Опрошенные пациенты живут в разных районах Иркутской области (39,4 % из них иркутяне). Мужчины среди них составляют 42,4 %, женщины — 57,6 %. Средний возраст пациентов — $54,8 \pm 13,2$ года.

Независимо от места проживания проблемы пациентов с коксартрозами очень схожи. В результате опроса выяснилось, что 88 % пациентов наблюдались по месту жительства у хирургов, терапевтов, ревматологов. О возможности операции эндопротезирования тазобедренных суставов бесплатно по системе ОМС в НЦРВХ СО РАМН многие пациенты узнают случайно. Некоторые больные (2 %) долгое время получали по месту жительства лечение от заболеваний позвоночника. Диагноз коксартроза выставляется поздно на III — IV стадиях развития. Часть пациентов получали неверную информацию о порядке постановки на очередь для получения квоты на эндопротезирование тазобедренных суставов, что привело к потере времени больным и ухудшению его самочувствия.

Совершенствование амбулаторной травматолого-ортопедической службы необходимо. Для этого можно предложить:

- комплектование учреждений амбулаторно-поликлинического звена квалифицированными травматологами-ортопедами в соответствии с потребностями региона;
- организацию получения достоверной, своевременной и полной информации о возможности лечения коксартроза;
- организацию амбулаторной помощи больным с патологией костно-мышечной системы;
- внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне;
- оснащение учреждений амбулаторно-поликлинического звена современным лечебно-диагностическим оборудованием;
- развитие реабилитационной службы.

Л.А. Лаберко, И.С. Растринин, А.Н. Кобзаренко

ПРЕВЕНТИВНАЯ УСТАНОВКА КАВА-ФИЛЬТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВТОРИЧНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Российский государственный медицинский университет (Москва)

Цель исследования: оценить результаты превентивной установки кава-фильтров у пациентов с высоким риском развития вторичных тромбоэмболических осложнений, имеющих противопоказания к проведению антикоагулянтной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты хирургического, травматологического и нейрохирургического профиля ($n = 80$) с высоким риском венозных тромбоэмболических осложнений. Из них мужчин было 30, женщин — 50, средний возраст составил 63—68 лет. Все пациенты соответствовали высокому риску венозных тромбоэмболических осложнений, как по характеру предстоящего оперативного вмешательства, так и сопутствующей соматической патологии. Модель исследования предполагала разделение пациентов на две группы. Каждому пятому пациенту (16 пациентов), были установлены съёмные кава-фильтры OptEase, фирмы Cordis до выполнения оперативного вмешательства. 64 пациентам проводили профилактику вторичных тромбоэмболических осложнений с использованием прямых антикоагулянтов в комплексе с компрессионным бандажом. Всем пациентам проводился лабораторный мониторинг с исследованием коагуляционного звена гемостаза, оценкой уровня тромбоцитов крови в динамике, ультразвуковой мониторинг вен нижних конечностей до полной активизации пациентов, а также перед удалением съёмного кава-фильтра. Показаниями к удалению кава-фильтра были регрессия факторов риска в послеоперационном периоде, полная активизация пациента, отсутствие при ультразвуковом ангиосканировании тромбоза в системе нижней полой вены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнений при установке кава-фильтров не было. При ультразвуковом ангиосканировании вен нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде, у 2 пациентов первой группы на 7-е сутки выявлен тромбоз суральных вен нижних конечностей, в одном случае — тромбоз берцово-подколенного сегмента. Эпизодов тромбоэмболии легочной артерии выявлено не было. В одном случае кава-фильтр был удален на 15-е сутки. В остальных случаях с учетом сохраняющихся факторов сохраняющихся факторов риска вторичных тромбоэмболических осложнений, кава-фильтры не удаляли. У 14 пациентов, которым в качестве профилактики вторичных тромбоэмболических осложнений использовали прямые

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 цитогранных, 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