

В.Д. Поярков, В.А. Данилов

КОРРЕКЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГОУ ВПО «Томский военно-медицинский институт Росздрава» (г. Томск)

В патогенезе сочетанных повреждений основные нарушения происходят на уровне микроциркуляторного звена в виде тромбоокклюзии с развитием интерстициального отека. Выполнение в этих условиях стабильно-функционального остеосинтеза более чем в 70 % заканчивается неудовлетворительным результатом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты проводимого комплексного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами была предложена и внедрена в практику методика хирургической терапии, предполагающая сочетанное использование ВАИ (внутриартериальных инфузий) и ДОП (декомпрессивной остеоперфорации) трубчатых костей конечностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 1999 по 2005 гг. данная методика была применена у 25 больных с сочетанными травмами, включающими переломы длинных трубчатых костей, отморожения кистей и стоп II – III ст. и синдром позиционного сдавления. ВАИ проводились через катетер, введенный в плечевую и бедренную артерии. ДОП подвергались бедро, голень, предплечье, фаланги пораженных пальцев кистей и стоп. Создание высокой концентрации лекарственных препаратов в зоне, максимально приближенной к очагу поражения, в сочетании с закрытой декомпрессией костно-фасциальных футляров значительно ускоряет восстановление регионарного и микроциркуляторного кровообращения. К 5 – 7 суткам нормализуется магистральный и тканевой кровоток, улучшается венозный отток, что подтверждается ангиографическими и реографическими исследованиями. За счет быстрого восстановления регионарного кровотока при ВАИ и ДОП создавались благоприятные условия для заживления ран, улучшения жизнеспособности тканей, сокращалось число осложнений, прежде всего гнойных, обеспечивались оптимальные условия для репаративных процессов.

Комплексное лечение пострадавших с указанной патологией позволило добиться достоверно более раннего сращения переломов, полного восстановления функции конечностей после операции, уменьшения числа гнойных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование ВАИ при сочетанных травмах (отморожениях конечностей) в комплексе с декомпрессивной остеоперфорацией позволяет минимизировать начальные проявления деструктивного процесса, улучшить трофику и метаболизм, ускорить реадaptацию, а в некоторых случаях и сохранить анатомически и функционально полноценную конечность.

В.Д. Поярков, Н.Э. Куртсентов, И.В. Поярков, В.А. Данилов, С.А. Солдатов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОФЛЕБИТАМИ

ГОУ ВПО «Томский военно-медицинский институт Росздрава» (г. Томск)

ТЭЛА является общепризнанной проблемой современной медицины.

ЦЕЛЬ

Проанализировать имеющийся опыт профилактики ТЭЛА при оказании неотложной помощи у больных с тромбофлебитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Среди 1500 больных с тромбофлебитами конечностей выделили 4 группы пациентов с различными схемами профилактики ТЭЛА. Первая группа (1294 пациента; 86,3 %) с поверхностным и (или) глубо-

ким тромбофлебитом голени, с выраженными клиническими признаками, характерными ультразвуковыми критериями фиксированного тромба. Вторая группа (125; 8,3 %) с восходящим флебитом и (или) варикофлебитом бедра с распространением процесса на бедренно-подвздошный сегмент с признаками флотации участков тромба. Третья группа (58; 3,9 %) с локальным тромбофлебитическим процессом в проекции перфорантов Кокета или Додда. Четвертая группа (23; 1,5 %) с флеботромбозами глубоких вен голени и бедра с состоявшейся ТЭЛА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе больных использовали антикоагулянты прямого или непрямого действия. Из этой группы от ТЭЛА умерло 3 человека, что составило 0,23 %. У пациентов 2 и 3 групп до 1995 года в единичных случаях использовали лигирование большой подкожной вены, либо тромбэктомия из глубоких вен. Тромбэмболия легочных артерий зарегистрирована у 6 человек, в том числе закончившаяся летальным исходом у 3 пациентов (2,4 %). В последние 12 лет, больным этих групп по неотложным показаниям, выполняем в различных сочетаниях: кроссэктомия большой или малой подкожной вены, тромбэктомия с одновременным удалением варикозно-измененной вены, резекцию тромбированной порочной культи большой или малой подкожной вены, тромбэктомия в условиях временной окклюзии глубокой венозной магистрали, симультантную тромбэктомия из тромбированного перфоранта и глубокой вены голени, лигирование на уровне берцовых, бедренных, подвздошных сегментов. Активная хирургическая тактика в этой группе позволила избежать летальных исходов, обусловленных тромбэмболией. В 4 группе больных используем индивидуально подобранную тромболитическую терапию. Показания к установке кавафилтра ограничены реальной опасностью массивной ТЭЛА. В этой группе летальных исходов от ТЭЛА не регистрировалось, кавафилтры установлены 4 больным (17,4 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с тромбофлебитами в стационарных условиях, ТЭЛА зарегистрирована у 29 человек, что составило 1,9 % от пролеченного контингента. Тромбэмболия послужила причиной смерти у 6 человек, что в соответствующих группах составило от 0,23 % до 2,4 %. Применение активной хирургической тактики у пациентов 2 и 3 группы, позволило значительно уменьшить возникновение ТЭЛА. У пациентов 1 и 4 групп для профилактики целесообразно использование фармакологической коррекции.

С.Б. Развин, К.П. Топалов

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АУДИТ – ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ

**ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)**

Проблема острых инфекционных деструкций легких (ОИДЛ) в Хабаровском крае остается актуальной в последние 10 лет (1996 – 2005) из-за роста заболеваемости пневмониями ($t = 4,45$; $p < 0,001$), увеличения числа лиц с иммунодефицитными состояниями. Летальность остается практически на одном уровне (8,5 – 9,8 %).

Результаты лечения больных с ОИДЛ на базе хирургического торакального отделения краевой клинической больницы № 1 в 1986 – 2005 гг. показали, что наша медицинская эффективность, как правило, зависит от адекватного и своевременного хирургического воздействия на гнойный процесс в легком или плевре на фоне комплексной противовоспалительной и антибактериальной терапии. Как правило, исходы лечения больных при ОИДЛ (995 случаев), зависели от сроков их поступления в клинику; степени нарушения бронхиальной проходимости; характера инфекционного воспалительного процесса в легочной паренхиме, его микрофлоры и степени агрессивности возбудителя; состояния кровообращения в легочной паренхиме; выраженности интоксикационного синдрома; четкости выполнения стандартов ведения больных (протоколов) с ОИДЛ.

При лечении этой категории больных умерло 92 человека (9,2 %). Причины летальных исходов при ОИДЛ были следующие: прогрессирование воспалительного процесса в легких и нарастание синдрома выключения легочной паренхимы было у 72 чел., в 20 случаях возникший воспалительный процесс осложнился аррозивным кровотечением, в пяти – бактериальным шоком; желудочно-кишечные кровотечения были у двух больных; ОИДЛ после тяжелых хирургических вмешательств развилась у трех пациентов; осложнения после торакальных вмешательств наблюдались у 8 больных; ятрогенные осложнения встретились в трех наблюдениях (повреждение бронха, диафрагмы, воздушная эмболия вслед-