

FG34-W. При введении лекарственных гемостатических средств используя инъекционные иглы фирмы «ОЛИМПАС» производили инфильтрацию вдоль разрыва слизистой оболочки раствором новокаина 5 мл + адреналин 1 мл, что позволило более отчетливо визуализировать источник кровотечения. Вторым этапом инфильтрации являлось введение в подслизистый слой через те же точки склерозанты — 70% этилового спирта, этоксисклерола или полидоканола по 2–3 мл. На момент осмотра у 8 (42,1 %) больных имелась картина продолжающегося кровотечения (F1a, F1b) и у 11 (58,0 %) больных имелась эндоскопическая картина состоявшегося кровотечения (F2a, F2b, F3). В первой группе наблюдаемых больных использовали инъекционно-инфильтративный метод местного гемостаза. Первичный эндоскопический гемостаз был эффективен в 5 (62,5 %) случаях. Рецидивное кровотечение отмечено у 3 (37,5 %) пациентов, из них эффективный повторный эндоскопический гемостаз удался у 2 (25,0 %) пациентов. В 1 (12,5 %) случае пришлось выполнить экстренное оперативное вмешательство. Применение во время ургентной эзофагогастродуоденоскопии у больных с синдромом Меллори-Вейса метода инъекционно-инфильтративного гемостаза позволило предотвратить опасность рецидива кровотечения, снизить количество экстренных оперативных вмешательств. Данный метод дает ряд преимуществ, таких как надежность, достаточная эффективность, доступность и относительная безопасность в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

А.В. Роговченко, С.В. Ишутин, Д.А. Островский, Д.В. Ветохин

АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

МБУЗ Городская поликлиника № 1 (Благовещенск)

По данным международной согласительной комиссии 60–80 % населения развитых стран страдают хронической венозной недостаточностью вследствие варикозной болезни нижних конечностей, у 7 % больных возникают трофические язвы нижних конечностей. На лечение трофических язв уходит до 6 % годового медицинского бюджета развитых стран, что сравнимо с затратами на лечение больных ишемической болезнью сердца, подвергающихся аорто-коронарному шунтированию.

Лечение больных варикозной болезнью в условиях отделения дневного пребывания представляется экономически выгодным по сравнению с лечением в специализированном стационаре. Использование этапных операций по устранению патологических рефлюксов удлинит время лечения и реабилитации больных с осложненной варикозной болезнью. Нами применяется одномоментная флебэктомия с коррекцией патологического сброса по перфорантным венам и удаление варикозно-измененных притоков.

В отделении дневного пребывания МУЗ Городская поликлиника № 1 с марта 2010 г. оперировано 112 больных с хронической венозной недостаточностью 1–3 степени, обусловленной варикозной болезнью (по классификации В.С. Савельева). Дооперационная диагностика включала в себя осмотр, сбор анамнеза, УЗДС вен, клинико-биохимические исследования.

Выполнены следующие операции: флебэктомия БПВ — 59 пациентов, флебэктомия МПВ — 9 пациентов, флебэктомия БПВ в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени — 44, у 4 пациентов с длительнонезаживающими язвами размерами 60–80 см², устойчивыми к лечению, дополнительно выполнена роторная аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, взятым с бедра.

Операция проводилась под местной, общей и перидуральной анестезией. Производилась флебэктомия патологически измененной БПВ или МПВ на стороне поражения, в сочетании с эндоскопической субфасциальной диссекцией перфорантных вен голени при трофических изменениях голени. Для эндоскопической диссекции перфорантных вен используется набор инструментов немецкой фирмы Richard Wolf. Визуализация подфасциального пространства осуществлялась путем инфуляции СО₂ до 14 мм рт.ст. Перфорантные вены коагулируем биполярным коагулятором, при диаметре больше 5 мм применяем клиппирование клипсами. Подфасциальное пространство дренируется силиконовой трубкой на 1 сутки. После операции назначаются веноотонизирующие средства детралекс, троксевазин, ношение компрессионного трикотажа (Medi, Venoteks), эластичных бинтов, активизируем больного в день операции. Через 4–6 часов после предварительного осмотра хирурга и анестезиолога, коррекции повязок, обезболевания нестероидным анальгетиком, дачи рекомендаций, больных транспортируем домой на транспорте поликлиники в сопровождении медперсонала. Больным выдается разработанная памятка рекомендаций после операции с контактными телефонами врача. Лечащий врач в день операции звонит в вечернее время больным для контроля за их состоянием. Больные после операции принимают анальгетики в терапевтических дозах, являются на следующий день для осмотра и перевязки, затем осмотры проводятся по показаниям. Отмечено 2 осложнения в виде инфильтратов голени, которые лечили консервативно. Язвы с пересаженными лоскутами кожи зажили, рецидива не было. Больные проходят

курс реабилитации и восстановительного лечения тут же в поликлинике, которое включает в себя ЛФК, физиолечение, склеротерапию.

В послеоперационном периоде больным по показаниям проводится инъекционная склеротерапия 0,5 – 1% раствором фибровейна, что позволяет уменьшить операционную травму, связанную с удалением патологических притоков, а так же улучшить функциональное и косметическое состояние конечности. Процедуры выполняются 2 – 3 раза в послеоперационном периоде.

Применение одномоментных операций, направленных на коррекцию патологических венозных рефлюксов при трофических изменениях кожи, в сочетании со склеротерапией, ранней реабилитацией и восстановительным лечением позволяет уменьшить время нетрудоспособности на 25 – 30 %, улучшить косметическое и функциональное состояние конечности.

Использование эндоскопической техники позволяет выполнить одномоментную операцию по ликвидации патологических венозных рефлюксов, удаление патологически измененных вен. Затраты на лечение и реабилитационные мероприятия уменьшаются по сравнению с больными, которым выполняются операции в стационарных условиях. Экономия бюджетных средств составляет 50 – 60 % по сравнению со стационарным лечением, нет осложнений, связанных с госпитальной инфекцией. Больные наблюдаются у оперирующих хирургов, что вырабатывает у пациента более доверительное отношение, а хирург наблюдает весь период реабилитации и восстановления, с возможностью своевременной коррекции оставшихся изменений.

Использование законченного цикла больных с варикозной болезнью, включающего в себя обследование пациентов, оперативное лечение, реабилитацию, восстановительное лечение позволило улучшить качество оказания помощи данной категории больных, снизить затраты на их реабилитацию и лечение.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев, А.Ф. Потапов

ИСКУССТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕРИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)*

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных стерильными формами панкреонекроза путем дифференцированного применения искусственных методов детоксикации в комплексной консервативной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на анализе результатов лечения 65 больных стерильным панкреонекрозом. Диагноз панкреонекроз и его осложнения верифицированы на основании комплексного клинического обследования с обязательной оценкой уровня эндогенной интоксикации (ЭИ) по содержанию молекул низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) и олигопептидов (ОП) в плазме, эритроцитах крови и моче с выделением фаз ЭИ. Оценка степени тяжести и выраженности полиорганной недостаточности проводилась по интегральным системам-шкалам Ranson, APACHE II и SOFA. Все больные были разделены на две группы в зависимости от распространенности некротического процесса: группа «А» – больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом (ОСП) – 23 (35,4 %), вторая группа «В» – больные с распространенным стерильным панкреонекрозом (РСП) – 42 (64,6 %). В каждой группе были выделены три подгруппы (а, б, с), в зависимости от развивающегося вида внутрибрюшного осложнения: подгруппа «а» – ферментативный асцит-перитонит, подгруппа «б» – парапанкреатический инфильтрат и подгруппа «с» – псевдокиста поджелудочной железы. Показаниями к проведению экстракорпоральных методов детоксикации (ЭМД) являлись: больные с III – IV – V фазами ЭИ, тяжестью общего состояния по интегральным шкалам Ranson > 3, APACHE II > 9 баллов и SOFA более 4 баллов. Искусственная детоксикация проводилась общепринятыми методиками и включала следующие методы: дискретный плазмаферез (ПФ); гемодиализ (ГД), гемодиафильтрация (ГДФ), гемофильтрация (ГФ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе «А» и ее подгруппах (а, б, с), характер изменений гомеостаза всегда соответствовал второй фазе ЭИ (неполной компенсации или накопления токсических продуктов), который с успехом корректировался стандартной консервативной терапией. Обнаружено, что у 24 (57,2 %) больных группы «В», в подгруппах (а, б), исходный характер изменений значений ВНиСММ и ОП соответствовал третьей фазе ЭИ (временная декомпенсация органов и систем детоксикации). В подгруппе «с» лишь у 3 (7,1 %) пациентов диагности-