антикоагулянты в сочетании с эластической компрессией, при ультразвуковом ангиосканировании вен нижних конечностей на 4-е сутки выявлен тромбоз глубоких вен нижних конечностей. При этом у 10 из них не было никаких клинических проявлений. В одном случае диагностирован тромбофлебит притока подкожной вены голени. У четырех пациентов послеоперационный период осложнился тромбоемболией легочной артерии без выявленного при ультразвуковом ангиосканировании первичного источника. Из них в двух случаях пациенты погибли. Причиной смерти в обоих случаях явилась массивная тромбоемболия легочной артерии.

ВЫВОД

Имплантиция съёмного кава-фильтра является надёжным методом профилактики вторичных тромбоемболических осложнений, у больных с высоким риском их развития и имеющих противопоказания к проведению антикоагулянтной терапии.

А.А. Лебедь, В.В. Алексеевна, О.С. Олифирова, А.А. Брегадзе

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Цель исследования: оценить результаты применения гидрохирургического метода с помощью аппарата «Versajet» в лечении гнойных ран мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Гидрохирургический метод с помощью аппарата «Versajet» был применен в лечении 15 больных с обширными гнойными ранами. Из них — 6 женщин и 9 мужчин в возрасте от 34 до 65 лет. Этиологическими факторами возникновения гнойных ран являлись термические поражения (9) и гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (6). Средняя площадь раневой поверхности составляла $162,1 \pm 1,3$ см². Длительность течения раневого процесса была от 4 суток до 5 месяцев. У 10 больных имел место сахарный диабет. Показанием к использованию аппарата «Versajet» явились неэффективность общепринятых методов местного лечения гнойных ран, обширная раневая поверхность, наличие некротических тканей и фибрина, отсутствие грануляций и самостоятельной эпителизации. Ненаркотические анальгетики вводили до и после обработки раны. Проводили от 1 до 5 процедур длительностью 3–15 минут с расходом стерильного раствора до 3 л. Повторные обработки раны выполняли через 2–3 дня. В зависимости от размеров и глубины ран использовали рукоятки 15°/14 мм и 15°/8 мм в режимах от 1 до 10 со скоростью водной струи от 426 км/ч при давлении 1500 Па, 103 бар до 1078 км/ч при давлении 1200 Па, 827 бар.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате применения гидрохирургического метода раны были очищены от гнойно-некротических тканей за одну процедуру у 4 больных, за 2–3 — у 8 больных и 4–5 процедур — у 3 больных. Аппарат «Versajet» создает высокоскоростную струю стерильного физраствора с одновременной аспирацией, что позволяет селективно, не травмируя и удерживая здоровые ткани, иссекать и удалять участки некроза и гнойно-фибринозного налета с их эвакуацией в аспирационный контейнер. За счет улучшения визуализации представляется возможным точнее выполнять некрэктомию, сохраняя жизнеспособные ткани и избегая кровотечения. Наблюдение за течением раневого процесса показало значимое уменьшение бактериальной обсемененности, снижение числа микроорганизмов на 1 см² раневой поверхности, появление регенеративного типа цитогамм, более раннее возникновение грануляций и краевой эпителизации по сравнению с контрольной группой больных, лечение которых проводилось традиционными методами. Положительная динамика течения раневого процесса после применения гидрохирургического метода позволила в среднем на $11,9 \pm 1,4$ дня сократить сроки предоперационной подготовки для выполнения аутодермопластики свободным кожным расщепленным лоскутом. Стимулирование спонтанной эпителизации при ожогах II–III ст. способствовало самостоятельному заживлению ран под гидрогелевыми раневыми покрытиями (Hidrocoll, Suprosoub). Сроки стационарного этапа лечения за счет применения метода сократились в 1,7 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение в хирургическую практику гидрохирургического метода с использованием «Versajet» открывает новые возможности в лечении гнойных ран. Выполнение селективной некрэктомии с крове- и

тканесберегающим эффектом с помощью «Versajet» позволяет эффективно в короткие сроки подготовить раневую поверхность к аутодермопластике или достичь самостоятельной эпителизации ран.

А.И. Левента, С.М. Кузнецов, Д.А. Шукин

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКТА ГОРНОКОЛОСНИКА ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖНОЙ ЛИНЕЙНОЙ РАНЫ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В клинической практике придается большое значение срокам заживления ран. При этом важную роль играет их закрытие первичным или вторичным натяжением. Применяются различные факторы местного и общего воздействия, для ускорения эпителизации, предупреждения осложнений.

Цель исследования: в эксперименте провести сравнительную оценку воздействия различных фармакопрепаратов и препаратов растительного происхождения из местных природных ресурсов (горноколосника колючего) на эффективность первичного заживления послеоперационных ран.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспериментальная работа проводилась на 15 беспородных кроликах, содержащихся в условиях вивария экспериментальной кафедры фармакологии Иркутского государственного медицинского университета. Клинические наблюдения процессов заживления экспериментальных ран проводили на 1, 3, 7, 14, 21-е сутки (до полного заживления ран). Оценивали визуальное состояние ран, характер и качество грануляций, брали мазок с раны для цитологического исследования. Для гистологического исследования брали ткань раны и окружающей здоровой кожи до 1 см². Раны наносили кроликам на спине под местной анестезией до 2 см длиной и до собственной фасции, накладывали швы до полной адаптации краев. После этого накладывали на раны повязки, на 3 препарата сравнения (1-я рана — фузимет, 2-я — левомеколь, 3-я — ланолин с вазелином). На 3 другие наносили те же препараты с добавлением горноколосника колючего в соотношении 1:9, и седьмая рана считалась контрольной, накладывалась повязка с физиологическим раствором.

ВЫВОДЫ

Добавление экстракта горноколосника колючего в аппликационные повязки при заживлении ран сказывается положительно на их динамику, визуально перифокальное воспаление минимальное, факторы местного неспецифического иммунитета выражены более активно. Во всех наблюдениях отмечено первичное заживление без осложнений с реорганизацией рубца.

С.Н. Леонова, А.В. Рехов, А.Л. Камека

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику метода управляемого чрескостного остеосинтеза у больных с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом, сроки лечения остаются длительными.

Цель исследования: сократить сроки лечения больных с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом, путем применения новых методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на анализе собственных результатов лечения 132 пациентов с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом. Средний возраст пациентов составил 37–38 лет. У 57 пациентов перелом осложнился локальной (ограниченной, концевой) формой хронического травматического остеомиелита, когда некротически-гнояный процесс локализовался в области концов отломков большеберцовой кости. У 75 пациентов имела место