

денное малоинвазивное лечение способствует эффективной контракции посттравматических повреждений, препятствует их абсцедированию и позволяет добиться скорейшего наступления репаративных процессов.

В.В. Убиенных, Э.Л. Шапошник, М.П. Семькин, А.Д. Бевзюк, Н.В. Убиенных

ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКСИПАРИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**ГОУ ВПО ДГМУ (г. Хабаровск)
Хабаровская больница ФГУ ДВОМЦ Росздрава (г. Хабаровск)**

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) — бич современной хирургии. Так, в США и Европе частота тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляет до 70 случаев на 100 тысяч населения

У каждого оперированного больного существует гипотетическая опасность развития ТЭО, особенно при наличии факторов риска: это возраст старше 60 лет, наличие варикозного расширения вен, заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные опухоли, ожирение, прием эстрогенов в анамнезе и длительность операции более 2-х часов.

Большое значение в решении проблемы ТЭО уделяется вопросам профилактики. Спектр профилактических мероприятий достаточно широк, но наиболее перспективным направлением признано назначение низкомолекулярных гепаринов в комбинации с методами неспецифической профилактики. Во всем мире профилактика ТЭО осуществляется низкомолекулярными гепаринами. Так, в Европе используется преимущественно фраксипарин. Опасность развития кровотечений при приеме фраксипарина — минимальна (в три раза меньше, чем при приеме обычного гепарина). Профилактическое применение фраксипарина не требует тщательного лабораторного контроля показателей свертывающей системы крови. Достаточно провести подсчет числа тромбоцитов до начала лечения и в последующем контролировать их один или два раза в неделю. Одной из причин недостаточного использования фраксипарина объясняется тем, что значительное число врачей, считает его слишком дорогостоящим.

В Хабаровской больнице ФГУ ДВОМЦ Росздрава в течение последних пяти лет для профилактики ТЭО широко применяется фраксипарин как до операции, так и в послеоперационном периоде. В качестве примера приводим несколько наблюдений. Женщины 67 и 80 лет поступили в разные сроки в хирургическое отделение по поводу обострения хронического тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей. После проведенного противовоспалительного лечения этим больным произведена операция — комбинированная сафенэктомия. После операции назначались инъекции фраксипарина 0,3 мл подкожно в течение 10 дней. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Больная Т. 56 лет поступила в хирургическое отделение с диагнозом: огромная невризма вентральной грыжи, осложненная хронической спаечной кишечной непроходимостью. Сопутствующая патология: ИБС, мерцательная аритмия (тахисистолическая форма), стенокардия напряжения III ф. класс, ХССН II Б ф. класс III, гипертоническая болезнь III ст., риск IV, ожирение III стадия (вес более 120 кг). Варикозное расширение вен нижних конечностей, ХВН — II ст.

После проведенной предоперационной подготовки, больной произведена операция — грыжесечение, резекция 80 см тонкой кишки, (последняя, находясь в грыжевом мешке, была флегмонозно изменена, что подтверждено гистологическим исследованием), с анастомозом бок в бок, пластика грыжевых ворот местными тканями, дренирование брюшной полости. Оперативное вмешательство длилось более четырех часов. С целью профилактики ТЭО, больная до и после операции получала инъекции фраксипарина. Больным пожилого и старческого возраста с огромными послеоперационными вентральными грыжами, с высоким риском ТЭО, до и после операции, назначались инъекции фраксипарина. Ни в одном случае ТЭО не наблюдалось

Двое пациентов, с обширной онкологической патологией, госпитализированы для оперативного лечения. У мужчины 50 лет диагностирован рак слепой кишки с прорастанием в переднюю брюшную стенку и у женщины — рак желудка с прорастанием в поперечно-ободочную кишку. Этим больным произведены радикальные операции: в первом случае правосторонняя гемиколэктомия с резекцией участка передней брюшной стенки и, во втором случае — субтотальная резекция желудка, с резекцией участка поперечно-ободочной кишки. Длительность операций составила около 5-ти часов. В послеоперационном периоде применялись инъекции фраксипарина, благодаря чему удалось избежать грозных ТЭО.

ВЫВОДЫ

1. Применение фраксипарина у больных с высокой степенью риска ТЭО и перенесших тяжелые, длительные по времени оперативные вмешательства, позволяет предупредить грозные тромбоэмболические осложнения.

2. Фраксипарин значительно эффективнее и значительно удобнее в применении, так как вводится однократно в сутки, не требует частого контроля лабораторных показателей, что обуславливает медико-социальные и экономические преимущества его применения.

В.В. Усов, Т.Н. Обыденникова, С.М. Терехов, Ю.Б. Лепейко

НОВЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДОНОРСКИХ РАН

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)

Аутодермопластика является окончательным способом укрытия ожоговых раневых поверхностей. От донорских ресурсов зависят сроки и исход лечения больных с глубокими, обширными ожогами. Проблема дефицита донорских поверхностей является во многом определяющей в судьбе больного, а ее преодоление позволяет значительно повысить шансы больного на выздоровление. Актуальной является проблема ускорения заживления донорских ран с целью повторной эксплантации кожи.

Для оценки эффективности методов лечения донорских поверхностей было проведено исследование результатов лечения у 196 больных Приморского краевого ожогового отделения за период с 1998 по 2006 гг. с глубокими ожогами более 20 % поверхности тела.

Было применено новое комбинированное перевязочное средство «Литопласт» на основе цеолитов из месторождения Приморского края, помещенного в полимерную пленку, проницаемую для воды, минеральных веществ, а также для токсинов и продуктов деградации белков, что позволяет этому средству активно адсорбировать раневое отделяемое. Также применяли комбинацию перевязочных средств: альгинат натрия и цеолита.

В зависимости от метода местного лечения донорских ран больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли пациенты, которым на раны донорских поверхностей сразу после взятия расщепленных аутодермотрансплантатов накладывали раневое покрытие «Литопласт» и перевязочную комбинацию альгината натрия и цеолита. Контрольную группу составили пострадавшие, которым проводили традиционное укрытие донорских ран стерильными марлевыми салфетками с последующим их высушиванием при помощи воздушно-поточных устройств. Эффективность перевязочных средств оценивали по скорости эпителизации донорских ран.

У пациентов, которым применяли комбинацию альгината натрия и цеолита, отмечали хорошее распределение композита по раневой поверхности. Необходимость в перевязках возникала спустя 2–3 суток после максимальной гидратации раневого покрытия. Перевязки осуществлялись абсолютно безболезненно. Сроки эпителизации ран донорских поверхностей составляли 9–10 суток.

При использовании перевязочных контейнеров «Литопласт» перевязки также осуществляли на 2–3 сутки. Из-за особенностей строения активной поверхности контейнеров перевязки были безболезненными. Эпителизация наступала на 10–11 сутки. Возникла проблема фиксации раневого покрытия «Литопласт» к раневой поверхности. У больных контрольной группы эпителизация ран донорских поверхностей происходила на 14–15-е сутки после эксплантации.

Таким образом, применение перевязочных средств на основе цеолитов позволяет сократить сроки донорских ран на 2–3 суток, что позволяет решать вопрос о повторном взятии аутокожи и преодолеть дефицит донорских ресурсов.

С.А.Усов, Е.А. Полутарников, А.А.Шапкин, В.Г.Носов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ (ВКЛЮЧАЯ РАННЮЮ) РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ANUS PRAETER NATURALIS

КФ ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Кемерово)
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Кемерово)
ГУЗ КОКБ (г. Кемерово)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты хирургической реабилитации (в том числе ранней) больных с *anus praeternaturalis* (AP).