

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 длительности

ности и травматичности операции. В послеоперационном периоде КТ мониторинг позволил отследить рецидуальные гнойники и выполнить их дренирование под контролем КТ. Послеоперационная летальность составила 23 %, общая летальность при панкреонекрозе составила 12,4 %.

### ВЫВОДЫ

Использование разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма, основанного на комплексном применении КТ в диагностике и лечении панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений, сопровождается улучшением результатов лечения за счет повышения эффективности антибактериальной терапии и снижения травматичности санации очагов гнойно-некротической резорбции.

**Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, Е.Ю. Морозов**

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)*

В настоящий момент сахарный диабет занимает первое место среди эндокринной патологии. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих гнойно-некротические поражения нижних конечностей, достигает от 90 000 до 375 000 человек в мире. Ампутация нижних конечностей у данной группы пациентов производится в 15 раз чаще, чем в общей популяции. По данным Анциферова и соавторов, от 50 до 70 % от общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных диабетом. Примерно от 6 до 30 % из них после первой подвергаются ампутации второй конечности в течение одного — трех лет. Частота контрлатеральной ампутации увеличивается с 12 % через год до 28 — 51 % через 5 лет после первой ампутации.

**Цель и задачи** данного исследования: проанализировать эпидемиологию и лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы по данным отделения хирургической инфекции 1-й ГКБ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучали и анализировали сто шестьдесят два случая заболевания за период 2001 — 2005 гг. 1-ой ГКБ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Были исследованы истории болезни сорока четырех мужчин, ста восемнадцати женщин.

По возрасту: до 49 лет было 28 пациентов, от 50 до 59 лет — 39; от 60 до 69 лет — 62; старше 70 — 33 пациента. Более 65 % больных имели в анамнезе стабильную стенокардию, около 60 % имели симптоматическую артериальную гипертензию, нефропатию — 30 %, инфаркт миокарда — 15 %, ХОБЛ — 12 %, панкреатит — 5 %, холецистит — 4 %. У 88 % больных сахарным диабетом имел место атеросклероз сосудов нижних конечностей. По давности заболевания от впервые выявленных до пяти лет — 30 случаев, от шести до десяти лет — 27, от одиннадцати до пятнадцати лет — 21 случай, от шестнадцати до двадцати — 47, от двадцати одного до двадцати пяти — 19, больше двадцати пяти лет — 18. Все пациенты получали комплексное лечение, включающее инсулинотерапию, антибактериальную терапию, применение антиагрегантов, ангиопротекторов, спазмолитиков, иммуномодуляторов. Ста двадцати двум (77,3 %) пациентам было проведено оперативное лечение, из которых у тридцати пяти (28,6 %) — вскрыли и дренировали гнойники, 48 (39,3 %) — сделали некрэктомию и экзартикуляцию с иссечением сухожилий, 49 (32,1 %) — ампутировали конечность на уровне бедра.

Среднее количество койко-дней стационарного лечения за 2001 год составило 26, за 2002 год — 30, за 2003 год — 28, за 2004 год — 34, за 2005 год — 30 дней.

Причины длительной госпитализации:

- позднее поступление больного в стационар, в результате безболезненного течения раневого процесса на фоне диабетической нейропатии (44 %)
- поздняя обращаемость за медицинской помощью (36 %)
- длительное амбулаторное лечение (16 %)
- другие причины (4 %)

Летальность за 2001 — 2002 гг. составила по 2 случая, в 2003 году — 4, в 2004 — 7, в 2005 году — 3.

При исследовании обратили внимание на высокий процент летальности в первые десять суток стационарного лечения. Причина в прогрессировании гнойно-некротического процесса, в тяжелом течении фоновой и сопутствующей патологии.