

некрозе, ситуация обратная (дегидратация). Девитализация всех структур легких (паренхимы, сосудов, бронхов) исключает проникновение в гангренизированное легкое антибактериальных препаратов, что объясняет неэффективность терапевтического и парахирургического лечения. В связи с этим, ранняя диагностика и радикальные операции — патогенетический обоснованный метод лечения гангрены легкого.

Лизис гангренизированной ткани легкого обусловлен лизосомальными, пероксимальными энзимами, а также бактериальными протеиназами, гиалуронидазой, коллагеназой, лецитиназой, фибринолизином и другими биологически активными субстанциями, продуцируемыми анаэробно-аэробной микрофлорой. Морфологически он проявляется в некрозе междольковых перегородок, отеке и кровоизлияниях, патологически измененных сосудисто-бронхиальных структур, образованием секвестров как результата гнойно-некротической фрагментации паренхимы легкого. Предшествующие гангрене воспалительные процессы, проявляются лейкоцитарными инфильтратами в зонах, пограничных с некрозом, в зонах некроза. В легочной артерии выявляются васкулиты, тромбы.

Развитие гангрены легкого и девитализация всех структур его паренхимы связано с действием эндогенной орофарингеальной микрофлоры с ее видовой изменчивостью под влиянием антибактериальных препаратов и суперинфицирования. Это существенно не меняет калейдоскопической вариабельности пула токсинов.

Резюмируя сказанное выше, следует подчеркнуть, что клинические проявления при гангрене легкого объяснимы и коррелируют с морфологически верифицированными необратимыми изменениями во всех структурах легкого. Их пусковым фактором, несомненно, является ишемизация — необходимое условие прогрессирующего некроза, а далее развития гангрены легкого, либо иного варианта бактериальной деструкции легкого и тяжелых ее осложнений.

Вариабельность клинических и морфологических проявлений гангрены легкого является основой подчас трудной дифференциальной диагностики абсцессов (в том числе так называемых гангренизирующих) и истинной, морфологически доказанной гангреной легкого. Летальность при консервативном и парахирургическом лечении абсцессов легких по нашим данным не превышает 3–4 %. При лечении гангрены легкого она возрастает на порядок и даже больше. Это дает основание клинической настороженности в отношении трансформации бактериальных деструкций легкого в гангрену.

П.А. Родионов

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛЬВУЛОТОМОВ РАЗНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ «IN SITU» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

ГОУ ВПО АГМА (г. Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Аутовенозное шунтирование большой подкожной веной (БПВ) по методике «*in situ*», является операцией выбора при окклюзии поверхностной бедренной артерии. Ключевым этапом этого способа шунтирования является разрушение клапанов БПВ вальвулотомом, что может сопровождаться рядом осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение вальвулотома собственной конструкции (А.С. № 2251392 от 10.05.05), с моделями РНЦХ и LeMaitre Expandable.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперимент проведен на 42 препаратах БПВ. Выделено 3 экспериментальные группы. В первой (n = 14) использовался вальвулотом РНЦХ, во второй (n = 14) собственное устройство и в третьей (n = 14) — расширяющийся вальвулотом LeMaitre.

Оперировано 138 пациентов, распределенных по трем клиническим группам. В первой группе (n = 100) во время операции использовался вальвулотом РНЦХ, во второй (n = 33) устройство собственной конструкции, в третьей (n = 5) расширяющийся вальвулотом LeMaitre.

Результаты экспериментального исследования. В первой группе эффективность вальвулотомии составила 72,5 %. Повреждение стенки вены с ее перфорацией отмечено в трех случаях. Во второй группе эффективность вальвулотомии — 91,8 % без повреждений стенки вены. В третьей группе эффективность вальвулотомии — 90,1 %. Повреждения стенки вены было в четырех случаях при попытке разрушить клапан, расположенный в 2 см от дистального конца вены раскрытым вальвулотомом.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В послеоперационном периоде у 38 (38 %) пациентов первой группы возник тромбоз аутовены по следующим причинам: у 3 (3 %) — перфорация стенки шунта вальвулотомом, у 20 (20 %) — неадекватная вальвулотомия, остальные 15 (15 %) были связаны с неадекватным состоянием путей притока, оттока и гемореологическими нарушениями. Во второй группе тромбоз аутовены наблюдали у 6 (18,1 %) пациентов. Из них у 5 (15,1 %) причиной были неудовлетворительные пути оттока и притока, и у одного (3 %) пациента нарушение гемореологии. В третьей группе тромбозов аутовенозных шунтов не отмечено, но эти данные недостоверны, учитывая малую выборку ($n = 5$).

ВЫВОДЫ

Отмечена высокая эффективность устройства собственной конструкции в эксперименте и клинике. Преимущества устройств — возможность его многократного использования после стерилизации и низкая стоимость.

И.А. Рябков, Н.Д. Томнюк, Ю.Н. Иванова, В.Р. Кембель

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГKB № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)**

Повреждения панкреатодуоденальной зоны становятся нередкостью в экстренной хирургии.

На базе неотложной хирургии ГKB № 6 был проведен анализ историй болезни пациентов, поступивших с травмой панкреатодуоденальной зоны. Всего оперирован 61 больной, из них: с закрытой травмой живота — 43, с ножевыми ранениями — 18. Возраст данной категории пострадавших колебался от 22 до 65 лет. Из них: 82,6 % составили мужчины, 17,4 % — женщины. У 89 % пострадавших при поступлении в стационар в крови был обнаружен алкоголь.

У 38 пострадавших наряду с травмой панкреатодуоденальной зоны имелись повреждения желудка, печени, селезенки, в 4-х случаях отмечены необычные повреждения: сердца, легкого, воротной вены. У 5 пациентов травма панкреатодуоденальной зоны сочеталась с тяжелой черепно-мозговой травмой.

В 39 наблюдениях преобладала клиническая картина геморрагического синдрома с внутрибрюшным кровотечением, в 11 случаях в клинической картине преобладал перитонийный синдром.

До операции правильный диагноз повреждения ДПК установлен в двух случаях: с огнестрельным ранением поясничной области, с тяжелой сочетанной автодорожной травмой, а диагноз травмы поджелудочной железы до операции был поставлен лишь у 6 больных на 2 — 3 сутки. Во время операции у них был выявлен: субтотальный — (4) и тотальный (2) панкреонекроз.

При ультразвуковом исследовании о травме свидетельствовали изменение размеров контуров и эхогенности поджелудочной железы; при лапароскопии определялись бляшки стеатонекроза, забрюшинные гематомы. Простым и информативным методом также является лапароцентез с исследованием полученной жидкости на содержание ферментов.

Интраоперационно о повреждениях поджелудочной железы свидетельствуют: наличие гематомы в области малого сальника, в забрюшинном пространстве и пятна жирового некроза. Повреждения забрюшинной части ДПК в 70 % случаев характеризовались триадой признаков: наличие отека забрюшинной клетчатки с зеленовато-желтым оттенком, пузырьки воздуха и гематома. При лапаротомии не всегда можно легко обнаружить место повреждения ДПК. В сомнительных случаях обязательным является введение метиленовой синьки или воздуха в ДПК для выявления разрыва.

Характер повреждений при закрытой травме живота был следующий: разрывы ДПК — 7 случаев, почти полный отрыв — 1, размозжение — 3. Разрывы паренхимы поджелудочной железы — в 21 случае, чаще в области тела и хвоста: в том числе: почти полный поперечный разрыв — 4 человека, гематомы железы — у 10 пострадавших. Ножевые ранения составили 11 %. Ранения ДПК: в области вертикальной ее части нижней горизонтали — по 1; ранение поджелудочной железы: головки — 2, хвоста — 3, сквозные — 2. Полное пересечение в области тела имелось у одного больного.

При повреждении только железы капсулу ее ушивали для свободного отхождения секрета и некротической ткани по дренажу. При ушибе — надсекали брюшину для снятия сдавления железы, под железой создавали новокаиновую «подушку» и накладывали холецистостому.

Таким образом, повреждения панкреатодуоденальной зоны являются трудными в диагностическом плане и требуют раннего оперативного вмешательства для предупреждения последующих осложнений.