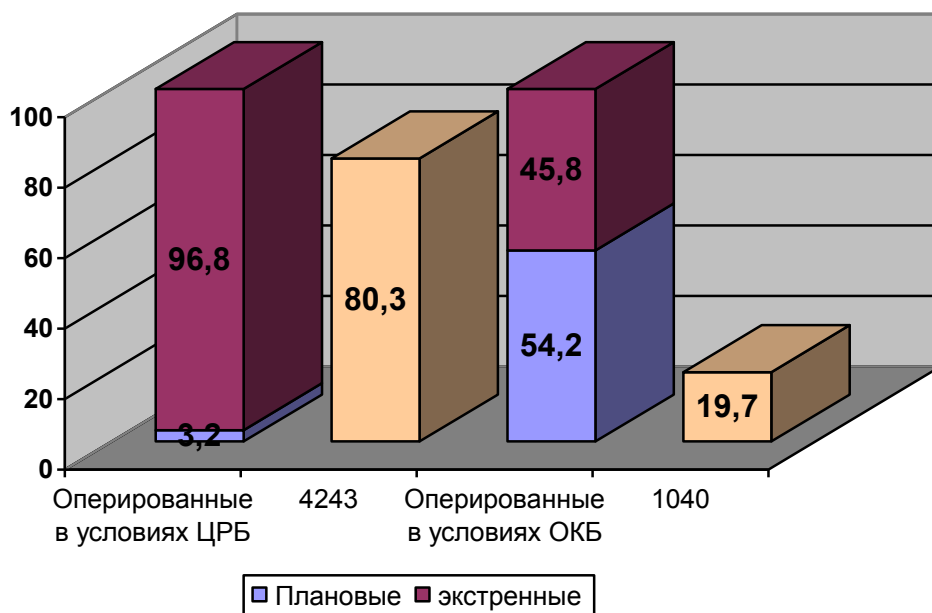
Оказания экстренной и плановой хирургической помощи / практический материал/

Ретроспективно проведено изучение клинического материала отделения экстренной и планово-консультативной помощи (санитарной авиации) Ивановской областной клинической больницы, анализ 8538 историй болезни больных с различными хирургическими заболеваниями.

Так, в течение первого десятилетия удельный вес выездов (вылетов) врачей хирургического профиля от числа всех консультированных составил 38,6 %. В тоже время, в последние годы этот показатель возрос до 78,6 %, с последующим резким падением его в условиях перестройки здравоохранения.

Оперативное вмешательство в общей сложности было предпринято у 5283 (61,8 %) больных (рис. 1).

Рис. 1. Число оперированных больных в зависимости от условий оказания и характера хирургической помощи (в %)



Всего оперировано 5283 больных

В зависимости от условий оказания хирургической помощи среди оперированных необходимо выделить две группы больных.

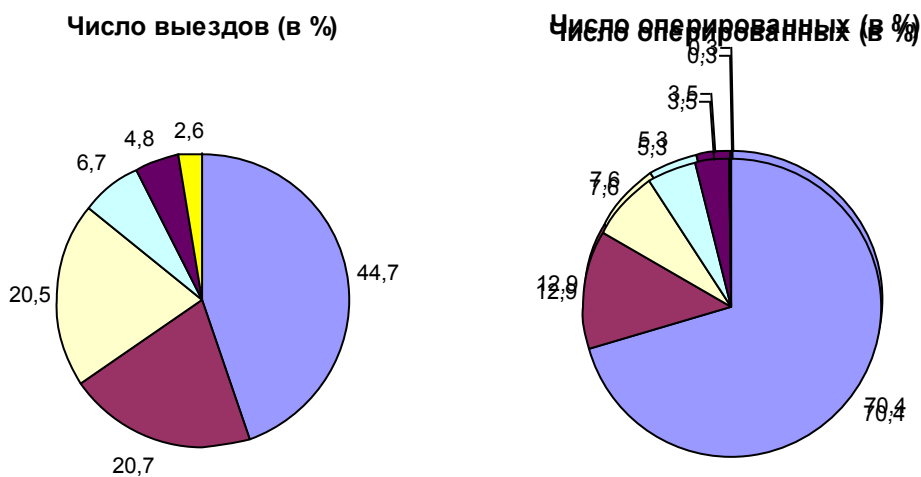
Первая группа (4243 пациента), оперированная хирургами отделения экстренной и консультативной помощи в условиях хирургического отделения ЦРБ и вторая – (1040 пациентов), эвакуированная и оперированная хирургами специализированных отделений областного центра.

В 107 (10,3 %) наблюдениях оперативное вмешательство было выполнено при непосредственном участии врача консультанта, доставившего больного в одно из отделений областной больницы.

Рисунок 1 иллюстративно демонстрирует и другой важный факт. В большинстве наблюдений (около 86,7 % случаев) больные оперируются по экстренным показаниям. Это, несомненно, положительный момент в большей степени объясняется значительным улучшением постановки лечебного дела в практике отделения санитарной авиации за рассматриваемый период времени. Однако, анализ статистических данных показал, что в условиях ЦРБ хирургическая помощь преимущественно носила экстренный характер, в условиях ОКБ частота плановых и экстренных оперативных вмешательств была примерно одинаковой. За последние пять лет отмечено увеличение количества выполняемых

хирургами оперативных вмешательств (с 56,4 % до 79,6 %) с тенденцией к снижению оперативной активности среди прочих хирургов отделения санитарной авиации (рис. 2).

Рис.2: Удельный вес частоты выездов (вылетов), проведенных оперативных вмешательств и оперативной активности среди бортхирургов (в %)



<p>Диагноз экстренной хирургического больницы, в устанавливался на клинической</p>	Общехирургическая	<p>патологии в условиях отделения районной основном, основании картины заболевания,</p>
	Нейрохирургическая	
	Детской хирургии	
	Травматологическая	
	Урологическая	
	Онкологическая	

лабораторных, рентгенологических и эндоскопических исследований, произведенной биопсии из краев язвы.

При подозрении на малигнизацию в ходе операции по возможности выполнялось цитологическое исследование с целью верификации диагноза. В последующем диагноз онкологического заболевания подтверждался при гистологическом исследовании, в ряде случаев, и на основании патологоанатомического заключения. В случаях невозможности исключить ургентную патологию операцией выбора в практике бортхирурга являлась диагностическая лапаротомия.

В последние годы в районах области все большее применение стало находить ультразвуковое исследование, возможности которого постоянно совершенствуются.

Можно отметить, что распределение больных по полу указывает на явное преобладание мужчин (69,8 %) . Среди консультированных больные в возрасте от 60 лет и старше составили 31,5 %. Отмечается тенденция к более позднему поступлению больных в стационар с момента заболевания. По срокам госпитализации пациенты распределились следующим образом: до 6 часов – 1144 (24,2 %) больных, от 6 до 24 часов – 3364 (56,4 %), свыше 24 часов – 1165 (19,4 %). И не смотря на то, что за последнее десятилетие отмечается тенденция к уменьшению количества пациентов госпитализированных позже 24 часов с момента проявления первых признаков хирургического заболевания, поздний вызов врача-консультанта к больным с осложненным течением послеоперационного периода из-за допущенных диагностических ошибок, осуществлен к основной массе больных.

Следует обратить внимание на то, что задержка с госпитализацией экстренных больных (свыше суток и более) обуславливается поздней обращаемостью заболевших за необходимой медицинской помощью (77,2 %), несвоевременной диагностикой экстренной патологии (20,1 %), отказом

больных от своевременной госпитализации в хирургические отделения ЦРБ (2,7 %).

За изучаемый период не произошло выраженного изменения удельного веса числа больных с патологией брюшной полости. Так, среди оперированных больных в условиях хирургического отделения ЦРБ подобные больные составили 79,4%, легких и сердца – 4,8 %, сосудов – 8,8 %, прочей патологии – 13,9 %.

Обращает на себя внимание значительное снижение абсолютного и относительного числа больных с острым аппендицитом с увеличением числа с осложненными формами язвенной болезни и опухолями кишечника. Основными видами оперативного вмешательства, явились резекция желудка в различных модификациях (16%) и операции на кишечнике (26,0 %).

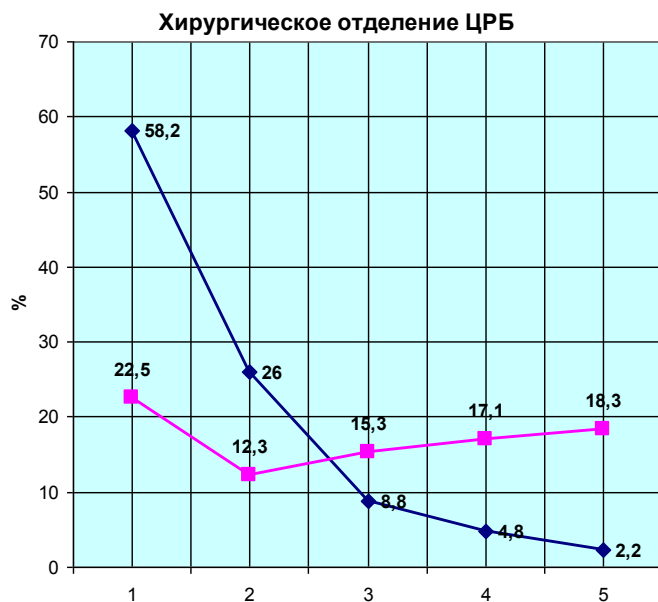
За рассматриваемый период, по нашим данным, после различных оперативных вмешательств в условиях хирургического отделения районной больницы умерли 720 (16,9 %) больных. Отмечается тенденция к ежегодному снижению удельного веса послеоперационной летальности.



Справедливо следует отметить, что и в условиях перестроечного периода нашего здравоохранения не отмечается существенных изменений в улучшении непосредственных результатов хирургического лечения больных в условиях ЦРБ. Так, за последние 5 лет показатели послеоперационной летальности достигли 18,3 %.

Послеоперационная летальность у мужчин составила 18,3%, у женщин - 14,1%. Среди умерших больных преобладают лица пожилого и старческого возраста (46,9%). Мужчин среди них было 72,1%, работоспособного населения - 58,4%.

Наибольшая летальность отмечается среди оперированных больных гастроэнтерологического и проктологического профиля.

Рис.3. Послеоперационная летальность в зависимости от вида специализированной помощи и места проведения операции



	летальность среди оперированных в ЦРБ
	летальность среди оперированных в ОКБ

Высокой остается летальность после проведения релапаротомий (31,3 %), вскрытия абсцессов брюшной полости (29,6 %), ликвидации кишечной непроходимости различного генеза (17,8 %).

В настоящее время с большой уверенностью можно сказать, что значительное снижение послеоперационной летальности среди оперированных в условиях специализированных отделений связано с более высокой квалификацией хирургов, лекарственным и инструментальным оснащением. Играют существенную роль и применение новых методов исследования больных, хороший до и после операционный уход в палатах интенсивной терапии и отделении реанимации.

Наиболее частыми причинами послеоперационной летальности при заболеваниях органов брюшной полости на уровне хирургического отделения ЦРБ являются: поздняя диагностика и госпитализация больных, тяжесть патологии, задержка с оперативным вмешательством из-за допущенных диагностических и организационных ошибок, неадекватно проведенная предоперационная подготовка, ошибочный выбор объема и характера операции.

Следует отметить, что кроме истинного снижения летальности при определенных формах экстренных заболеваний, значительно изменились причины послеоперационной летальности. Так, за последние годы, в структуре летальных исходов наиболее частыми причинами их среди оперированных являлись: разлитой гнойный перитонит в 34,2 % наблюдений, сердечно-сосудистая и легочная недостаточность – в 21,0 %, гнойная и раковая интоксикация – в 12,2 %, кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта – в 11,1 %.

Пути улучшения экстренной хирургической помощи больным в условиях ЦРБ

Проблема специализированной медицинской помощи, ее совершенствование и приближение к населению была и остается для органов здравоохранения краеугольным камнем в системе медицинского обслуживания городского и

сельского населения. Хорошо налаженная и успешно функционирующая в наши дни служба специализированной скорой помощи, по мнению А. Walt, (1983) является важнейшим звеном в системе неотложной помощи. Возрастает значимость специализированной хирургической помощи в работе и отделения санитарной авиации. Не случайно, первостепенное значение в отечественном здравоохранении отводится развитию специализированных методов хирургической службы, которая изменяет практику оказания экстренной и плановой помощи отделением экстренной и консультативной медицинской помощи. Доказано, что узкая специализация позволяет представить больным более высококвалифицированную медицинскую помощь, являясь существенным шагом на пути повышения качества консультативной и лечебной работы (В.В.Кулемин и соавт.,1983; Ю.И.Верушкин, 1990; Е.П.Коноплев и соавт.,1991). Совершенно очевидно, что дальнейшая специализация медицинской помощи процесс сложный, требующий определенных условий, соответствующей организации и материальных затрат. Небольшие (малопрофильные) больницы не позволяют правильно организовать лечение больных по всем специальностям /М. П. Вилянский и соавт., 1983; В. Т. Зайцев и соавт., 1984; В. Г. Лубянский и соавт., 1988; М. Allgoweiz и соавт., 1983/. Авторы считают, что основным направлением улучшения хирургической помощи населению является дальнейшее развитие специализированных центров и отделений.

По мнению В. М. Кузнецова и соавт., (1983), экстренная помощь больным с желудочно-кишечными кровотечениями, например, должна оказываться районными хирургами с согласованием тактики ведения больного с хирургами республиканских больниц по линии санитарной авиации.

В. И. Антонов и соавт., /1988/ подчеркивают роль отделения экстренной и плановой консультативной помощи краевой клинической больницы как консультативного организационного подразделения в управлении оказания неотложной помощи в регионе.

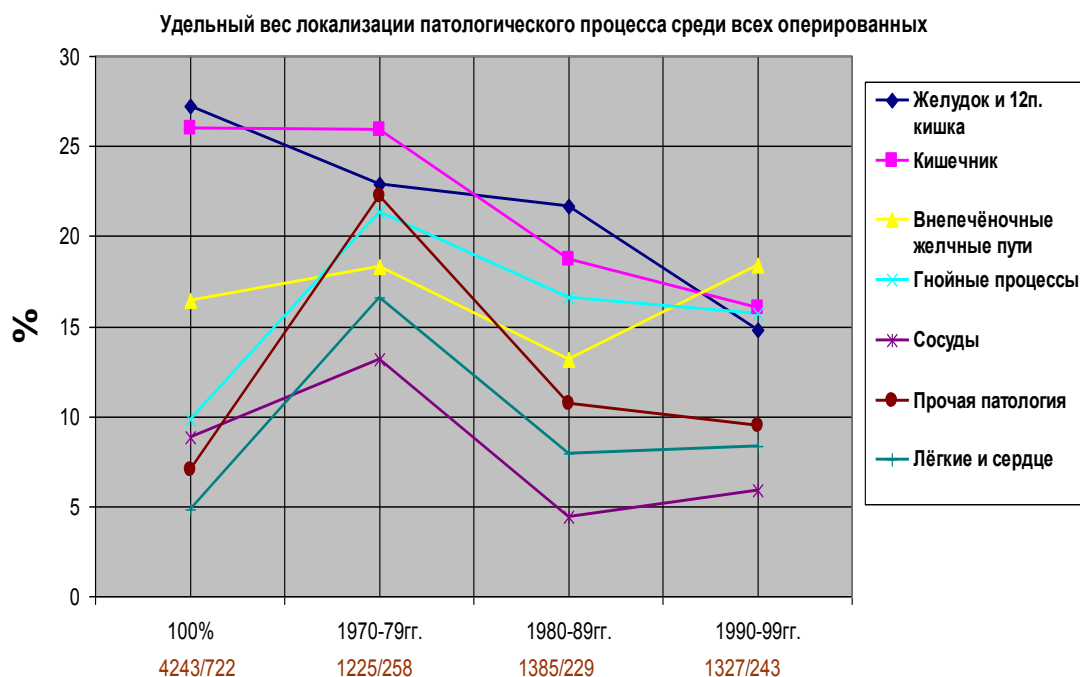
В. Т. Зайцев и соавт., /1984/ при лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями отмечают роль межобластного центра, в который санитарной авиацией доставляются наиболее сложные для диагностики и лечения больные. При необходимости сотрудники института выезжают для консультаций и оказания помощи на месте.

Важным моментом, по мнению В. В. Иващенко и соавт. (1990), является создание благоприятных условий для своевременного оказания специализированной помощи с широким осведомлением врачей области о порядке вызова специалиста и транспортировке больных в специализированные отделения, своевременное обеспечение транспортом выездных бригад.

В наших условиях наиболее часто требовалась общехирургическая (44,7 %), реже нейрохирургическая (23,7 %), детская хирургическая (20,5 %), травматологическая (6,7 %), урологическая (4,9 %) и онкологическая помощь (2,5 %).

Общее количество выездов (вылетов) в течение последних 10 лет по сравнению с первым десятилетием уменьшилось примерно на 21,3 % (рис.4).

Рис.4. Непосредственные результаты оперативного вмешательства.



В то же время, число оперативных вмешательств остается на прежнем уровне. Снижение количества выездов среди детских хирургов объясняется стремлением консультанта эвакуировать детей в специализированное детское отделение областного центра, у нейрохирургов – это улучшение качества диагностики с применением новых методов (компьютерная томография), уменьшение количеств диагностических трепанаций черепа и развитие в ряде районов нейрохирургической службы.

По мнению В. Г. Горобчук (1972) значительный удельный вес оперативных вмешательств, проводимых в условиях районной больницы при ургентных заболеваниях, объясняется, главным образом, поздним обращением больных за медицинской помощью с развившимися явлениями перитонита и поздним выполнением операции (В. И. Бачев и соавт., 1979).

О снижении сроков от начала заболевания до операции отмечает Л. Ю. Духан (1982). По его данным, частота операций, выполненных в течение 72 часов от начала заболевания возросла с 24,1 % до 60,5 %, от момента поступления в стационар – с 32,4 % до 72,5 %. Следует отметить, что оперативная активность среди хирургов областного центра остается до сих пор высокой. Она не имеет тенденции к снижению.

Анализ многолетних статистических данных свидетельствует о том, что раннее оказание специализированной медицинской помощи шло по пути терапевтических, реже хирургических служб (Р. И. Лось, 1967; Б. М. Долгонос, 1970; В. В. Кулемин и соавт., 1983).

В настоящее время общехирургическая помощь стала носить специализированный характер В. Т. Зайцев и соавт., 1984; Ю. И. Верушкин и соавт., 1989; Г. А. Живарев и соавт., 1990; А. А. Бабаев, 1995; D. Gosset и соавт., 1988; С. Wilson и соавт., 1988).

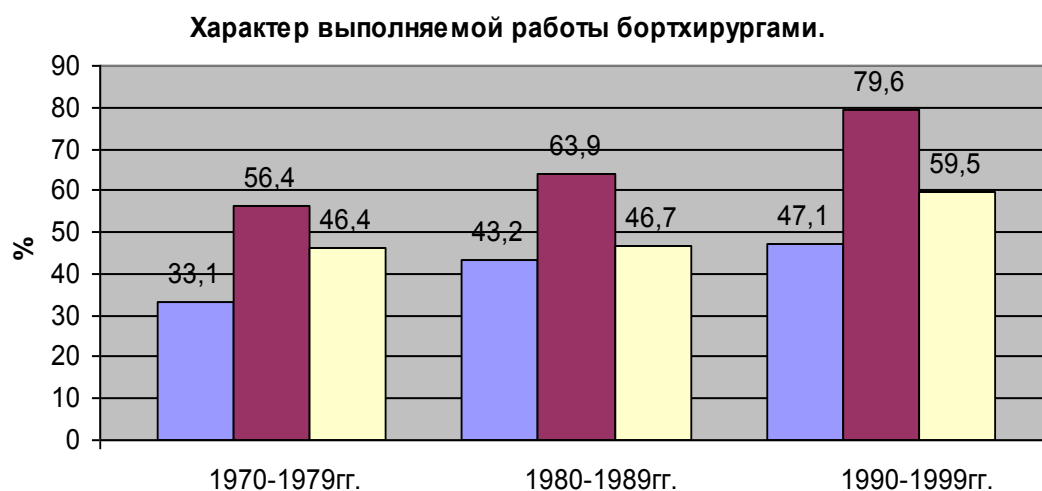
В связи с развитием в областной клинической больнице специализированных служб (пульмонологии, сосудистой хирургии, проктологии, гастроэнтерологии) оказание экстренной помощи больным

гастроэнтерологического профиля осуществлялось бортхирургами, а других профилей – врачами специализированных отделений. За этот период хирургами проконсультировано больных (в %): гастроэнтерологами (абдоминальными хирургами) – 70,3 %, пульмонологами (торакальными хирургами) – 14,4 %, ангиологами – 7, проктологами – 4,9, прочими специалистами – 3,4.

Наиболее часто (до 40 %) выезды хирурга абдоминального отделения выполнялись к больным с гастродуоденальными кровотечениями /В. И. Бачев и соавт., 1979; Н. И. Коротков и соавт., 1996/. О снижении количества выездов специалистов общехирургического профиля (с 88,1 % до 30,9 %) сообщает Б. М. Долгонос, 1970.

Представляем рис.5, отражающий непосредственные результаты оперативного вмешательства в течение трех периодов работы бортхирурга

Рис.5.



	уд.вес частоты выездов
	уд.вес оперативных вмешательств
	оперативная активность у бортхирургов

Наиболее часто общими хирургами выполнялись следующие виды операций: ликвидация кишечной непроходимости /12,4 %/, резекция желудка /16,7 %/, операции на сосудах /8,6 %/, холецистэктомия /12,7 %/, вскрытие абсцессов /9,9 %/

Оперативные вмешательства, проводимые хирургами сосудистого отделения в условиях ЦРБ, сводились к ампутации конечности (в 29,4 % случаях), тромбэктомии(в 32,0 %), наложению сосудистого шва(в 33,6 %), пластики артерии(в 4,8 %).

Среди оперативных вмешательств, выполняемых врачами проктологического отделения, преобладала операция типа резекция сигмовидной кишки по Гартману. В 20,0 % случаях объем операции ограничивался наложением трансверзостомы, в 10% - двустольной илеостомы. Лишь у 5% пациентов удалось выполнить брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки.

При сочетанных заболеваниях легких и комбинированных травмах органов грудной клетки хирургами пульмонологического(торакального) отделения чаще всего выполняли торакотомию с ушиванием ран легкого и сердца /в 41,6 % случаев/. Ряд операций у легочных больных ограничивались проведением пульмонэктомии с дренированием плевральной полости /в 11,1 % наблюдений/, резекцией доли легкого /в 6,6 %/. Исключительно редко выполнялись перевязка межреберной артерии /в 4,4 % наблюдений/, удаление инородного тела перикарда /в 2,2 %/, перевязка легочной артерии /в 2,2 %/.

Одним из важных моментов в улучшении качества оказания специализированной медицинской помощи отделением санитарной авиации играют сроки выполнения выездов (вылетов) по экстренной помощи. Скоростной санитарный авиа или автотранспорт позволяет организовать срочный выезд (вылет) хирурга-консультанта с необходимым инструментальным и лекарственным оснащением для проведения высококвалифицированной консультации на местах. Принимается решение о транспортировке больных (В. И. Бачев и соавт., 1979; В. Б. Гервазиев и

соавт., 1986; Е. П. Коноплев и соавт., 1991; Д. Balclucci и соавт., 1987; J. Lachenmyer, 1987; W. Fiedler, 1989).

Так, экстренные консультации в условиях ЦРБ, по данным Б. М. Долгонос (1970); В. Г. Горобчук (1972); В. В. Кулемина и соавт., (1983) осуществлялись в 57,1-99,1 % случаях.

По нашим данным, в 99,1 % наблюдений экстренные вызовы обслуживались в течение 6 часов, остальные в течение 6-12 часов. Выезды хирурга специализированного отделения в более поздние сроки связаны с проведением плановых осмотров больных и проведением оперативных вмешательств показательного характера.

Интересно отметить, что в последние годы, по данным отечественных авторов, снижается удельный вес числа срочных выездов консультантов (в 75,7 % до 57,1 %) за счет увеличения числа неотложных (с 24,3 % до 42,9 %) – Б. М. Долгонос, 1970; В. В. Кулемин и соавт., 1983.

Именно своевременная консультация больного и выполнение им повторного оперативного вмешательства исключало в дальнейшем возникновение диагностических и тактических ошибок со стороны хирурга ЦРБ. Отсюда напрашивается несколько выводов. Во-первых, целесообразность своевременного вызова и выезда бортхирурга к больным с гастродуоденальными кровотечениями при условии тщательного сбора и изучения дежурным персоналом данных, необходимых для консультанта. Во-вторых, более внимательного и детального визуального осмотра больного «с головы до пят» хирургами района даже в случаях установления безошибочного диагноза в дооперационном периоде. Именно многие грубые ошибки диагностического характера во многом мы связываем с нарушением правил первичного осмотра больного.

Мы ограничимся следующим, довольно интересным наблюдением, приведшим также к печальному исходу. Больной И., 47 лет доставлен в хирургическое отделение больницы УВД с диагнозом: обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Язвенный анамнез в течение 10

последних лет. Лечился периодически с временным улучшением. При проведении очередного курса консервативного лечения язвенная болезнь осложнилась обильным желудочно-кишечным кровотечением с падением показателей гемоглобина до 60 г/л. В течение суток несколько раз отмечалось коллаптоидное состояние с падением артериального давления до 60/40 мм.рт.ст. Осматривается хирургами неоднократно, но не принимается решения о проведении оперативного вмешательства. Лишь на пятые сутки, при получении категорического отказа в консультации со стороны хирургов отделения санитарной авиации, больной берется на операционный стол. Лапаротомия. Подтверждается наличие каллезной язвы двенадцатиперстной кишки, продолжавшегося кровотечения из зоны язвенного дефекта. С большими техническими трудностями выполняется резекция желудка по Редигер-П с наложением гастроэнтероанастомоза на короткой петле. Послеоперационный период осложняется ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью, по поводу чего больной оперируется повторно. При этом, хирургами больницы вновь предпринимается попытка вызова консультанта на себя, на что получают категорический отказ, мотивируя его тем, что хирургическая служба данного медицинского учреждения способна самостоятельно решать все задачи в лечении больных с язвенной болезнью. Операция выполняется хирургом с привлечением операционной сестры в качестве ассистента. Релапаротомия. Диагностируется ранняя спаечная болезнь с явлениями кишечной непроходимости. Петли тонкого и толстого кишечника жизнеспособны. Выполняется устранение причины кишечной непроходимости путем разделения плоскостных спаек, интубация петель тонкого и толстого кишечника двумя зондами, как трансорально, так и ректально. Улучшения в состоянии больного не наступает. На третьи сутки появились симптомы разлитого перитонита. Предпринимается оперативное лечение в третий раз. И вновь, без участия врача-консультанта. В этот раз диагностируется перфорация стенки толстого кишечника в зоне селезеночного угла с развитием фибринозно-гнояного перитонита. Кроме

того, в брюшной полости обнаруживается инородное тело (оставленная салфетка). Операция ограничивается наложением толстокишечного свища, санацией и дренированием брюшной полости. Смерть больного на третьей сутки. Следовательно, в данном наблюдении мы вновь имели место не только технические, но и организационные ошибки грубейшего характера. Это отказ в консультации со стороны работников отделения санитарной авиации; выполнение повторных операций силами одного хирурга с привлечением среднего медицинского работника; нарушение техники исполнения дренирования толстого кишечника зондом, который в дальнейшем явился основной причиной наступления перфорации стенки толстого кишечника с развитием разлитого гнойного перитонита; недостаточно адекватный выбор объема оперативных вмешательств.

Мы уже давно пришли к выводу, что даже при выполнении несложных, но повторных операций, должен участвовать специалист областного центра. Несомненно, именно привлечение к операциям врача-консультанта давало возможность предупредить возникающие подобные осложнения на фоне выраженной анемии и ограничиться по объему одной первой операцией при ее грамотном исполнении. В данном случае, интубация дистального отдела толстого кишечника вряд ли была столь необходимой.

У основной массы больных (72,6 %) консультации специалистов осуществлялись в районных больницах, реже в больницах областного центра. И все же, с развитием в области акушерско-гинекологической службы (строительство и ввод в действие НИИ материнства и детства) привело к резкому увеличению удельного веса вызовов в городские больницы. Так, за последние пять лет число консультаций в больницах областного центра составило 34,2 % от общего числа консультированных больных.

В литературе имеются разноречивые данные о причинах вызова врача-консультанта. Дальнейшее изучение клинического материала показало, что необходимость привлечения сотрудников отделения санитарной авиации и специализированных отделений определяется рядом моментов, а именно –

маломощностью хирургического отделения ЦРБ и недостаточной укомплектованностью кадрами (В. В. Кулемин и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1986; Н. Ф. Герасименко, 1988). Имеют значение низкая квалификация хирургов районных больниц (В. В. Кулемин и соавт., 1989; Ю. И. Верушкин и соавт., 1991, 1992, 1995; Ю. Т. Коморовский и соавт., 1992), тяжесть состояния больных (Р. И. Лось, 1967; Б. М. Долгонос, 1970).

Неясность клинического диагноза при ограничении возможности для полноценной и своевременной диагностики увеличивает число выездов в ЦРБ (Ю.И.Верушкин,1995).

Отсутствие лекарственного обеспечения для проведения комплекса консервативного лечения, необходимого специалиста на момент обращения больного за медицинской помощью требуют срочной консультации (В. И. Бачев и соавт., 1979; В.В.Кулемин и соавт.,1983; В. Б. Гервасиев и соавт., 1985; Ю. И. Верушкин и соавт., 1993; Е.П.Коноплев и соавт.,1986; Н. И. Коротков и соавт., 1996). Особое значение отводится выбору адекватной хирургической тактики и необходимости проведения оперативного вмешательства на местах (Б. М. Долгонос, 1970; В. В. Кулемин и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1986, 1991).

Таким образом, все сказанное позволяет утверждать, что в основе работы хирурга узкого профильного отделения и санитарной авиации при оказании экстренной помощи ургентным больным преобладает принцип максимального приближения специализированной хирургической помощи

Организационная тактика врача консультанта.

Незначительные публикации свидетельствуют о том, что тактика хирурга-консультанта отделения санитарной авиации недостаточно разработана и в различных регионах страны весьма вариабельна (В. И. Бачев и соавт., 1979; В. В. Кулемин и соавт., 1983; В. Б. Гервасиев и соавт., 1985; Ю. И. Верушкин и соавт., 1995).

В последние годы накоплен значительный опыт хирургического лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями различного генеза. В литературе, однако, отсутствует единое мнение о хирургической тактике бортхирурга при данной патологии. Остается еще много нерешенных вопросов относительно диагностики и выбора объема оперативного вмешательства при ряде экстренных заболеваний.

Конечно, на действие хирурга-консультанта существенное влияние оказывает и квалификация местных хирургов, техническое и инструментальное обеспечение оперативных вмешательств на месте, возможности проведения интенсивной терапии как в до, так и в послеоперационном периоде.

В настоящее время активная хирургическая тактика при выезде в районы поддерживается большинством хирургов (В. И. Бачев и соавт., 1979; Г. Д. Шапиро, 1982; В. В. Кулемин и соавт., 1989; Ю. И. Верушкин и соавт., 1991; А. А. Бабаев, 1996).

Однако, по мнению А. И. Горбашко (1985), использование так называемой «тактики выжидания» при массивных гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии, вводила в заблуждение хирургов, и давала им возможность необоснованно отказываться от экстренной операции лишь потому, что кровотечение в момент осмотра, якобы, приостановилось.

В. Б. Гервазиев и соавт., (1985) разработали свою, по их мнению, рациональную организацию взаимодействия хирурга консультанта, районной медицинской службы и специализированного областного (краевого) хирургического центра.

По данным Н. Д. Палкина и соавт. (1990), лечебно-организационная тактика при гастродуоденальных кровотечениях, например, определялась на основе эндоскопической классификации В. М. Буянова. Так, при профузных кровотечениях операции выполнялись в экстренном порядке; при остановившемся желудочном кровотечении, но при угрозе его рецидива осуществлялась транспортировка на самолете в специализированное

отделение, где выполняется срочная или отсроченная операция. Больные третьей группы с остановившимися кровотечениями и небольшой угрозой его рецидива – оставались на месте для проведения консервативного лечения с последующим, при необходимости, выполнением плановых операций.

Н. Ф. Герасименко (1988) отмечает, что работа хирурга-консультанта определяется задачами четырех этапов оказания помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями:

- 1) заочная консультативная помощь и корректировка лечебно-профилактической деятельности районных хирургов;
- 2) непосредственная работа в условиях районной больницы;
- 3) определение показаний к эвакуации, ее организация и обеспечение транспортировки;
- 4) заочная корректировка послеоперационной терапии у больных, оставленных под наблюдение районного врача. По мнению автора, для определения тактики лечения составу выездной бригады достаточно определить лишь основное заболевание или синдромы, выявление которых влияет на дальнейшую тактику.

По данным В. Н. Кошелева и соавт., (1994), в центральных районных больницах бригадой консультантов в составе хирурга и эндоскописта больные подразделялись на следующие группы:

- 1) нуждающиеся в оказании неотложной операции при продолжающемся кровотечении или вероятности его рецидива;
- 2) подлежащие эвакуации в клинику при остановившемся кровотечении;
- 3) требующие проведения лишь консервативного лечения в условиях ЦРБ.

Для выбора варианта лечебной тактики у больных определены 3 степени кровопотери и 4 степени активности кровотечения посредством сопоставления клинических и эндоскопических данных.

Г.П. Гидирим и соавт. (1992) придерживаются активной индивидуализированной тактики, которая определяется сопоставлением степени кровопотери и ее активности.

Ю.Т. Коморовский и соавт. (1992) при выборе лечебной тактики ведущую роль отводят сведениям об источнике и характере кровотечения, тщательной оценке риска оперативного вмешательства и риска основного заболевания.

Следует отметить, что, как правило, первой достаточно сложной задачей, которую приходится решать хирургу-консультанту является диагностика имеющейся ургентной патологии. Основой при этом, по нашему мнению, может быть лишь достаточная квалификация и опыт борт-хирурга. И, действительно, основываясь на комплексном подходе включающего клинические, лабораторные, рентгеноскопические и иногда эндоскопические и ультразвуковые исследования, врачу консультанту приходится или подтвердить или отвергнуть диагноз, поставленный хирургами района. Необходимо учитывать и то, что в большинстве наблюдений из-за недостаточного обеспечения лечебного учреждения необходимым диагностическим инструментарием, в своей практике бортхирургу при диагностике заболевания приходится, в основном, опираться лишь на собственные, выработанные в ходе своей деятельности, знания.

Вторая, не менее важная задача определяется необходимостью и целесообразностью транспортировки больных в другие, более квалифицированные учреждения. Правильно принятое решение в значительной степени влияет на результаты проводимого как симптоматического, так и хирургического лечения, что в дальнейшем и подтверждается изучением клинического материала.

Третья, исключительно важная задача, заключается в выборе способа операции. Это в свою очередь, во многом определяется техническими возможностями хирурга, его способностями выполнить необходимый объем оперативного вмешательства при той или иной экстренной патологии.

В нашей практике, при определении объема неотложной хирургической специализированной помощи больным в условиях ЦРБ с экстренными заболеваниями мы исходим из оценки следующих факторов: времени, прошедшего с момента заболевания; особенностей течения болезни; условий,

в которых оказывалась помощь; тяжести состояния больных, их транспортабельности; возможности привлечения бригады врачей.

СХЕМА АЛГОРИТМА ДЕЙСТВИЙ БОРТХИРУРГА

Исходя из вышеуказанных обстоятельств, была определена СХЕМА АЛГОРИТМА действий бортхирурга при оказании экстренной консультативной помощи: консервативное лечение на месте, проведение экстренных операций на месте, срочный или отсроченный перевод в специализированные отделения областной клинической больницы.

С Х Е М А

АЛГОРИТМА ДЕЙСТВИЙ БОРТХИРУРГА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Предварительная консультация по телефону	Автоматизированная консультативная дистанционная диагностика
--	--

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТАВА БРИГАДЫ

Выезд (вылет) специалиста на место

Плановая консультация	Экстренная консультация
-----------------------	-------------------------

УТОЧНЕНИЕ ДИАГНОЗА

Предоперационная подготовка, терапия	Оперативное вмешательство в условиях ЦРБ	Эвакуация
--------------------------------------	--	-----------

ПЛАНОВОЕ

ЭКСТРЕННОЕ

Отсроченная	Экстренная	Плановая	Вынужденное
-------------	------------	----------	-------------

ДООБСЛЕДОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ОКБ

Оперативное вмешательство	Консервативная и симптоматическая терапия
---------------------------	---

На основании анализа историй болезни и полученных данных можно сделать вывод, что тактика хирурга-консультанта при различных видах специализированной медицинской помощи больным с экстренными заболеваниями в условиях хирургического отделения ЦРБ разнообразна. Так, консультантами при выезде в районы области к больным гастроэнтерологического профиля чаще всего (в 52,8 % наблюдений) выполнялись оперативные вмешательства на месте, реже эвакуация больных в специализированные отделения. Больные пульмонологического профиля оперируются исключительно редко, чаще всего данной группе больных проводится консервативное лечение на местах. Следовательно, хирург-консультант должен в совершенстве владеть методами диагностики, различными видами оперативных вмешательств на органах брюшной полости, не исключая необходимости оперативных вмешательств и у больных с патологией органов грудной полости.

При поступлении вызова из района в отделение санитарной авиации специалист областного центра, во-первых, предварительно по телефону дает рекомендации по проведению предоперационной подготовки до приезда хирурга на место, во-вторых, анализирует поступившие в автоматизированный диагностический центр данные и определяет состав бригады. Выезд бригады врачей может осуществляться как в плановом, так и в экстренном порядке. По прибытии в хирургическое отделение ЦРБ бортхирург окончательно уточняет диагноз и принимает решение либо о проведении консервативного и оперативного лечения, либо эвакуации больного. Консервативное лечение в условиях районных и участковых больниц в зависимости от характера заболевания проводилось нами всем больным по общепринятой методике. При этом положительный эффект, по данным В. И. Бачева и соавт. (1979); В. М. Кузнецова и соавт. (1983); В. В. Кулемина и соавт. (1983) у больных с гастродуоденальными кровотечениями, отмечен в пределах 27,7-35,6 %. Среди общей группы больных консервативное лечение до приезда консультанта в 36,1 % наблюдений

проведено с хорошим эффектом. Эта группа больных оставлена была в местной больнице для дальнейшего наблюдения, обследования и лечения. В последующем часть из них в плановом порядке переводится в специализированные отделения областной больницы.

Спорным остается вопрос о целесообразности проведения оперативного вмешательства на месте. Одни авторы (Ю. В. Лузин, 1972; В. И. Бачев и соавт., 1979; Г. Д. Шапиро, 1982; Е. П. Коноплев и соавт., 1991) ратуют за расширение показаний к оперативному вмешательству в условиях хирургического отделения ЦРБ. Эта тактика оправдана особенно при желудочно-кишечных кровотечениях. Другие (Г. Эллингстон, 1975; В. Б. Гервазиев и соавт., 1985; В. Т. Зайцев и соавт., 1984; Н. Ф. Герасименко, 1988) – стремятся к переводу больных в базовые клиники и больницы. Необходимость в проведении операций у больных на месте, по мнению первых авторов, объясняется наличием абсолютных противопоказаний к эвакуации.

Оперативное вмешательство чаще предпринимается у больных гастроэнтерологического профиля (в 64.3 % наблюдений), сосудистого (60,5 %), проктологического (15.3 %). По мнению Ю.В.Лузина(1972), да и наших данных, отмечено увеличение сложных оперативных вмешательств на фоне уменьшения менее сложных.

Замечается ежегодное увеличение выездов хирурга к больным с ранними послеоперационными осложнениями, которые чаще наступают после аппендэктомии (27,7 %), резекции желудка (15,2 %), ушивания ран кишечника (10 %). При этом повторные операции чаще нами выполнялись при кишечной непроходимости (23 %), абсцессах брюшной полости (23,8 %). О значении своевременной эвакуации больных сообщают В. Б. Гервазиев и соавт. (1985); Л. Ю. Духан (1982); Ю. Т. Коморовский и соавт. (1991). По данным авторов, четкое взаимодействие хирургических служб санитарной авиации, района и краевой больницы позволяют снизить послеоперационную

летальность с 32,5 до 20,8% (В. Б. Гервазиев и соавт., 1985), общую летальность – с 16,1 до 7,2 % (Л. Ю. Духан, 1982).

Считаем, что частота эвакуации больных зависит от ряда причин, основными из которых являются недостаточная квалификация районных хирургов, оснащенность ЦРБ и трудности диагностики urgentных заболеваний при далеко зашедших стадиях заболевания. Эвакуация больных авиа- или автотранспортом позволяет значительно сократить сроки оказания экстренной хирургической помощи, приблизить квалифицированную специализированную помощь жителям районов, дает возможность включить в лечебный процесс современные методы диагностики и лечения, создать оптимальные условия транспортировки больных.

Частота эвакуированных больных, по данным различных авторов, вариабельна и составляет от 9,9 до 35.6 процента. Так, Г. Зияшев, 1970, приводит данные в пределах 9,8%; В. Г. Горобчук, 1972 - 11,7%; Л. Ю. Духан, 1982 - 21%; В. М. Кузнецов и соавт., 1983 - 35,6%; Е. П. Коноплев и соавт., 1991 - 24,2%. Возникает необходимость ответить на вопросы: «куда, когда и кого эвакуировать?»

В настоящее время в практике работы отделения санитарной авиации выделено четыре вида эвакуации: экстренная, плановая, отсроченная и вынужденная. Экстренная, частично вынужденная эвакуация больных, осуществлялась в первые часы после осмотра врачом консультантом (В. И. Бачев и соавт., 1979; В. В. Кулемин и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1991).

Имеются различные точки зрения на целесообразность транспортировки ряда больных в специализированные отделения областного центра. Нет единого мнения и в выборе вида транспорта при этом. Одни авторы преимущественно предпочитают отдавать эвакуации больных авиатранспортом (Б. М. Долгонос, 1970; Н. Ф. Герасименко, 1986; Н. Д. Палкин и соавт., 1990; А. Moulaj и соавт. 1989). По их данным, использование авиации в 2,5-4 раза уменьшает сроки транспортировки тяжелой группы больных. Следует отметить, что

авиатранспорт относится к дорожному виду транспорта. Отсюда, по нашему мнению, должна быть повышена ответственность медицинских работников за необоснованные вызовы (вылеты) специалиста. Важным моментом при решении вопроса о транспортировке по воздуху является не только правильная оценка общего состояния больного, но и должны учитываться возможные неблагоприятные влияния резких перепадов атмосферного давления и развития гипоксии мозга из-за низкого парциального давления кислорода. Так Р. Б. Илькин и соавт., 1980, сумели доказать, что понижение барометрического давления на высоте и связанное с этим уменьшением парциального давления кислорода обуславливает заметное изменение некоторых физиологических функций, даже в организме здорового человека. Они же рекомендуют больных и раненых обеспечивать надлежащими мерами предосторожности, чтобы исключить осложнения, возможные во время полетов на большой высоте. Транспортировка больных с желудочно-кишечными кровотечениями, даже при небольшом расстоянии до места назначения является процедурой весьма рискованной. Неправильно организованная эвакуация ухудшает показатели выживаемости, увеличивает сроки пребывания больных в стационарах области.

Следует отметить, что одни станции санитарной авиации имеют авиатранспорт, оснащенный современной портативной наркозно-дыхательной и реанимационной аппаратурой (Н. Ф. Герасименко, 1985). Другие, используя самолеты и вертолеты, не имеют возможности оказать необходимую медицинскую помощь на пути следования (Р. Б. Илькин, 1980; А. С. Штраус, 1989) и служат лишь для перевозки больных. Отрадно заметить, что в США предпочтение отдают транспортировке пострадавших вертолетной службе (М. Wilson, 1989).

Необходимость более частого использования автотранспорта, по сравнению с воздушным транспортом, подчеркивается в работах большинства авторов (В. Г. Горобчук, 1972; Э. Эллингстон, 1975; С. И. Умаров и соавт., 1977; В. Ю. Верушкин и соавт., 1991 и др.). По их мнению, этот вид транспорта не

зависит от метеоусловий и времени суток, требует меньших финансовых затрат, исключает излишнюю переноску и перекладку больных. В случае необходимости, при ухудшении состояния больного во время эвакуации, ему может быть оказана экстренная хирургическая помощь в любом лечебном учреждении на пути следования автомашины. Однако эти преимущества могут реализоваться при наличии хороших шоссейных дорог и небольшой отдаленности районов от областного центра.

Среди эвакуированных пациентов в экстренном порядке, по данным В. В. Кулемина и соавт., (1983); Е. П. Коноплева и соавт., (1991), преобладали больные с ранними послеоперационными осложнениями. Они возникали как после проведенных оперативных вмешательств силами районных хирургов, так и хирургов-консультантов (18,2 %), с патологией желудка (24,1 %), желчно-выводящих путей и печени (9,1 %), воспалительных заболеваний и опухолевыми процессами в легких (10,9 %), кишечными свищами (5,5 %).

Следует особое внимание обратить на группу больных, оперированных на месте. Чаще всего больные данной группы эвакуировались в отсроченном порядке. Среди них больные с ранними послеоперационными осложнениями составили 21,2 %, патологией желудка – 20 %, (В. В. Кулемин и соавт., 1983; Ю. И. Верушкин, 1995). Показания к транспортировке данной группы больных обуславливались необходимостью выполнения сложных диагностических и лечебных мероприятий, случаями, когда состояние больного допускало его перевозку авиа или автотранспортом (В. И. Бачев и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1991).

Экстренные эвакуации выполнялись в случаях, когда требовалось выполнение современных, сложных диагностических и лечебных мероприятий (В. И. Бачев и соавт., 1979; Ю. И. Верушкин, 1990, 1994; Е. П. Коноплев и соавт., 1991). Показаниями к ней служили: тяжесть состояния больных, необходимость выполнения оперативного вмешательства в условиях специализированного отделения ОКБ (Г. А. Живарев и соавт., 1990, 1992), неустановленный источник кровотечения, отсутствие признаков его

рецидива (Л. Ю. Духан, 1982), кровотечения средней степени тяжести. Если к моменту приезда консультанта клинические данные свидетельствовали об остановке кровотечения (Г. Д. Шапиро, 1982), возможный риск его возобновления при неустановленной причиной кровотечения (Н. Ф. Герасименко, 1988) также обуславливали необходимость транспортировки. Считаем, что эвакуация, если она осуществляется сразу же, в сопровождении врача консультанта, является одним из разрешающих факторов улучшения диагностики ургентной патологии у консультированных в условиях ЦРБ.

Эвакуация в плановом порядке осуществлялась из-за невозможности оказания специализированной хирургической помощи в районе ввиду отсутствия специалиста или его недостаточной квалификации, либо исходя из тяжести состояния больных в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Отсроченная эвакуация выполнялась нами через различные сроки после проведения операции на месте силами хирургов специализированных отделений областной клинической больницы. В этих случаях показаниями к ней служили возникновение ранних послеоперационных осложнений, требующих дальнейшего симптоматического лечения (в 25,6 % наблюдений), проведения повторных оперативных вмешательств (54,4%), дополнительных методов обследования (19,8%). Приведенные данные соответствуют показателям, опубликованным в литературе (В. В. Кулемин и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1991 и т.д.).

Д. И. Гончар (1978) против эвакуации больных при продолжавшемся кровотечении, терминальном состоянии, повреждениях, не совместимых с жизнью. Подобного мнения придерживается и Ю. Т. Коморовский с соавт. (1992). Продолжавшееся кровотечение при наличии сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации также является противопоказанием к эвакуации в специализированные отделения.

Таким образом, при решении вопроса о транспортировке больных из районов должны быть соблюдены следующие условия: в достаточном объеме

проводимое лечение перед транспортировкой, продолжение его в пути под наблюдением врача и завершение в стационаре ОКБ. Безопасность вынужденной эвакуации обуславливается тщательной подготовкой больных к транспортировке, направленная на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма и предотвращение угрожающих осложнений, которые могут возникнуть во время перевозки. Эти мероприятия осуществляются хирургами района до приезда консультанта по его указаниям и коррекции рекомендаций по телефону. Иногда такая тактика может служить начальным этапом предоперационной подготовки.

К авиа-транспортировке больных пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии мы относимся с большой осторожностью. Считаем, что при решении вопроса о транспортировке больных старше 60 лет требуется сугубо индивидуальный подход, основанный на детальной оценке их состояния и конкретной ситуации, учитывая, что малейшее повторение кровотечения в ходе эвакуации может быть крайне опасным для больного.

В последние 10 лет отмечается ежегодное снижение количества эвакуированных больных, оперированных хирургами на месте. Это обуславливается уменьшением сроков диагностического процесса в условиях ЦРБ, оказанием специализированной хирургической помощи высококвалифицированными хирургами и внедрением бригадного метода обслуживания самой тяжелой группы больных, включая лиц в возрасте 60 лет и старше.

Незначительная отдаленность районов от областного центра, хорошие, с твердым покрытием, дороги, наличие специального санитарного транспорта позволили в последние годы в 69,1 % наблюдений осуществлять транспортировку автотранспортом. Следует еще раз отметить, что в опубликованных работах отечественных авторов сообщений о летальных исходах в ходе транспортировки не приводятся.

В лечебно-диагностическом отношении мы допускали прохождение больным не более двух этапов: первый – больница, где больной консультирован бортхирургом и где ему, по возможности, проведены необходимые лечебно-диагностические мероприятия; второй – другое лечебное учреждение, где больной должен получить полный и окончательный объем квалифицированной хирургической помощи и находиться до выздоровления. Вторым этапом представлены, главным образом, специализированные отделения областной клинической больницы, где лечилось 26,2 % больных, из них 65 % составили больные гастроэнтерологического профиля, 10,9 % - пульмонологического, 8,4% – проктологического, 4,9% – сосудистого, прочие – 10,8%..

Расхождение клинического диагноза борт-хирурга и специалиста областной больницы отмечено нами у 148 (8,5 %) больных, из них мужчин было 117 (76,1 %) , женщин - 31 (23,9 %). Лица работоспособного возраста составили 56,7 %.

В нашей практике вынужденно эвакуировано 11 больных. Такая ситуация возникла в случаях, когда в местном лечебном учреждении нельзя было оказать необходимого объема медицинской помощи, не было условий для выполнения оперативных вмешательств, а состояние больного позволяло на некоторое время отложить экстренную операцию. Среди вынужденно эвакуированных больных расхождений клинического диагноза консультанта и специалиста ОКБ не было. Все больные были оперированы в первые часы после доставки в специализированные отделения. В эту группу вошли пациенты с сочетанными травматическими повреждениями органов брюшной полости, нижних конечностей и костей таза (3 пациента), перитонитом различного генеза (6), ножевыми ранениями грудной клетки с повреждением ткани легкого и печени (2). Летальный исход среди оперированных данной группы больных отмечен у двух пациентов.

Среди экстренно эвакуированных больных расхождение клинического диагноза отмечено у (10 %) больных, что было обусловлено недостаточной

квалификацией борт-хирурга отделения экстренной и консультативной помощи, его нерешительностью на проведение повторных оперативных вмешательств собственными силами в условиях хирургического отделения ЦРБ. Сказывалась и смена специалистов санитарной авиации, наличие среди них совместителей, недостаточность диагностических и лабораторных исследований на месте. Особенно высок процент расхождений клинического диагноза при диагностике перитонита (25.1 %), желтушности кожного покрова различного генеза (17,4 %), желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии (4,5 %). При этом, расхождение диагноза, в основном, было в отношении локализации патологического процесса. Так, перитонит в большинстве случаев диагностируется бортхирургами. В то же время, его причины не всегда были ясны для консультанта, т.к. подтвердить диагноз только на основании симптомов не представляется возможным.

Часто консультантами диагностировалась несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки. Однако в условиях областной клинической больницы данный диагноз исключался и больные, в последующем, были оперированы по поводу абсцессов брюшной полости различной локализации. При желудочных кровотечениях, вызванных синдромом Маллори-Вейсса, хирурги считали источником кровотечения язву желудка, и, наоборот – при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии чаще диагностировалась опухоль желудка. В последние годы с внедрением эндоскопического исследования в условиях ЦРБ и выезда врача эндоскописта в составе врачебной бригады на место подобные расхождения стали встречаться исключительно редко. Так, частота расхождения клинического диагноза борт-хирурга и специалиста ОКБ при гастродуоденальных кровотечениях составляет лишь 0,5 %.

В 5,7 % наблюдений среди экстренно эвакуированных и госпитализированных пациентов в ОКБ, бортхирургами доставлялись больные нехирургического профиля (гинекологического, терапевтического, стоматологического и т.д.). Эта группа больных консультировалась в

приемном отделении ОКБ соответствующим специалистом. При необходимости, в случае подтверждения диагноза, больные переводились в соответствующие специализированные отделения. При невозможности транспортировки 34 пациента были оперированы в условиях хирургического отделения. В последующем часть из этих больных эвакуировалась в специализированные отделения, другие же оставались в хирургическом отделении ОКБ до выздоровления.

Больные, доставленные в стационар в плановом порядке, госпитализировались в соответствующее отделение, где проводился комплекс исследований, включая и современные методы инструментального обследования. После уточнения диагноза процент расхождения диагноза консультанта и специалиста областного центра составил 4,3 % (18 больных). При этом, ошибки, в основном, допущены в неправильной трактовке причин желтухи и локализации онкологического заболевания. Именно у этих больных в подавляющем большинстве случаев окончательный диагноз злокачественного заболевания ставился на операционном столе.

В последние годы, наряду с резким увеличением удельного веса оперированных больных в условиях ЦРБ (с 52,6 % до 71,5 %), отмечается увеличение числа больных оперированных в условиях ОКБ из числа эвакуированных. Удельный вес таких пациентов среди оперированных больных за последние 7 лет составил 13,2 % и не имеет тенденции к снижению.

Сложившаяся система оказания хирургической помощи показывает, что более чем в половине случаев причиной обращения в отделения санитарной авиации является критическое состояние, угрожающее жизни больных, трудности в диагностике, неэффективность терапии и прогрессивного ухудшения в состоянии больных. Особенно это относится к больным пожилого и старческого возраста.

В ходе проводимой консультативной работы диагностические ошибки среди областных специалистов при подтверждении наличия экстренного

хирургического заболевания встречаются от 3,3 % до 4,3 % (В. В. Кулемин и соавт., 1983; Е. П. Коноплев и соавт., 1986; Ю. И. Верушкин, 1990). Увеличение удельного веса ошибок у больных старшей возрастной группы связано с тяжестью экстренной патологии, наличием массы сопутствующих заболеваний и поздним вызовом (выездом) консультанта (Ю. И. Верушкин, 1990). Следует еще раз отметить, что клинический диагноз желудочно-кишечного кровотечения в условиях ЦРБ подтверждался лишь в 2/3 наблюдениях, онкологическое заболевание хирургами района до приезда консультанта устанавливалось или подозревалось только в 15,3 % случаях.

При диагностике ранних послеоперационных осложнений среди лиц пожилого и старческого возраста ошибки диагностического, тактического и организационного характера выявляются у каждого третьего пациента (Ю. И. Верушкин и соавт., 1989). Не снижается процент расхождения диагноза консультанта и хирурга района при патологии внепеченочных желчных путей и печени.

Как показали наши данные, в начальный период работы отделения санитарной авиации среди экстренно эвакуированных в возрасте 60 лет и старше расхождение в диагнозе наблюдалось в 10,5 % случаях. Более широкое внедрение эндоскопических методов исследований, включение врача эндоскописта в состав бригады, дало возможность снизить частоту диагностических ошибок до 0,5 %.

Суммируя полученные результаты можно с уверенностью отметить, что лишь своевременная эвакуация больных старше 60 лет из районов области в специализированное отделение позволяет снизить процент диагностических ошибок среди хирургов ЦРБ и консультантов областного центра.

Таким образом, в масштабе клинических наблюдений, процент расхождения диагноза, установленного консультантом отделения санитарной авиации и специалиста областного лечебного учреждения как в сторону гипер, так и гипо диагностики достаточно высок и в среднем составляет 8,5 %.

Расширение показаний к эвакуации с привлечением бригады врачей ведет к снижению количества повторных выездов (вылетов) врача-консультанта областного центра.

Список использованной литературы:

- 1.Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Джаграев К.Р. Лапароцентез и лапароскопия в диагностике повреждений органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой // Хирургия.- 1991.- № 12.- С.12-16.
- 2.Бабаев А. А. Применение бригадного метода при оказании экстренной специализированной хирургической помощи отделением санитарной авиации // Дисс. канд. мед. наук. - Ярославль, 1996.- С.143
- 4.Бачев В. И., Верушкин Ю. И. Оказание помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями санитарной авиацией // Сов. медицина.- 1979. - № 10. – С. 103-107
- 5.Белов И.Н. К вопросу организации хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости //Вест. хирургии.-1998.- № 2.- С. 78.
6. Блохин А.Б., Турков С.Б. Организация специализированной хирургической помощи населению при реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений региона // Здрав. Росс.Фед.- 2008.- № 4.- С.23-25.
- 7.Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Лишенко В.В. и др. Торакоскопия в диагностике и лечении травм груди // Вест.хирургии.- 2010.- № 1.- С.96-100
- 8.Бушков П.Н., Виноградов М.М., Гоголев Н.М. и др. Язвенные гастродуоденальные кровотечения в условиях Крайнего Севера // Вест. хирургии.- 2002.- № 4.- С.17-18.
- 9.Буянов В.М., Ахметели Т.И., Ломадзе Н.В. Комплексное лечение острого разлитого перитонита.// Хирургия.-1997,.- № 8.- С.4-7
- 10.Быков В.П. Огнестрельные ранения груди и живота мирного времени // Хирургия.- 2003.- № 7.- С.72-74

12. Верушкин Ю. И. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в практике специализированного отделения и санитарной авиации // Дисс. канд. мед. наук. – Ярославль.- 1990.- С.132
- 13.Верушкин Ю. И., Бабаев А. А. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации.- Иваново.- 1995.- С.272
- 14.Герасименко Н. Ф. Новые подходы к организации неотложной хирургической помощи сельскому населению агропромышленного региона // Здр. Росс. Фед.- 1988.- № 10. – С. 15-18
- 16.Гидирим Г. П., Чикало Е. Т., Гуцу В. М. и др. Тактика при желудочных кровотечениях в условиях санитарной авиации // Хирургия.- 1992.- № 9. – С. 24-29
- 18.Гостищев В. К., Ровенко Н. М. Алексеев Е. А. и др. Возможности прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений, приводящих к релапаротомии // Вест. хирургии.- 1985.- № 1. – С. 54-59
- 20.Девятов В. Я. Трудности диагностики и осложнения закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки // Вест. хирургии.- 1985.- № 1. – С. 87-90
- 22.Живарев Г. А., Верушкин Ю. И. Организация неотложной хирургической помощи больным с повреждениями сосудов // Здр. Росс. Фед.- 1990.- № 9. – С. 16-18
- 25.Комаров Н.В., Маслагин А.С., Ковалев Р.Н. Хирургическое лечение больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях районной больницы // Вест. Хирургии.- 2001.- № 2.- С.104-107.
- 26.Комаров Н. В., Бушцев В. Д., Ляхманов К. Е. и др. Повреждения двенадцатиперстной кишки в практике районного хирурга // Вест. хирургии.- 2004.- № 2. – С. 92-93
- 27.Коморовский Ю. Т. Басисюк И. И. Опыт организации специализированной хирургической помощи больным с острыми желудочно-

кишечными кровотечениями в условиях районных больниц // Клиническая хирургия.- 1992.- № 4. – С. 49-51

29.Коротков Н. И., Верушкин Ю. И., Бойцов Н. И. Тактика хирурга отделения экстренной и планово-консультативной помощи при гастродуоденальных кровотечениях // Вест. Иван. Мед. Академии.- 1996.- № 1. – С. 72-75

30.Красильников Д.М., Скобелкин О.К., Федоров В.В. и др. Ранняя релапаротомия при острой кишечной непроходимости кишечника //Тез. докл. Пленума комиссии АМН СССР.- Ростов-на – Дону.- 1991.- С.68-69.

31.Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горекин В.А. и др. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости //Хирургия.- 2001.- № 7.- С.25-29

33. Кулемин В. В., Верушкин Ю. И., Коноплев Е. П. О работе отделения экстренной и планово-консультативной помощи // Здр. Росс. Фед.- 1983.- № 10. – С. 15-17

34.Кулемин В.В., Верушкин Ю.И. Пути снижения послеоперационной летальности в практике отделения санитарной авиации //Вест.хирургии.- 1989.- № 8.- С.128-130.

35.Кутушев Ф. Х., Гвоздев М. П., Филин В. И. и др. Неотложная хирургия груди и живота. «Медицина».- 1984. – С. 74-95

36.Лосев Р.З., Кузнецов В.В., Чичков Ю.В. и др. Значение неотложной лапароскопии и математического прогнозирования в комплексе диагностических мероприятий при сочетанной травме. //Вест. хирургии.- 2004.- № 2.- С. 56-59

39.Палкин Н. Д., Сметанин В. Н. Неотложная эндоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях в условиях санитарной авиации // Хирургия.- 1990.- № 3. – С. 49-53

40.Потапов А.И. Только здоровая Россия может стать сильной //Здр. Росс.Фед.- 2009.- № 2.- С.3-7.

- 41.Рожавский Л.А., Окунев А.Ю., Пуринь В.И. Плановая выездная работа областного учреждения здравоохранения // Здр.Росс.Фед.- 2008.- № 2.- С.27-29
- 43.Русаков А.Б. Структура травм в медицине катастроф и проблемы оказания помощи и лечения пострадавших // Здрав. Росс.Федер.-1996,- № 6.- С.22-29.
- 44.Савельев В.С., Гологорский В.А. Релапаротомия в неотложной хирургии // Хирургия.- 1987.- № 1.- С.9-13.
- 45.Слепых Н.И., Лебедева И.В. Причины поздней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости // Здр.Росс.Фед.- 2001.- № 1.- С.27-29
- 46.Суслин С.А., Галкин Р.А. Проблема совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) // Здр. Росс.Фед.- 2006.- № 1.- С.14-18 и.
- 47.Уханов А.П. Использование видеолапароскопии при лечении перитонита аппендикулярного происхождения // Вест.хирургии.-2010.- № 3.- С.68-70
- 49.Юнко М. А., Юрмин Е. А., Лабай Е. Н. Релапаротомии при травме живота // Вест. хирургии.- 1985.- № 6. – С. 94-97
51. Luidema G. O., Ruthrford R. B., Ballinger M. F. The management of trauma 111 ad. Philadelphia -London –Toronto. - 1979.

ОГЛАВЛЕНИЕ: