

сгустком крови. ФГДС от 17.09.10 г. — в с/3 тела желудка гиперплазированный участок диаметром 10 мм, язвенный дефект не определяется — хроническая язва с/3 тела желудка, осложненная кровотечением. УЗИ брюшной полости от 17.09.10 г.: поджелудочная железа $17 \times 18 \times 48$ мм, эконегативное включение диаметром 28 мм, в области сальниковой сумки жидкость толщиной 8 мм. На основании анамнеза, объективных данных было предположено, что причинной желудочных кровотечений является ложная киста поджелудочной железы, сообщающаяся с желудком, с рецидивирующим кровотечением из нее.

17.09.10 г. выполнена операция — в/с лапаротомия, остановка кровотечения из кисты поджелудочной железы, ушивание свища желудка, дренирование полости кисты, брюшной полости. На операции передняя стенка желудка рыхло припаяна к левой доле печени, малый сальник, желудочно-ободочная связка, мезоколон отечны. Поджелудочная железа плотная, инфильтрирована. Сальниковая сумка запаяна, вскрыта остаточная полость с 30 мл геморрагического выпота. При отделении желудка от сальниковой сумки в средней трети его тела у малой кривизны вскрылось 2 кисты в теле поджелудочной железы. Одна — диаметром 15 мм, с бесцветным содержимым, формирующимся свищом диаметром 5 мм в стенке желудка; дистальнее — вторая киста диаметром 35 мм, заполненная детритом, сгустком крови, имеется свищ с желудком диаметром 5 мм. Стенка кисты без капсулы, при ревизии артериальное кровотечение, остановка прошиванием сосуда диаметром 1,5 мм. Ушивание свищей двурядно. Полости кист дренированы ПХВ-трубками диаметром 7 мм, выведенными через контрапертуры. Послеоперационный диагноз: острый панкреатит, две ложные кисты поджелудочной железы с формированием полного и неполного цистогастрального свищей, осложнившиеся аррозивным цистогастральным кровотечением, постгеморрагической анемией тяжелой степени, аменореей, закрытый перелом латерального мыщелка большеберцовой кости слева со смещением. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, гемостатическая, антисекреторная (сандостатин, 5-фторурацил), гемотрансфузии одноклассной эрмасы. Состояние с улучшением. Заживление первичное. Боли в эпигастрии не беспокоят, по дренажу из кисты суточный дебит составлял 100 мл грязно-коричневого отделяемого, затем панкреатического сока. Консолидация перелома латерального мыщелка большеберцовой кости слева достигнута. Выписана в удовлетворительном состоянии 28.09.10 г. ОАК от 27.09.10 г.: Hb — 110 г/л, эритроциты — $3,49 \times 10^{12}$. Диастаза мочи — 100 г/ч/л.

При явке через 2 недели состояние удовлетворительное. По дренажу — до 100 мл панкреатического сока. Через 1,5 месяца отделяемого по дренажу нет, дренаж удален. При контрольном УЗИ киста поджелудочной железы не определяется, больная поправилась на 5 кг.

Вероятно, причиной тяжелой анемии у больной явилась ложная киста поджелудочной железы, из которой возникали периодически неконтролируемые желудочные кровотечения (из анамнеза было выяснено, что больная отмечала «потемнение стула»), следствием явились полученные травмы, аменорея, похудание. Несмотря на редкую причину желудочного кровотечения, необходимо проводить диспансеризацию больных, перенесших острый панкреатит, динамическое наблюдение жидкостных образований поджелудочной железы.

К.М. Пронькин, С.В. Литвинцев, А.И. Бурлаков

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ПРОЛЕЖНЕЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

Военный гарнизонный госпиталь (Улан-Удэ)

Некротические язвы, обусловленные давлением, возникающие у пациентов с повреждением спинного мозга, издавна привлекали внимание хирургов. Постепенно выявлялись различные факторы, влияющие на их возникновение и развитие. А. Паре (1585) обратил внимание на устранение давления как главное условие успешного лечения пролежней. Brown-Sequard (1852) считал, что, помимо давления на кожу, решающим фактором в процессе развития некротических язв является влажность. Munro (1940) своими исследованиями показал, что нарушения вегетативной нервной системы приводят к развитию некроза кожи.

В дальнейшем на основании сформировавшихся взглядов на патогенез пролежневых язв предлагались различные методы лечения. Наиболее значительными сообщениями в этой области можно считать: закрытие большого язвенного дефекта путем пересадки кожного лоскута (Brooks, Duncan, 1940) или перемещения кожно-мышечного лоскута (White с соавт., 1945), иссечение язвы с последующим заживлением первичным натяжением (Lamon, Alexander, 1945), удаление костных выступов под язвой и замещение их мышечными лоскутами в качестве мягкой прокладки (Kostrubola, Greeley, 1947).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Военным госпиталем Улан-Удэнского гарнизона с 2008 года проводятся реконструктивно-восстановительные операции у пациентов с обширными пролежнями различных локализаций.

Клиническая характеристика пациентов: общее количество, распределение по полу, возрасту, распределение по локализации и тяжести травматического повреждения спинного мозга и позвоночно-двигательного сегмента.

Всего произведено 14 операций у пациентов с пролежнями пояснично-крестцовой области. Длительность возникновения пролежней от 5 до 20 лет. Стадийность процесса в пролежни. Если есть возможность — результаты бактериальной флоры.

Нами применена технология хирургического вмешательства: иссечение некротической и грануляционной ткани. Пластика пролежня перемещающим лоскутом.

Клинический пример

Больная П. 32 года, операция (07.07.09 г.) — иссечение некротической и грануляционной ткани. Пластика пролежня перемещающим лоскутом. Послеоперационное течение без осложнений. Швы сняты на 10-е сутки. Имеется пролежень в крестцовой области размером 15 × 15 см, глубиной до 5 см, края нежизнеспособные, со слабой грануляцией. Дном раны является крестцовая кость. Предварительно дома иссечены некротические ткани. Пролежень развился в течение 1,5 месяца после выписки. Самостоятельные перевязки дома в течение 2 месяцев осложнились гигантской гнойно-некротической язвой.

Проведено хирургическое лечение по методике кожно-мышечного лоскута, питающегося на осевой сосудистой ножке.

ВЫВОДЫ

Исход операций у всех положительный, приживляемость лоскута — 100 %. Длительность лечения в госпитале — 20 дней.

Таким образом, примененная методика хирургического лечения пролежней в пояснично-крестцовой области у пациентов с повреждением спинного мозга показала высокую эффективность.

Я.Г. Разуваева¹, А.М. Доржиев², С.М. Николаев¹, И.Г. Николаева¹

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ПАНКРЕОФИТ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТРИТОНОВОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

¹ Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

² Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день острый панкреатит относится к числу наиболее частых заболеваний желудочно-кишечного тракта, и за последние десятилетия количество больных с острым панкреатитом увеличилось в 1,5 — 2 раза (Маев И.В. с соавт., 2005; Пугаев А.В. с соавт., 2007; Савельев В.С. с соавт., 2008). Несмотря на то, что острый панкреатит считается хирургическим заболеванием, в настоящее время в России и за рубежом основу лечения панкреатита составляет патогенетически обоснованная консервативная терапия, направленная на лечение воспаления поджелудочной железы, предупреждение и лечение постнекротических осложнений, а показания к операции строго ограничены (Аберяев Н.В., 2007). При этом арсенал современных лекарственных средств панкреопротекторного действия недостаточен, а вызываемые ими побочные эффекты многочисленны. Перспективным направлением в базисной терапии панкреатитов является применение средств растительного происхождения, имеющих ряд преимуществ перед синтетическими аналогами: возможность длительного применения, мягкое действие, низкая токсичность (Соколов С.Я., 2000).

В соответствии с этим разработано комплексное растительное средство, условно названное Панкреофит, в состав которого входят *Bidens tripartita* L., *Gnaphalium uliginosum* L., *Hypericum perforatum* L., *Kalendula officinalis* L., *Inula helenium* L. и другие виды растений.

Целью данного исследования явилась морфофункциональная оценка фармакотерапевтической эффективности растительного средства Панкреофит при экспериментальном тритоновом панкреатите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперименты проведены на 156 белых крысах линии Wistar обоего пола с исходной массой 170 — 200 г, содержащихся в стандартных условиях вивария. Острый панкреатит у лабораторных животных вызывали инъекцией в поджелудочную железу 0,3 мл 3% раствора тритона X-100 под тиопен-