традиционными методами. Положительная динамика течения раневого процесса после применения ЭЛТ позволила в среднем на 8,5±1,6 сут сократить сроки предоперационной подготовки до выполнения аутодермопластики свободным кожным расщепленным лоскутом с положительным результатом у десяти больных. Сроки стационарного этапа лечения сократились в 2,1 раза.

Выводы: Местное применение 0,25% арговита в сочетании эндолимфатическим введением лекарств позволяет выполнять селективную некрэктомию с тканесберегающим эффектом при лечении обширных гнойных ран у больных сахарным диабетом. Метод эффективен в плане быстрой очищении раневой поверхности и подготовки для последующей кожной пластики, а в 22,7% случаях позволяет ускорить спонтанную эпителизацию ран.

НИЗКОЧАСТОТНЫЙ УЛЬТРАЗВУК В ХИРУРГИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Макарочкин А.Г. [1]***, Чернядьев С.А.*** [1]***,***
Айрапетов Д.В. [2]

[1] *Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО «Уральский Государственный медицинская университет» МЗ РФ,*

[2] *МБУ «Центральная городская клиническая больница №1», г. Екатеринбург, Россия*

Актуальность работы. Невозможность проведения одноэтапной некрсеквестрэктомии, необходимость использования этапных, подчас травматичных, повторных вмешательств, направленных на санацию очагов панкреатогенной инфекции, диктует необходимость разработки щадящих способов выполнения некрсеквестрэктомии при инфицированном панкреонекрозе. Широко используемая в настоящее время стандартная методика механического удаления секвестров из парапанкреатической клетчатки (дигитоклазия) сопряжена с высоким риском развития аррозивных кровотечений, формирования дигестивных свищей, а также усугубления синдрома системного воспаления в послеоперационном периоде. Нами обоснована и применена в клинической практике методика ультразвуковой низкочастотной санации при инфицированном панкреонекрозе.

Целью исследования являлось оценка результатов использования низкочастотного ультразвука (аппарат АУЗХ-100 «Фотек») при программированных некрсеквестрэктомиях в лечении инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы: Ретроспективно оценены результаты санаций сальниковой сумки после открытой оментобурсостомии и абдоминизации поджелудочной железы по В.А.Козлову, предпринятых по поводу распространенного панкреонекроза в клинике хирургических болезней лечебно-профилактического факультета УГМУ на базе ЦГКБ №1. Диагноз панкреонекроза и его осложнений устанавливался на основании рекомендаций IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000), в практической работе использовалась классификация В.С.Савельева (2006). Результаты были проанализированы у больных, закончивших лечение выздоровлением (некрсеквестрэктомии с заживлением раневых полостей). Группу 1 (72 человека) составили пациенты, у которых при санации сальниковой сумки применялось низкочастотное ультразвуковое воздействие. Использовали аппарат АУЗХ-100 «Фотек». Группа 2 (40 пациентов) состоит из больных, которым санации сальниковой сумки выполнялись по традиционной методике и включали лаваж сальниковой сумки растворами антисептиков с механическим удалением свободно лежащих секвестров.

Полученные результаты. Анализ демографических показателей, степени тяжести заболевания, характера оперативных вмешательств показал, что в группах больных, выделенных на основании различных режимов выполнения санаций сальниковой сумки, отсутствовали достоверные различия по возрастным показателям, этиологическим факторам панкреонекроза, травматичности и объему операционного доступа. Оценивая сформированные группы с использованием интегральных шкал, мы пришли к выводу, что значимые различия по прогностическим критериям исхода (Ranson), степени выраженности органной дисфункции (SAPS и ТФС), между 1 и 2 группами при поступлении отсутствуют. Это позволило считать сравнение групп корректным. Среднее число санаций в первой группе составило 4,2±2,8 (от 2 до 11). Во второй группе пациентов, лечившихся по традиционной методике, число санаций колебалось от 4 до 13, в среднем составив 6,6±2,7. При первичном вмешательстве возбудитель был идентифицирован в 19% проб. В посевах

преобладала кишечная грамотрицательная флора (61,5% от положительных посевов), чаще других обнаруживалась E.coli (5,7%). Результаты применения разработанной методики при лечении больных с панкреонекрозом показали, что использование низкочастотного ультразвука позволило ускорить выполнение некрсеквестрэктомии. При ультразвуковой санации секвестрэктомии начинали на 5,8±1,5 сутки против 14,7±4,8 в группе 2. Наряду с этим, при ультразвуковом воздействии в связи с ранним началом щадящей секвестрэктомии, нами отмечена меньшая продолжительность периода программированных санаций (33,8±8,1 против 25.2±3.6 дней), что позволило уменьшить абсолютное количество санаций. Уменьшение числа программированных санаций сопровождалось снижением частоты дигестивных и панкреатических свищей, аррозивных кровотечений.

Выводы: Проведенное нами исследование продемонстрировало преимущества низкочастотного ультразвукового воздействия (аппарат АУЗХ-100 «Фотек») при санациях сальниковой сумки у больных с панкреонекрозом в сравнении с классической методикой. Использование ультразвуковой санации позволило ускорить выполнение некрсеквестрэктомии, сократить сроки использования режима программированных санаций, позволило избежать таких тяжелых осложнений, как панкреатические и дигестивные свищи и аррозивные кровотечения. Все это благотворно сказалось сроках госпитализации пациентов и результатах лечения. Мы не отметили нежелательных эффектов, связанных с проведением манипуляции.

ИЗУЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АКВАКОМПЛЕКСА ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА

Малкина Н.А., Новомлинский В.В., Елисеев М.В.
ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Цель: оценка эффективности применения аквакомплекса глицеросольвата титана (тизоль) при хроническом экспериментальном остеомиелите с помощью показателей