2. Фраксипарин значительно эффективнее и значительно удобнее в применении, так как вводится однократно в сутки, не требует частого контроля лабораторных показателей, что обуславливает медико-социальные и экономические преимущества его применения.

В.В. Усов, Т.Н. Обыденникова, С.М. Терехов, Ю.Б. Лепейко

НОВЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДОНОРСКИХ РАН

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)**

Аутодермопластика является окончательным способом укрытия ожоговых раневых поверхностей. От донорских ресурсов зависят сроки и исход лечения больных с глубокими, обширными ожогами. Проблема дефицита донорских поверхностей является во многом определяющей в судьбе больного, а ее преодоление позволяет значительно повысить шансы больного на выздоровление. Актуальной является проблема ускорения заживления донорских ран с целью повторной эксплантации кожи.

Для оценки эффективности методов лечения донорских поверхностей было проведено исследование результатов лечения у 196 больных Приморского краевого ожогового отделения за период с 1998 по 2006 гг. с глубокими ожогами более 20 % поверхности тела.

Было применено новое комбинированное перевязочное средство «Литопласт» на основе цеолитов из месторождения Приморского края, помещенного в полимерную пленку, проницаемую для воды, минеральных веществ, а также для токсинов и продуктов деградации белков, что позволяет этому средству активно адсорбировать раневое отделяемое. Также применяли комбинацию перевязочных средств: альгинат натрия и цеолита.

В зависимости от метода местного лечения донорских ран больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли пациенты, которым на раны донорских поверхностей сразу после взятия расщепленных аутодермотрансплантатов накладывали раневое покрытие «Литопласт» и перевязочную комбинацию альгината натрия и цеолита. Контрольную группу составили пострадавшие, которым проводили традиционное укрытие донорских ран стерильными марлевыми салфетками с последующим их высушиванием при помощи воздушно-поточных устройств. Эффективность перевязочных средств оценивали по скорости эпителизации донорских ран.

У пациентов, которым применяли комбинацию альгината натрия и цеолита, отмечали хорошее распределение композита по раневой поверхности. Необходимость в перевязках возникла спустя 2–3 суток после максимальной гидратации раневого покрытия. Перевязки осуществлялись абсолютно безболезненно. Сроки эпителизации ран донорских поверхностей составляли 9–10 суток.

При использовании перевязочных контейнеров «Литопласт» перевязки также осуществляли на 2–3 сутки. Из-за особенностей строения активной поверхности контейнеров перевязки были безболезненными. Эпителизация наступала на 10–11 сутки. Возникла проблема фиксации раневого покрытия «Литопласт» к раневой поверхности. У больных контрольной группы эпителизация ран донорских поверхностей происходила на 14–15-е сутки после эксплантации.

Таким образом, применение перевязочных средств на основе цеолитов позволяет сократить сроки донорских ран на 2–3 суток, что позволяет решать вопрос о повторном взятии аутокожи и преодолеть дефицит донорских ресурсов.

С.А.Усов, Е.А. Полутарников, А.А.Шапкин, В.Г.Носов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ (ВКЛЮЧАЯ РАННЮЮ) РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ANUS PRAETER NATURALIS

**КФ ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Кемерово)
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Кемерово)
ГУЗ КОКБ (г. Кемерово)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты хирургической реабилитации (в том числе ранней) больных с *anus praeternaturalis* (AP).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 75 больных обоего пола в возрасте от 15 до 76 лет, которым в 2002 – 2006 г.г. были выполнены операции по ликвидации имевшегося АР. Пациенты были разделены на две группы: группу 1 составили 65 больных, оперированных в плановом порядке не менее, чем через 6 мес. После наложения АР, группу 2 – 10 больных, у которых АР был наложен и ликвидирован при этапном лечении острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. В группе 1 локализация АР была следующей: сигмостома (СС) – 23 больных (двуствольная – у 4), илеостома (ИС) – 15 больных (двуствольная – у 1), десцендостома (ДС) – 14 больных (двуствольная – у 1), трансверзостома (ТС) – у 11 (двуствольная – у 2), асцендостома (АС) – 2. Операции при СС: сигморектоананастомоз (СРА) – 12 больным, сигмосигмоанастомоз ССА (ССА) – 7, ушивание по Мельникову – 3, резекция кишки и ССА – 1; при ИС: илеотрансверзоанастомоз (ИТА) – 13, илеоцекоанастомоз – 1, резекция кишки, илеоилеоанастомоз (ИИА) – 1; при ДС: десцендоректоанастомоз – 8, десцендосигмоанастомоз (ДСА) – 4, десцендодесцендоанастомоз – 1, ушивание по Мельникову – 1; при ТС: трансверзоректоанастомоз – 4, трансверзосигмоанастомоз – 3, трансверзодесцендо- и трансверзотрансверзоанастомоз (ТТА) – по 1, резекция кишки и ТТА – 1, ушивание по Мельникову – 1; при АС - асцендосигмоанастомоз и асцендоректоанастомоз – по 1.

АР в группе 2: ТС – 5 (наложены в ходе этапного лечения рака левой половины толстой кишки и obturационной толстокишечной непроходимости. Одноствольная – 1, двуствольная – 4), ИС – 5 (наложены в ходе этапного лечения острой obturационной толстокишечной непроходимости, осложненной диастатической перфорацией слепой кишки; тромбоза подвздошно-ободочной артерии с некрозом терминальной части подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки; абдоминальной травмы). Ликвидацию АР в группе 2 выполняли при стабилизации состояния больного: стиханию перитонита и отсутствию прогрессирования некроза кишечника; клинически и рентгенологически (ирригография) неосложненном течении выполненной под защитой ТС резекции левой половины ободочной кишки (этапное лечение острой obturационной толстокишечной непроходимости). Операции при ТС: ушивание по Мельникову – 3, резекция кишки и ТТА – 1, ТРА – 1; при ИС: ИТА – 4, ИИА – 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Летальных исходов не было. Осложнения отмечены у 16 больных (21,1 %). В группе 1 они встретились у 14 пациентов (21,5 %): нагноение операционной и колостомической ран – 6, несостоятельность анастомозов – 3 (СРА – 2, ИИА – 1), спаечная кишечная непроходимость – 3 (ДСА – 2, СРА – 1), стеноз анастомоза и абсцесс малого таза (СРА) – 1, жидкостное скопление в брюшной полости – 1. Релапаротомии потребовались 7 больным: адгезиолиз выполнен 3, неоколостомия – 2, неоилеостомия – 1, вскрытие тазового абсцесса и наложение двуствольной ТС – 1. Скопление жидкости в брюшной полости ликвидировано пункциями под контролем УЗИ.

В группе 2 было два осложнения (20 %) в виде нагноения операционных ран. Раны были разведены. Больные были выписаны из стационара с ликвидированным АР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешная хирургическая реабилитация больных с АР может быть достигнута у большинства (94,7 %) больных. Тем не менее, послеоперационные осложнения достаточно часты (21,1 %) и у 9,3 %, оперированных по поводу АР больных, для ликвидации осложнений требуется релапаротомия. Частота несостоятельности анастомозов, требующая неоколо- (или илео-) стомии, достигает 5,3 %. В то же время у 13,3 % больных с АР возможна их ранняя хирургическая реабилитация в процессе этапного лечения заболеваний и повреждений кишечника без выписки из стационара.

Р.Р. Фархутдинов, О.В. Галимов, С.Р. Туйсин, О.В. Буторина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)

Известно, что воспалительные процессы в тканях сопровождаются изменением содержания активных частиц – свободных радикалов на фоне снижения антиокислительной активности. Фагоцитирующие клетки вырабатывают активные формы кислорода, которые обладают бактерицидным действием. Недостаток их продукции сопровождается генерализацией микробной инвазии, а, будучи в избытке, активные формы кислорода могут поддерживать асептический воспалительный процесс. Поиск новых средств, позволяющих поддерживать скорость свободнорадикального окисления на оптимальном уровне