

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-

щийся химус и предотвращающий мацерацию кожи. Устройство успешно применено у 43 больных. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (патент РФ № 2262942). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 32 больных. Лечение оказалось эффективным у 87 % больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространства, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Для хирургического лечения сформированных тонко- и толстокишечных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент РФ № 2228149). В основе способа лежит использование локального, окаймляющего свищ, хирургического доступа, использование однорядного непрерывного кишечного шва при формировании анастомоза с использованием прецизионной техники, формирование отграниченного в брюшной полости пространства, предупреждающего в случае несостоятельности шва развитие разлитого перитонита. Способ успешно применен у 84 больных. Частичная несостоятельность шва имела место лишь у одного пациента.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия кишечных свищей, есть прекрасное поле деятельности для разработки новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных obtураторах, повышающих качество их жизни. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых obtураторов.

И.К. Бойко, Л.В. Алексеева, В.А. Шантуров

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск)
ГУ НЦРВХ ВСНЦ РАМН (г. Иркутск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить возможности ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) в диагностике острых тромбозов и посттромботических состояний вен нижних конечностей и таза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2004 по 2006 год обследовано 165 больных с острым тромбозом крупных венозных коллекторов системы нижней полой вены (НПВ) и 458 пациентов с посттромботической болезнью (ПТБ) нижних конечностей. Исследования проводились на ультразвуковой системе PHILIPS EnVisor методом ультразвукового дуплексного сканирования. Определялись верхний уровень и протяженность окклюзии магистральной вены. Особое внимание уделялось состоянию главных сегментарных ветвей: берцовых, глубокой бедренной и подвздошных вен (места их впадения являются истоками коллатеральной сети). По протяженности флеботромбоза различали: сегментарный тромбоз (без исключения сегментарных ветвей) и распространенный тромбоз (с исключением одной или двух главных сегментарных ветвей). Оценивали состояние стенок, просвет вен, реакцию на компрессионную пробу, локализацию тромбоза, его протяженность, давность возникновения и степень фиксации тромба, изменение параметров кровотока в динамике реканализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных с острым тромбозом вен нижних конечностей и таза УЗДС позволило установить окклюзивный тромбоз в 137 (83 %) наблюдений: у 12 (9 %) пациентов тромбоз НПВ, сегментарный тромбоз магистральных вен в 36 (26 %) и распространенный тромбоз в 89 (65 %) наблюдениях. Неокклюзивный тромбоз выявлен в 28 (17 %) случаев. Диагностическими признаками неокклюзивного тромбоза считали наличие фиксированных пристеночных неоднородных структур в просвете вены и неполное