

ролем небольших тонкостенных жидкостных образований не вызывает споров, то выбор метода операции при больших и гигантских кистах и абсцессах железы, по-прежнему, труден, а результаты не всегда утешительны.

В клинике общей хирургии на базе ДКБ ст. Чита-II в 1995 – 2006 гг. 27 пациентам с крупными и гигантскими кистами, заполненными тканевым детритом, секвестрами и (или) гноем, в большинстве случаев верифицированных с помощью УЗИ, КТ или ЯМРТ, выполнялись разные варианты операций.

Широким лапаротомным доступом оперировано 15 из них: при хорошо сформированных толстостенных кистах 9 больным удалось наложить кистогастроанастомозы с благоприятными результатами. У 6 других из-за несформированности больших кист и активного деструктивного процесса от анастомозов пришлось отказаться, выполнены субтотальные кистэктомии с наружным дренированием остатков кисты; у них наблюдались тяжелые осложнения после операции – аррозивные кровотечения (2), перитониты, полиорганные дисфункции, трое из них умерло.

Последние годы при сомнениях в достаточной сформированности кист, а так же при забрюшинной их локализации нами внедрены и использованы у 12 больных санации с секвестрэктомиями через минилапаротомию (7) или минилюмботомию (5) с установкой в полости широких двухпросветных силиконовых трубчатых дренажей. Через 6 – 12 дней проточно-промывного дренирования кист выполняли контрастную фистулокистографию, и при отсутствии секвестров переходили на биотампонаду остаточных полостей коллаген-гемостатической губкой в сочетании с йод-димексидом и левомеколем. Повторная секвестрэктомия на третьей неделе лечения потребовалась лишь одному больному, еще у двоих около 2 недель функционировали панкреатические свищи. В комплексное лечение таких пациентов обязательно включали сандостатин (октреотид) по 200 мкг/сут. или, чаще, 5-фторурацил по 250 – 500 мг/сут. в течение 4 – 5 дней; хорошо зарекомендовало себя местное применение контрикала при тампонаде полостей и свищей. Фатальных осложнений в этой группе не было. Рецидив кисты развился через год у 1 больного.

Еще 12 пациентов с тонкостенными жидкостными образованиями небольшого и среднего диаметра после консервативно пролеченного острого панкреатита получали пункционно-катетерное лечение под рентген- или УЗИ-контролем в клинике лучевой диагностики на базе ОКБ, лишь у 1 больной наблюдалось прогрессирование деструктивного процесса, потребовалась открытая операция. У остальных отмечены благополучные исходы и в довольно короткие сроки.

Таким образом, пункционно-катетерные технологии под рентген- и УЗИ-контролем и санации крупных кист и абсцессов из минидоступов заметно улучшают результаты лечения отдаленных осложнений панкреонекрозов. Представляется перспективным наложение кистогастроанастомоза при сформированных больших кистах видеоассистированным способом или через минилапаротомию.

**С.Ю. Чистохин, В.Я. Гончар, А.Г. Полынцев, Л.В. Белоцкая, О.Г. Артамонов**

### **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ НАГНОЕНИЙ**

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

В отделении хирургической инфекции Дорожной клинической больницы за 1991 – 2006 гг. применены малоинвазивные технологии в лечении 110 больных с легочно-плевральными гнойными осложнениями деструктивных пневмоний, открытых и закрытых травм груди.

Из 46 больных с подострыми и хроническими абсцессами легких – у 10 удалось добиться успеха методом повторных (6 – 15 процедур) санационных фибробронхоскопий на фоне общепринятого лечения (антибиотики, дезагреганты, муколитики, иммуномодуляторы, ферменты). Остальным 36 пациентам выполнены торакопультмоцентезы под рентген-контролем с проведением через троакар двухпросветной трубки ТММК № 21 – 24 с последующей аспирационно-проточной санацией полости абсцесса антисептиками, фибринолитиками и ферментами в течение 8 – 20 дней. У 22 из них в указанные сроки наступило истончение стенок абсцесса, полное их спадение и заживление. У 14 больных при положительной клинико-рентгенологической динамике спонтанного заживления бронхиального свища не наступило – им применены бронхоскопическая обтурация порошком несущего свищ бронха и формирование «биопломбы» путем ежедневного, по 2 – 3 раза, введения в остаточную полость через дренажную трубку смеси из 8 – 10 мл одногруппной плазмы (с 2000 г. вместо плазмы применяли фибриногеновую гемостатическую губку, а с 2002 г. – коллагеновую гемостатическую губку) в смеси с 1 – 2 мл димексида, 3 – 5 мл аминокaproновой кислоты, 3 – 5 мл желе солкосерила или актовегина. В течение 1,5 – 2 недель у всех 14 больных свищи удалось заживить.

Малоинвазивные дренажные технологии применены как самостоятельно (18), так и в комплексе с санационными торакотомиями (36) или торакоскопиями (8) у 62 больных с различными по происхождению (посттравматическими, постпневмоническими, послеоперационными) эмпиемами плевры и состояли в дренировании двумя, иногда тремя, трубками полости эмпиемы с обязательным лаважем 0,04 % раствором гипохлорита натрия в течение первых 6–12 дней, далее полость промывали амнокапроновой кислотой с димексидом или диоксицином. Санация плевральных полостей с ожидаемым исходом в плеврофиброз произошла к 20–25 дню у 44 больных. В ходе лечения у 18 пациентов, в том числе, у 5 после торакоскопических санаций, образовались бронхиальные свищи с формированием остаточных полостей — всем им применена фиброэндоскопическая обтурация бронха и биотампонада по описанной выше методике, только объем ингредиентов приведенной композиции увеличивали в 2–3 раза. Заживления свищей и облитерации полостей добились у 15 из них. Троем больным (и только в начале 90-х) пришлось предпринять санационную реторакотомию с плеврэктомией, ушиванием бронхиальных свищей, торакопластикой и последующим дренажным лечением с повторной биотампонадой, один из них умер от позднего тяжелого сепсиса, а двое — постепенно, трудно, но, все же выздоровели.

Двум пациентам с небольшими по объему рецидивными эмпиемами, развившимися в отдаленном послеоперационном периоде, апробирована так называемая «миниторакотомия» с частичной плеврэктомией, аспирационно-проточным дренированием и переходом на биотампонаду. Отмечены сравнительно легкое течение после операции и быстрая облитерация остаточных полостей.

Таким образом, биотампонада композицией из коллагеновой гемостатической губки, димексида, антиферментов, антибиотиков и стимуляторов регенерации в составе малоинвазивных дренажных технологий позволяют добиться успеха при локализованных деструктивных легочно-плевральных патологиях с меньшей летальностью и сравнительно небольшими материально-техническими затратами.

**Ю.Б. Шапот, С.Ф. Багненко, И.В. Куршакова, С.Ш. Тания**

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

Классификация повреждений и их обозначение, классификация болезней вообще и травматической болезни в частности, патологических процессов и осложнений может служить как для познания механизмов патогенеза, так и для уточнения вопросов диагностики и лечения. Таким образом, она не только является инструментом познания, но и служит утилитарным, в том числе организационным, целям. Основу любой классификации должен составлять единый признак, и именно поэтому то или иное явление может быть классифицировано по различным критериям. Конечной задачей является создание широкообъемлющих классификационных систем.

Обязательным условием для создания классификационных систем является корректное формирование и использование медицинских терминов. Все используемые термины должны быть научно обоснованы, лингвистически и терминологически правильны.

Должна строго соблюдаться иерархия понятий (их соподчиненность) и соотношение с близкими им по значению и содержанию терминами. Все медицинские термины должны быть соотнесены с основными понятиями общей патологии: болезнь, патологический процесс, адаптивные и патологические реакции.

Осложнения травматической болезни (ТБ) следует различать (классифицировать):

1. В приложении к тяжести ТБ.
2. Применительно к динамике — типичным периодам ТБ: осложнения острого, раннего и позднего периодов.
3. В приложении к характеру факторов, их вызывающих:
  - а) вызванных сторонними (привнесенными) факторами: например, локальное нагноение ран при загрязнении патогенной флорой;
  - б) обусловленных этиологическими (выступающими в качестве условий возникновения болезни), воздействующими через изменение реактивности — инфекционные осложнения, вызванные условно патогенной флорой;
  - в) вызванных обычными факторами внешней среды при измененной реактивности организма, такие, как пролежни и другие гипостатические осложнения.
4. В качестве упомянутых в п. 3 факторов (применительно к осложнениям) уместно подразделять их на инфекционные (чаще гнойно-септические) и неинфекционные.
5. Определяющиеся неадекватными (нерациональными по срокам и существу) лечебными мероприятиями (ятрогенные). По локализации и распространенности (местные и общие или системные).