

циента, наличием сопутствующей патологии. При тяжелом интоксикационном синдроме применялись методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез).

Об эффективности проводимого лечения судили по исчезновению признаков ССВР, нормализации состояния пациента и показателей гомеостаза, купированию признаков гнойного воспаления в ране (очищение раны, исчезновение перифокального воспаления, снижение количества микроорганизмов в 1 грамме ткани, появление регенераторных типов цитогрaмм на раневых отпечатках).

Второй этап лечения осуществлялся при клинических признаках полного очищения раны, исчезновении воспалительных изменений в ране и окружающих тканях, отсутствии обильного экссудата, появлении грануляций, краевой или островковой эпителизации (II фаза раневого процесса). Для скорейшего закрытия раневого дефекта во II фазе раневого процесса применяли ранние и поздние вторичные швы.

При небольших раневых дефектах использовали мази на жировой основе, гели Solcoseryl® и Actovegin®. Для ускорения репаративных процессов в ране применяли 0,2% раствор гиалуроната цинка (Curiosin®) в сочетании со специальными атравматическими повязками без мазевых покрытий (Воскопран®, Mepitel®) или с мазевым покрытием (Atrauman®, Branolind®). При наличии вялых грануляций применяли повязки Hydrosorb® и Hydrocoll®. Для ускорения процессов заживления в этот период лечения использовали лазеро- и магнитотерапию, электрофорез цинка.

При обширных раневых дефектах (площадь > 50 см²) рациональным считали их пластическое закрытие. Методы аутодермопластики зависели от размеров раневого дефекта. При площади раны в 50 — 200 см² выполняли аутодермопластику способом Тирша. Если площадь раневого дефекта превышала 200 см², для пластики использовали расщепленный перфорированный лоскут. При глубоких дефектах тканей в функционально важных областях применяли пластику полнослойным кожным лоскутом.

Комплексный метод лечения раневого процесса позволил уменьшить сроки купирования острого гнойного процесса, сократить время подготовки к заключительному этапу хирургического лечения, и в целом сократить сроки заживления ран.

Общая летальность среди больных с гнойными заболеваниями мягких тканей составила 3,5 %. Наибольшая летальность (29,5 %) отмечалась при некротической форме рожи у пациентов с зонами некроза до 1000 см². Основными причинами летальных исходов были стрептококковый инфекционно-токсический шок и полиорганная недостаточность. Смерть при других гнойных заболеваниях мягких тканей отмечалась в единичных наблюдениях. Во всех случаях летальный исход наступал в результате развития тяжелого сепсиса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее частое применение инновационных технологий в ургентной хирургии используется при открытом способе лечения гнойных ран. Они заключаются в одновременном применении ферментного некролиза иммобилизованными ферментами с использованием повязок с повышенной поглощательной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон на фоне регионарной антибиотикотерапии (методом электрокумуляции или эндолимфатического введения). При лечении гранулирующих ран инновационные технологии базируются на использовании интерактивных повязок (атравматических или создающих влажную среду в ране) с применением препаратов, улучшающих репаративные процессы в ране, на фоне проведения физиотерапии.

Ю.С. Ханина, С.Л. Лобанов, А.А. Герасимов

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Холецистэктомия до настоящего времени остается ведущим методом лечения больных калькулезным холециститом, число которых не имеет тенденции к снижению. В последние годы все больше применяется метод лапароскопической холецистэктомии, который отличается меньшей травматичностью, высокой эффективностью, относительно редким возникновением серьезных осложнений. Однако необходимость длительного создания пневмоперитонеума при проведении таких операций имеет ряд отрицательных моментов. Хирургическая операция по своей сути является программируемым стрессом, следствием которого являются нарушения многих систем организма.

Нами было изучено изменение биохимических показателей при хирургическом лечении желчно-каменной болезни у 328 пациентов на базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы. Из них у 262 (79,9 %) больных проведена лапароскопическая холецистэктомия, у 66 (20,1%) — традиционная холецистэктомия. Исследование биохимических показателей проводилось до операции и на 3–5 сутки после оперативного вмешательства.

При проведении традиционной холецистэктомии было отмечено увеличение аланинаминотрансферазы с $78,73 \pm 10,67$ до $95,34 \pm 13,17$ МЕ/л; аспарагинаминотрансферазы — с $55,12 \pm 6,39$ до $58,79 \pm 3,41$ МЕ/л; увеличение уровня α -амилазы сыворотки крови с $90,38 \pm 6,55$ до $103,08 \pm 5,3$ ЕД; уменьшение уровня креатинина с $96,66 \pm 4,29$ до $90,24 \pm 2,87$ ммоль/л; мочевины — с $5,92 \pm 0,59$ до $5,28 \pm 0,36$ ммоль/л; показатели сахара крови оставались в пределах нормы.

При лапароскопической холецистэктомии отмечено увеличение уровня аланинаминотрансферазы с $28,95 \pm 1,39$ до $50,01 \pm 1,72$ МЕ/л; аспарагинаминотрансферазы — с $37,01 \pm 1,49$ до $46,17 \pm 1,23$ МЕ/л; уровня α -амилазы сыворотки крови — с $89,89 \pm 2,71$ до $96,94 \pm 3,02$ ЕД; креатинина — с $86,32 \pm 1,25$ до $89,52 \pm 2,15$ ммоль/л; мочевины — с $4,31 \pm 0,12$ до $4,82 \pm 0,12$ ммоль/л; показатели уровня сахара крови оставались без изменений.

Нами установлено, что исходный уровень трансаминаз при традиционных операциях значительно выше, чем при лапароскопических. Вероятно, это связано с тем обстоятельством, что традиционным операциям в нашей клинике подвергаются больные с осложненными формами желчнокаменной болезни (острый холецистит, механическая желтуха и т.д.).

Таким образом, при проведении операций на желчном пузыре отмечается нарушение функции печени. Наиболее выраженная динамика изменений трансаминаз наблюдается при проведении лапароскопической холецистэктомии. Вероятнее всего, это можно объяснить техническими особенностями указанных операций (обширная электрокоагуляция ложа желчного пузыря, длительный пневмоперитонеум и т.д.). Вместе с тем, такие биохимические показатели, как уровень α -амилазы в сыворотке крови, мочевины и креатинина, достоверно не изменяются.

В.Е. Хитрихеев, Н.Х. Ханхараев, А.Н. Перинов

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОСОВМЕСТИМЫХ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

*ГОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)*

В настоящее время успешное развитие современной хирургической гепатологии связано с совершенствованием оперативных вмешательств, а также достижениями в области высоких технологий. Поиск новых эффективных и малотравматичных способов резекций печени остается перспективным направлением. В этой связи актуальным является использование сверхэластичных материалов с памятью формы в хирургической гепатологии для улучшения результатов хирургического лечения при очаговых поражениях печени.

Цель исследования — разработать способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы на основании экспериментально-клинических исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Бурятском республиканском онкологическом диспансере совместно с сотрудниками Томского НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ резекции печени при очаговых ее поражениях с использованием сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы. Конструкции различных форм и размеров были изготовлены в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (патент РФ № 2286103 от 23 мая 2005 года).

С 2000 года по апрель 2007 год было выполнено 28 операций по разработанной методике по поводу гемангиом, первичного рака, кист, фибромы и метастазов печени. Возраст больных колебался от 24 до 73 лет, в среднем — $54,8 \pm 3,9$ лет. Наиболее часто очаговые поражения печени встречались в правой доле — 18 случаев, в левой доле — 10 случаев. При этом использовалась классификация сегментарного строения печени по Куино (Couinaud), как наиболее лучше отвечающим, по нашему мнению, потребностям гепатохирургии.

Все больные обследовались в до- и послеоперационном периодах. Проводились стандартизованные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, разработанные для каждой но-