

щийся химус и предотвращающий мацерацию кожи. Устройство успешно применено у 43 больных. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (патент РФ № 2262942). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 32 больных. Лечение оказалось эффективным у 87 % больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространства, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Для хирургического лечения сформированных тонко- и толстокишечных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент РФ № 2228149). В основе способа лежит использование локального, окаймляющего свищ, хирургического доступа, использование однорядного непрерывного кишечного шва при формировании анастомоза с использованием прецизионной техники, формирование отграниченного в брюшной полости пространства, предупреждающего в случае несостоятельности шва развитие разлитого перитонита. Способ успешно применен у 84 больных. Частичная несостоятельность шва имела место лишь у одного пациента.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия кишечных свищей, есть прекрасное поле деятельности для разработки новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных обтураторах, повышающих качество их жизни. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых обтураторов.

И.К. Бойко, Л.В. Алексеева, В.А. Шантуров

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск)
ГУ НЦРВХ ВСНЦ РАМН (г. Иркутск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить возможности ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) в диагностике острых тромбозов и посттромботических состояний вен нижних конечностей и таза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2004 по 2006 год обследовано 165 больных с острым тромбозом крупных венозных коллекторов системы нижней полой вены (НПВ) и 458 пациентов с посттромботической болезнью (ПТБ) нижних конечностей. Исследования проводились на ультразвуковой системе PHILIPS EnVisor методом ультразвукового дуплексного сканирования. Определялись верхний уровень и протяженность окклюзии магистральной вены. Особое внимание уделялось состоянию главных сегментарных ветвей: берцовых, глубокой бедренной и подвздошных вен (места их впадения являются истоками коллатеральной сети). По протяженности флеботромбоза различали: сегментарный тромбоз (без исключения сегментарных ветвей) и распространенный тромбоз (с исключением одной или двух главных сегментарных ветвей). Оценивали состояние стенок, просвет вен, реакцию на компрессионную пробу, локализацию тромбоза, его протяженность, давность возникновения и степень фиксации тромба, изменение параметров кровотока в динамике реканализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных с острым тромбозом вен нижних конечностей и таза УЗДС позволило установить окклюзивный тромбоз в 137 (83 %) наблюдений: у 12 (9 %) пациентов тромбоз НПВ, сегментарный тромбоз магистральных вен в 36 (26 %) и распространенный тромбоз в 89 (65 %) наблюдениях. Неокклюзивный тромбоз выявлен в 28 (17 %) случаев. Диагностическими признаками неокклюзивного тромбоза считали наличие фиксированных пристеночных неоднородных структур в просвете вены и неполное

смыкание стенок при компрессионной пробе. Эмбологенноопасный распространенный окклюзивный тромбоз с флотирующей верхушкой выявлен в 23 % наблюдений. Для профилактики тромбозомболии легочной артерии применялся эндоваскулярный метод имплантации кава-фильтра под рентгенологическим контролем. Ультразвуковой контроль за состоянием кава-фильтра позволил выявлять его проходимость, частичный тромбоз или тромбоз кава-фильтра с флотирующей верхушкой в просвете НПВ. УЗДС дает возможность в динамике следить за процессом реканализации тромбированной вены, состоянием главных коллатеральных ветвей. Результаты исследования УЗДС в группе пациентов с ПТБ оценивали на основании: проходимости вен, состояния их просвета и стенок. Функция клапанного аппарата определялась при проведении компрессионных проб. При реканализованной форме ПТБ с деструкцией клапанного аппарата УЗДС позволяет выявить основные сегменты с ретроградным кровотоком. Из них в развитии декомпенсированной ХВН в 259 (57 %) наблюдениях функционально наиболее значимыми явились бедренный и подколенно-большеберцовый сегменты. Оценка гемодинамики нижних конечностей при ХВН создает условия для выбора рациональной тактики хирургического лечения в данной группе больных.

Таким образом, ультразвуковое дуплексное сканирование — высокочувствительный неинвазивный метод диагностики тромбозов системы НПВ и посттромботической болезни вен нижних конечностей, позволяющий сформулировать оптимальную лечебную тактику.

Т.Н. Бойко, В.А. Шантуров

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*ГУЗ ИОКБ (г. Иркутск)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Тяжелые формы острого деструктивного панкреатита остаются сложнейшей проблемой неотложной абдоминальной хирургии, так как, несмотря на применение самых современных методов диагностики и лечения, сопровождаются высокой летальностью. Развитие вторичной инфекции поджелудочной железы и окружающей ее забрюшинной клетчатки представляет собой наиболее тяжелое осложнение острого панкреатита, требующее хирургического вмешательства. Учитывая тяжесть состояния пациентов, распространенность гнойно-некротического процесса панкреонекроза на первый план выступают миниинвазивные вмешательства под контролем компьютерной томографии (КТ), как этап подготовки пациента к хирургическому вмешательству, или как исчерпывающий метод лечения. Особую значимость приобретает КТ в диагностике и лечении послеоперационных и резидуальных гнойников.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить возможности КТ в диагностике и лечении инфицированного панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на основании анализа результатов обследования и лечения 360 пациентов (с 2001 по 2006 гг. включительно). Критерием включения установлено наличие панкреонекроза по данным КТ. Критерием исключения из исследования определили декомпенсированный необратимый инфекционно-токсический шок. В клинике разработан алгоритм обследования и лечения больных с панкреонекрозом. Компьютерная томография проводилась на аппаратах: КТ — «Somatom DRH» и МСКТ — «Sensation 16» фирмы Siemens.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациентам выполнялась КТ как при поступлении, так и в течение всего периода лечения. 180 (50 %) пациентов подверглись КТ-мониторингу — им процедура выполнялась 3 и более раз. 144 (40 %) пациента подверглись миниинвазивным вмешательствам (пункциям и дренированиям) под контролем КТ. Пункции локальных парапанкреальных скоплений жидкости позволяли определить вид инфектанта, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам. Дренирование гнойников позволило подготовить больного к хирургическому вмешательству в более благоприятных условиях. Оперативное лечение с целью дренирования гнойников при неэффективности миниинвазивных манипуляций, либо отсутствии безопасного транскутанного доступа выполнено у 127 (35,2 %) пациентов. Операции выполнялись проекционным доступом с учетом нарушенных топографо-анатомических соотношений, уточненных в ходе КТ-мониторинга. Использование локального доступа сопровождалось уменьшением длитель-