

сохранить большую часть тканей мошонки и предотвратить обнажение яичек, начав сорбционно-аппликационную терапию в ранние сроки заболевания. Приводим наблюдение.

Б-ной Е., 29 лет, инвалид 2-й группы по ДЦП, и.б. 1234/6, поступил в ОКБ по скорой помощи через 28 часов с момента заболевания с диагнозом «Флегмона мошонки и брюшной стенки, сепсис?». При поступлении состояние тяжелое, беспокоит острая боль в мошонке, паховых областях, резкая слабость. Температура 39,6 °С, лежит на спине с поджатыми к животу бедрами, стонет, АД- 90 и 40 мм рт. ст., пульс 134 уд. в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Мошонка увеличена в объеме, ее кожа и кожа передней брюшной стенки ниже пупка, внутренней поверхности бедер багрово-синего цвета, напряжена, участки некроза размером от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Начата противошоковая, детоксикационная терапия, после стабилизации состояния в условиях гнойной операционной сделаны множественные разрезы кожи и глуболежащих тканей на мошонке, брюшной стенке, выполнена экономная некрэктомия, выделилась грязно-серого цвета с дурным запахом жидкость, взят материал на бактериологическое исследование, раны широко дренированы резиновыми полосками, обработаны перекисью водорода, свежеприготовленным перманганатом калия, больной помещен в отделение реанимации. В последующие сутки во время перевязки применили сорбент, насыщенный гипохлоритом натрия и поливинилпирролидоном. Перевязки делали ежедневно на протяжении 6-и суток, участки некроза не прогрессировали, запах и отек исчезли, из ран скудное гнойное отделяемое, постепенно раны заполнились грануляционной тканью, яички не обнажились. К 21-м суткам состояние стабилизировалось и пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на долечивание в поликлинику по месту жительства. Это единственный пример, когда удалось сохранить большую часть тканей мошонки благодаря своевременной общей и местной медикаментозной терапии с использованием сорбента природного происхождения в сочетании с активнейшим антисептиком из группы окислителей.

Таким образом, болезнь Фурнье является крайне тяжелым, опасным для жизни, гнойно-септическим заболеванием, протекающим стремительно, осложняющимся шоком и сепсисом. Лечение должно проводиться в ЛПУ, имеющем современные терапевтические и хирургические возможности, подготовленный персонал. При местном медикаментозном лечении ран хорошо себя зарекомендовали сорбционные технологии с использованием лекарственных смесей на основе сорбентов природного происхождения, позволяющие ускорить процесс очищения ран, сохранить часть тканей мошонки, улучшить общие результаты лечения.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТА

ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)

Цель исследования: проведение ретроспективного анализа эффективности методов хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреатита на основе прогностических систем оценки тяжести его течения.

Решались **задачи:**

1. Оценить состояние больных до и после хирургического лечения на основе прогностических систем оценки тяжести течения острого панкреатита Ranson (1974) и APACHE II (1984). **2.** Проанализировать эффективность методов хирургического лечения панкреонекроза на основе динамической оценки показателей степени тяжести состояния больных по шкалам Ranson (1974) и APACHE II (1984). **3.** Выявить количество и тяжесть ранних послеоперационных осложнений при различных методах хирургического лечения.

Проанализированы результаты лечения 96 больных, лечившихся в клинике госпитальной хирургии за период с 2002 по 2005 гг. с различными формами панкреатита, из них 69 (72 %) мужчин и 27 (28 %) женщин. Средний возраст больных составил $48,45 \pm 3,9$ лет. Среди этиологических причин ведущее место занимают алкогольный (37 %) и билиарный (32 %) факторы.

Больные распределены на 7 групп по видам лечебно-диагностических мероприятий. Первая группа клинического сравнения — включала пациентов, которым проводилось консервативное лечение с купированием болевого синдрома посредством блокады паравертебральных ганглиев. Вторая — пациенты, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства. Третья — больные, которым после применения малоинвазивных технологий была выполнена лапаротомия. Четвертая — пациенты, которым наряду с лапаротомией были применены методы миниинвазивной хирургии. Пятая — больные, которым выполнялись санационные этапные лапаротомии. Шестая — группа лиц, которым после безуспешных традиционных открытых вмешательств применен собственный запатентованный способ сорбционно-аппликационного лечения. Седьмая — группа пациентов, которым при наличии клиники раз-

вития гнойно-некротических осложнений изначально применена собственная методика сорбционной терапии по патенту РФ № 2188045 «Способ лечения панкреонекроза».

Состояние всех пациентов было оценено с помощью клинко-лабораторных шкал Ranson и АРАСНЕ II. Каждый показатель выражался в баллах, окончательный результат определялся их суммой. Результаты анализа выглядят следующим образом. Максимальные значения показателей степени тяжести были выявлены у пациентов третьей группы, которым после миниинвазивных вмешательств выполнена лапаротомия, и у пациентов шестой группы, которым после безуспешного традиционного открытого вмешательства применена сорбционная терапия. Показатели составили по шкале Ranson $5,8 \pm 1,8$ и $5,9 \pm 1,76$ баллов, а по АРАСНЕ II — $12,4 \pm 3,5$ и $12,2 \pm 3,7$ баллов соответственно, а также в четвертой группе больных, которым наряду с лапаротомией применяли методы миниинвазивной хирургии и составили $4,9 \pm 1,7$ баллов по шкале Ranson и $14,1 \pm 5,7$ баллов по АРАСНЕ II. Промежуточное положение по показателям занимали больные седьмой группы.

Продолжительность лечения также оказалась наиболее высокой в данных группах: 46, 48 и 65 дней соответственно. Наименьшая — 12 и 25 дней соответственно в первой и седьмой группах, где не было и летальных исходов. При анализе послеоперационных осложнений ведущее место занимают абсцессы брюшной полости, плевриты, перитонит, анемия и кишечные свищи. Среди других осложнений отмечены сепсис (4), аррозивные кровотечения (9), ДВС-синдром (3), кишечная непроходимость (4). Наивысшая летальность (70 %) выявлена в группе больных, которым после применения миниинвазивных вмешательств выполнялась лапаротомия.

Таким образом, применение миниинвазивных вмешательств у пациентов, состояние тяжести которых превышало 3 балла по шкале Ranson и 7 баллов по шкале АРАСНЕ II привело в последующем к выполнению лапаротомии и открытое хирургическое вмешательство оказалось у ряда больных запоздалым. Чем агрессивнее были применяемые хирургические пособия при панкреонекрозе, тем больше осложнений и тем выше процент летальных исходов. Прогностические системы оценки тяжести панкреонекроза безусловно дают наиболее объективную картину течения заболевания у конкретного больного и они должны более широко применяться в клинической практике. Прогностические системы оценки тяжести способствуют правильному выбору метода хирургического пособия на первом и последующих этапах лечения. Открытые дренирующие операции с использованием сорбционно-аппликационных методик позволяют сохранить жизнь даже у наиболее тяжелых пациентов с панкреонекрозом. Эта методика имеет свои показания и должна выполняться только подготовленными хирургами.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, Д.В. Сафронов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)

Целью исследования явилась необходимость создания obtураторов нового поколения, пломбировочной композиции и новых способов лечения сформированных, несформированных, трубчатых свищей и остаточных полостей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для лечения различных свищей нами разработаны охраноспособные технологии и устройства для их реализации, значительно улучшившие общие результаты лечения. Оценка лечения осуществлялась по общепринятым критериям.

Для obtурации сформированных тонко- и толстокишечных свищей нами использовано устройство, созданное на основе вентили мотокамеры (патент РФ № 2143285). Obtуратор готовится в условиях клиники, все материалы устройства, соприкасающиеся с тканями организма, имеют допуск для использования в медицине. Устройство применяли у 56 пациентов, одиннадцать из которых выполняли прежнюю работу. Obtуратор надежно герметизирует свищевой канал, удобно крепится на теле и практически не заметен за верхней одеждой. Все больные отметили повышение качества жизни при использовании этого устройства.

Для лечения несформированных и сформированных свищей и свищей, открывающихся в гнойную рану, нами разработано и применено у 43 больных «Устройство для obtурации и лечения кишечного свища» (патент РФ № 2224554). Устройство повышает эффективность процесса герметизации свищевого хода за счет надувного баллона и контейнера с сорбентом в основании прозрачной сферы. В просвет кишки вводятся интубационные трубки с раздувными манжетами, из приводящего колена дозированно осуществляется аспирация, а в отводящее колено вводится собранный химус и питательные смеси. В основании устройства укладывается контейнер с сорбентом, активно поглощающим изливаю-