

«Serotulle» (Германия) с диаметром ячеек 2мм, импрегнированное желтым парафином, содержащим 0,5% хлоргексидина ацетата. В контрольной группе (20 человек) после дермотрансплантации раневая поверхность черепицеобразно укрывалась марлевыми тампонами.

Результаты и обсуждение. В эксперименте наилучшие результаты дермотрансплантации получены в группе крыс, когда на раневую поверхность с дермотрансплантатами укладывали один слой марли (использовалась для предохранения трансплантатов от травмирования во время смены расположенных сверху тампонов) и тампон с антисептиками, который ежедневно меняли. Таким образом, основными факторами, обуславливающими успех трансплантации на грануляционную ткань, является минимальная травматизация дермотрансплантатов во время перевязок и адекватное удаление экссудата.

При анализе результатов лечения больных в исследуемой группе (по нозологиям) процент приживления дермотрансплантатов был достоверно выше, чем в контрольной. Применение раневой повязки «Serotulle» способствовало успешной дермопластике ввиду минимальной травматизации дермотрансплантатов при перевязках, так как парафин обеспечивал неприлипаемость повязки, редкое плетение основы не препятствовало дренированию экссудата в вышележащие слои повязки, а импрегнированный 0,5% хлоргексидин ацетат обладает широким спектром антибактериальной активности против грамположительной и грамотрицательной флоры.

Выводы: использование повязок Тюлле-грас, содержащих лекарственные вещества, способствует лучшему приживлению дермотрансплантатов.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА

Ославский А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д. м. н., профессор К.Н. Жандаров

Наиболее актуальной и сложной проблемой лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) является тактика ведения панкреонекрозов с некротическим поражением жировой клетчатки брюшинного пространства.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ОДП на основании анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных и разработать алгоритм лечения ОДП.

Материалы и методы исследования. Произведен статистический анализ историй болезней пациентов с ОДП. На протяжении 2002-2005 гг. в клинике хирургических болезней № 1 пролечен 91 больной ОДП. Диагностика заболевания была основана на клинических проявлениях, лабораторных данных, результатах УЗИ и МРТ.

Результаты. 28 больным ОДП, без признаков инфицирования брюшинной клетчатки (ЗК) (отрицательный результат посева после пункции жидкостных образований, лейкоцитоз 10000 ± 3500 , отсутствие токсической зернистости нейтрофилов, повышение температуры тела не более 38 градусов по Цельсию), проводили консервативную терапию: холод, местная гипотермия, новокаиновые блокады, спазмолитики и холинолитики, адекватная инфузионная терапия, форсирование диуреза, введение сандостатина и 5-фторурацила, антиферментных препаратов, плазмоферез, гемосорбция.

Во II группе (37 больных) с поражением ЗК при отсутствии признаков инфицирования последней лечение начинали с интенсивной консервативной терапии. При нарастании симптомов интоксикации, наличии клинических признаков инфицирования некрозов ЗК (лейкоцитоз 13000 ± 1800 , появление токсической зернистости нейтрофилов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение температуры тела более 38 градусов, некупирующийся болевой синдром) при прогрессировании процесса переходили к оперативному

лечению. Лечение начинали с малоинвазивных методов: пункция под контролем УЗИ, лапароскопическое дренирование брюшной полости и жидкостных образований.

Пациенты III группы (26) с ОДП поступили в тяжелом состоянии, с наличием клинических признаков инфицирования некрозов клетчатки и явлениями эндотоксикоза (положительный результат посева пунктатов жидкостных образований, лейкоцитоз 15000 ± 2500 с токсической зернистостью и выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гектическая температура и др.). Оперативное лечение при возможности начинали с малоинвазивных методов, а при их невозможности или неэффективности переходили к открытым методам оперативного лечения.

Дренирование и удаление секвестров следует осуществлять в максимально поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей, из-за вероятности развития интенсивного аррозивного кровотечения, что имело место у 8 больных. В то же время нельзя запаздывать с оперативным лечением, т.к. вследствие существующей интоксикации развиваются эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта с профузными кровотечениями (7), дистрофия миокарда с явлениями сердечной недостаточности (5), ди-стресс синдром (15), что нередко является причиной летального исхода у больных с ОДП.

Во всех 3 группах больных контроль за лечением осуществляли с помощью регулярных лабораторных исследований и программированного контроля с помощью УЗИ (МРТ).

Выводы. 1. Улучшение результатов лечения больных с ОДП достигается своевременной диагностикой и ранним началом лечебных мероприятий.

2. Консервативная терапия показана при стерильном ОДП. При распространенности процесса поражения забрюшинной клетчатки и явлениях перитонита целесообразно выполнение лапароскопических и

пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем.

3. Инфицированный ОДП, подтвержденный клиническими и пункционными исследованиями, является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДВС В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ

Павлюкевич А.В.

Гродненский государственный университет, Беларусь
Курс клинической биохимии кафедры анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.В. Киселевский

Гнойно-септические осложнения при беременности являются одной из наиболее значимых причин развития синдрома ДВС и материнской летальности. Раннее выявление данного синдрома является ключевым для эффективной терапии. В связи с этим актуальным является поиск новых эффективных методов ранней диагностики синдрома ДВС.

Цель исследования. Оценка эффективности применения определения уровня Д-димеров для ранней диагностики синдрома ДВС при гнойно-септических осложнениях у пациенток акушерского профиля.

Методы исследования. Клиническая группа состояла из 32 больных с гнойно-септическими осложнениями в период беременности и в послеродовой период, в том числе больных с послеродовыми эндометритами – 12 (37,5%), с септическими абортами – 16 (50%), с гнойным пиелонефритом, осложнившимся уросепсисом во время беременности – 4 (12,5%). Всем пациенткам измерялись показатели традиционной коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, ПТИ, тромбоциты), а также уровень Д-димеров методом иммунометрического анализа сэндвичевого типа. Диагноз сепсис и синдром системного воспалительного ответа выставлялся на основании международных