



ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ
УПРАВЛЕНИЕ МО РФ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ



VI

**Всеармейская международная
конференция**

ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

**Москва
14–16 ноября 2006 г.**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

SURGICAL INFECTIONS IN WAR AND PEACE

**Moscow 2006
14–16 November**

АДАПТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ STAPHYLOCCOCUS AUREUS

Тимохина Т.Х.¹, Варницына В.В.¹, Паромова Я.И.¹,
Перунова Н.Б.², Явнова С.В.², Молостов Е.В.²

¹ Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

² Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург, Россия

Цель: изучение суточной динамики биологических свойств музейных и госпитальных штаммов *S. aureus*.

Материалы и методы: работа проведена на штаммах *St. aureus* 25923 (из американской коллекции типовых культур – АТСС), *St. aureus* 209-М ГИСК им. Л.А. Тарасевича, а также 3 штамма *St. aureus*, выделенных от хирургических больных отделения интенсивной терапии. Суточная динамика пролиферативной активности всех изучаемых штаммов определялась по оригинальной методике, разработанной авторами. Чувствительность к антибиотикам и дезинфектантам оценивали общепринятыми методами.

Результаты: При оценке суточной динамики роста музейных штаммов установлено, что пик пролиферативной активности приходится на 17 часов. Максимум пролиферативной активности *St. aureus*, выделенных у хирургических больных, пришелся на 20–23 часа. Под действием гентамицина госпитальные штаммы, в отличие от музейных, сохраняют профиль суточного ритма. В акрофазу (время максимальной пролиферативной активности) все штаммы показали высокую чувствительность к пероксиному.

Обсуждение: на наш взгляд, оптимальным временем для антибактериального воздействия является акрофаза возбудителя хирургической инфекции. Гентамицин не является стрессорным фактором для госпитальных штаммов, которые обладают большим адаптивным потенциалом по сравнению с музейными. Это повышает выживаемость в неблагоприятных условиях клинических штаммов *S. aureus* и предполагает их участие в развитии госпитальных инфекций.

Выводы: различия суточной динамики пролиферативной активности микроорганизмов могут служить критерием для идентификации госпитальных штаммов. Учет хроноинфраструктуры госпитальных штаммов может повысить эффективность антибактериальной терапии нозокомиальных инфекций. Полученные данные необходимо проверить *in vivo*, что позволит детально сформулировать концепцию метода лечения с позиций хронобиологии.

АЛГОРИТМ КОМБИНИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ И ОЖГОВОМ СЕПСИСЕ

Звягин А.А., Савин А.В., Симоненков А.П.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Москва, Россия.

Энтеральное и парентеральное питание – абсолютно необходимый компонент интенсивной терапии сепсиса.

Метаболические потери при тяжелом сепсисе возрастают на 50–100% в зависимости от фазы, тяжести и особенностей течения сепсиса, площади раневой и ожоговой поверхности, глубины поражения. Нутриционный статус больных и метаболические потери определяли с помощью клинко-лабораторного обследования: общего и биохимического анализов крови, массы тела и ее дефицита, моторно-эвакуаторной и всасывательной функций ЖКТ, определения азотистого баланса.

Причины развития сепсиса: обширные и глубокие термические поражения мягких тканей, развитие хирургической инфекции.

Высокие метаболические потери были связаны не только с генерализацией хирургической инфекции, но также с обширными (более 500 кв. см) раневыми поверхностями и большими водно-электролитными потерями при обширных ранах, а также тонкокишечных и желчных свищах (1,5–2 литра в сутки).

Алгоритм энтерального питания зависит от особенностей течения хирургического и ожогового сепсиса, функционального состояния желудочно-кишечного тракта:

1. Тяжелый сепсис.

1.1. Тяжелые нарушения функции ЖКТ (парез желудка, кишечника, нарушения моторно-эвакуаторной и всасывательной функции).

Парентеральное питание. (5–7 дней) ⇒ Фармакологическая стимуляция функции ЖКТ (коррекция электролитного баланса, прозерин, убретид, серотонин) ⇒ комбинированное питание (ПП и ЭП, в соотношении 1:1) ⇒ энтеральное питание в необходимом объеме.

1.2. Умеренное угнетение функции ЖКТ ⇒ комбинированное питание (1:1) в течение 5–7 дней, фармакологическая стимуляция функции ЖКТ ⇒ энтеральное питание.

2. Тонкокишечные свищи ⇒ комбинированное питание, энтеральное питание (через зонд, проведенный дистально от дефекта) ⇒ энтеральное питание.

Новые технологии и препараты для парентерального и энтерального питания позволяют эффективно проводить метаболическую поддержку больным с сепсисом.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Хачатрян Н.Н.¹, Дизенгоф И.М.², Смирнов Г.Г.²

¹ Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет, Москва, Россия

² Инфекционная клиническая больница № 3, Москва, Россия

Цель: оптимизировать результаты лечения гнойных заболеваний кожи и мягких тканей у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией на основе рационального использования антибактериальных препаратов в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Произведён анализ 70 случаев гнойных заболеваний кожи и мягких тканей у ВИЧ-инфицированных больных, которым после вскрытия и дренирования гнояника в раннем послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия. Использовались следующие режимы антибактериальной терапии: линезолид 0,6 2 раза в сутки внутривенно в виде монотерапии, цефоперазон 2,0 2 раза в сутки внутривенно, также в виде монотерапии, цефтриаксон 2,0 1 раз внутривенно + метронидазол 0,5 3 раза внутривенно, ципрофлоксацин 0,4 2 раза внутривенно + метронидазол 0,5 3 раза внутривенно, цефотаксим 2,0 2 раза внутримышечно + амикацин 1,0 1 раз внутримышечно. Изучены особенности течения и микробный спектр гнойной инфекции покровов у ВИЧ-инфицированных.

Результаты: Средняя продолжительность антибиотикотерапии составила 5 суток. Введение антибиотиков проводилось в среднем два раза в сутки, что удобно для пациента и персонала. При использовании указанных режимов антибактериальной терапии улучшились результаты лечения гнойных заболеваний кожи и мягких тканей у ВИЧ-инфицированных больных, сократились сроки очищения, заживления ран и нахождения в стационаре.

Обсуждение: Рост в последние годы числа пациентов с ВИЧ-инфекцией, обращающихся за помощью к хирургам преимущественно по поводу постинъекционных гнойных заболеваний кожи и мягких тканей, и неудовлетворительные результаты лечения заставили пересмотреть принципы антибактериальной терапии с учётом имеющихся особенностей. Внедрение новых схем антибактериальной терапии с учётом влияния препаратов на иммунную систему и преобладающую у ВИЧ-инфицированных флору позволяет улучшить результаты лечения. Кроме того, впервые для лечения этой категории больных применён препарат линезолид, который использовался при инфицировании полирезистентной грамположительной флорой с хорошим эффектом.

Выводы: Улучшение результатов лечения гнойных заболеваний кожи и мягких тканей у ВИЧ-инфицированных пациентов связано с внедрением новых принципов антибактериальной терапии, учитывающих особенности основного заболевания.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (ДАННЫЕ ТРЕХ СТАЦИОНАРОВ г. МОСКВЫ)

Попов Т.В.^{1,2}, Белоцерковский Б.З.^{1,2}, Гельфанд Е.Б.¹,
Карабак В.И.¹, Проценко Д.Н.^{1,3}, Чурадзе Б.Т.⁴

¹ РГМУ,

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова,

³ ГКБ №7,

⁴ ГКБ №31, г. Москва

Цель: Изучение чувствительности приоритетных возбудителей нозокомиальных инфекций (НИ) к антибиотикам.

Материалы и методы: Исследовали чувствительность к антибиотикам штаммов *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii* и *K. pneumoniae*, выделенных у больных с НИ в отделениях интенсивной терапии ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, ГКБ №7 и ГКБ №31 г. Москвы за период с 2002 г. по 2005 г.

Результаты и их обсуждение: Около 90% выделенных штаммов золотистого стафилококка были нечувствительными к метициллину/оксациллину и другим бета-лактамам. Достаточную активность в отношении этих возбудителей продемонстрировали лишь ванкомицин и линезолид. Полирезистентные грамотрицательные неферментирующие микроорганизмы (псевдомонады и ацинетобактер) и клебсиеллы-продуценты бета-лактамаз расширенного спектра сохраняют чувствительность лишь к карбапенемам, цефоперазону/сульбактаму, цефалоспорином IV поколения, «новым» фторхинолонам и лишь в некоторых отделениях – к цефтазидиму и амикацину. Прогрессирующая резистентность микрофлоры хирургических учреждений является следствием тактики массированного, и подчас нестандартизированного, применения антибиотиков в хирургических областях клинической медицины.

Выводы: Результаты проведенного многоцентрового исследования наглядно демонстрируют, что возбудители НИ у хирургических больных обладают множественной резистентностью к антибиотикам и диктуют необходимость проведения локального микробиологического мониторинга. Фармакологический арсенал современных отделений интенсивной терапии должен включать препараты для адекватного этиотропного лечения НИ, начиная с этапа эмпирической терапии. С целью оптимизации антибиотикотерапии НИ на основании данных микробиологического мониторинга и опубликованных рекомендаций целесообразно разрабатывать локальные протоколы и формуляры.

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА СПАРФЛОКСАЦИНОМ ПЕРЕД ПЛАНОВЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Мазо Е.Б.¹, Карабак В.И.², Попов С.В.¹

¹ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

² 1 ГКБ имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: определение эффективности Спарфлоксацина как средства для санации хронического бактериального простатита перед плановыми хирургическими операциями.

Материалы и методы: 34 больных в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст 38,2 лет), страдающих хроническим простатитом готовили к оперативным вмешательствам – 15 – к паховому грыжесечению, 12 – к операции на прямой кишке в связи с хроническим геморроем, а 7 – к плановой холецистэктомии. Всем больным выполняли бактериологическое исследование трех порций мочи и секрета предстательной железы (четырёхстаканный тест Meares-Stamey). Выделение и идентификацию возбудителей проводили стандартными бактериологическими методами, чувствительность к антимикробным препаратам – диско-диффузионным методом. Спарфлоксацин (Спарфло) назначали больным по 400 мг (2 таблетки) 1 раз в первые сутки, а в последующие дни по 200 мг (1 таб-

летка) в сутки. Общая продолжительность курса лечения составила 4 нед. Клинический и бактериологический контроль эффективности терапии осуществляли сразу после приема препарата.

Результаты и обсуждение: у всех больных при четырехстаканном тесте Meares-Stamey было обнаружено десятикратное и более превышение количества бактерий в секрете простаты или в третьей порции мочи по сравнению с первой или второй порциями мочи. У исследованных больных были выделены 12 штаммов грамотрицательных бактерии (*Escherichia coli* – 6, *Enterobacter spp.* – 2, *Acinetobacter spp.* – 2, *Klebsiella pneumoniae* – 1, *Proteus mirabilis* – 1), 22 штамма грамположительных бактерии: 17 – коагулазо-негативных стафилококков, 5 – *Enterococcus faecalis*. Эрадикации возбудителей удалось добиться у 30 больных, таким образом микробиологическая эффективность терапии данным препаратом составила 88%. Терапия Спарфлоксацином привела к уменьшению симптомов простатита у 82% больных.

Выводы: проведенное исследование продемонстрировало высокую микробиологическую и клиническую эффективность Спарфлоксацина в качестве средства санации хронического бактериального простатита перед плановыми хирургическими операциями.

АНТИМИКРОБНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Богданец Л.И., Березина С.С.

Кафедра факультетской хирургии им. С.И.Спасокукоцкого с курсом анестезиологии, реаниматологии и антимикробной химиотерапии и курсом сердечно-сосудистой хирургии и хирургической флебологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ,
Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

До настоящего времени вопрос о месте и роли антибактериальных средств в лечении венозных язв остается предметом дискуссий, нет четких представлений о целесообразности их применения на разных стадиях заживления, как местно, так и системно, показаниях и оптимальных сроках назначения, периодичности бактериологического контроля. Особенно актуальна эта проблема в случае присоединения суперинфекции, развития индуративного целлюлита, дерматита, которые существенно пролонгируют сроки заживления.

Цель: оценить эффективность местного и системного применения антимикробных препаратов при лечении венозных трофических язв нижних конечностей в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты амбулаторного лечения 90 больных с венозными язвами в I-II стадии раневого процесса, осложненными острым индуративным целлюлитом. Средний возраст пациентов – $57,3 \pm 9,6$ лет, преобладали женщины (66,5%). Анамнез ХВН в среднем составил $7,8 \pm 7,2$ лет, длительность язвенного анамнеза – от 3 месяцев до 5 лет, средняя площадь язвы – $8,83 \pm 5,04$ см², у 36 больных (40%) отмечено рецидивирующее течение язвы. Лечение проводилось в трех группах: I – у 25 пациентов местно язву и измененную кожу обрабатывали антисептическим препаратом «Эпланол» в виде мази или раствора, II – у 30 больных – применяли современные раневые покрытия (гидрогелевые, альгинатные, гидроколлоидные, губчатые) в сочетании с пероральным применением амоксициллина по 625 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней и обработкой измененной кожи мазями бактробан или банеоцин, III – у 35 пациентов проводили только местную стандартную терапию (р-р хлоргексидина, мирамистина, мазь левосин или левомеколь) – контрольная группа. Всем больным выполняли бактериологическое исследование до начала лечения и через 10 суток, назначали флеботоники и эластическую компрессию нижних конечностей.

Результаты и обсуждение: через 2 недели лечения отмечено значительное улучшение состояния язвы (очищение язвенной поверхности от фибрина и некротических тканей, уменьшение раневого отделяемого, появление сочных грануляций) и окружающих тканей у пациентов I и II группы: купированы явления острого индуративного целлюлита: с помощью «Эпланола» – у 44% больных и у 58% пациентов, получавших комбинацию амоксициллина

и антибактериальных мазей (в контрольной группе положительной динамики отмечено не было – $p < 0,05$), купирован болевой синдром у 76% пациентов (в контрольной группе лишь у 11 % больных – $p < 0,001$). При анализе бактериологического исследования первых двух групп отмечено уменьшение обсемененности раневой поверхности патогенной и условно – патогенной флорой ниже критического у 22(40%) больных, у 10(18%) больных произошла замена патогенных штаммов на условно патогенные, полная бактериальная элиминация – отмечена у 14(25%) пациентов, в 8(15%) наблюдениях изменения микрофлоры зафиксировано не было, в 1(2%) случае отмечена отрицательная динамика со сменой условно патогенного эпидермального стафилококка на золотистый. Эти изменения количественного и качественного состава микрофлоры были более выражены у пациентов II группы. В III группе существенной динамики в характеристике высеваемой с поверхности язвы микрофлоры не отмечено.

Выводы: антибактериальная терапия у больных с венозными трофическими язвами абсолютно показана в случае возникновения острого индуративного целлюлита и более эффективна по сравнению со стандартным лечением и применением только антисептических средств. Оптимальным представляется короткий (7-10 суток) курс перорального антибиотика широкого спектра действия в сочетании с местным применением антибактериальных мазей.

АППАРАТНАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ ПРИ ЗАКРЫТИИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Измайллов С.Г., Бесчастнов В.В., Рябков М.Г.,
Жаринов А.Ю., Одинцов Е.С.*

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: Закрытие обширных дефектов мягких тканей, образующихся в результате травм или распространенного гнойного процесса.

Материалы и методы: Предлагается способ аппаратной дермотензии, заключающийся в проведении внутрикожно параллельно краям раны спиц, фиксации к спицам специально разработанных раневых адаптационно-репозиционных аппаратов (РАРА), натяжении интактной кожи вокруг раны путем тракции за проведенную спицу и создании достаточного запаса кожи для разгрузки линии швов. Процесс сближения контролировали компьютерной системой регистрации, включающей в себя датчики усилия, прикладываемого к краям раны и температуры кожи краев раны. Сближение краев раны осуществляли одномоментно или дозированно поэтапно, до полного их сопоставления. После сопоставления краев раны на них накладывали узловыи швы и, при показаниях датчика усилия более 10 Н, аппарат оставляли на ране в течение 2–3 суток для разгрузки линии швов. Одномоментную аппаратную дермотензию применяли при лечении ран мягких тканей у 112 больных, дозированное сопоставление краев гранулирующей раны с использованием предложенных нами аппаратов применяли у 46 больных.

Результаты: закрытие раневого дефекта путем постепенного сдвигания бранш РАРА, проводилось в течение 5–20 дней (сроки определялись размерами дефекта). Сокращались сроки пребывания больных в стационаре до $29,2 \pm 5,5$ дней.

Обсуждение: Обычный лимитирующий фактор при дермотензии любого вида – нарушения микроциркуляции в растягиваемой коже. Использование аппаратной техники для сближения краев раны и компьютеризированного контроля натяжения позволяет снизить риск развития ишемических нарушений и связанных с ними гнойных осложнений. Необходимо отметить лучшие косметические результаты аппаратной дермотензии в виде формирования мягкого линейного рубца даже при обширных раневых дефектах.

Выводы: Внедрение разработанного способа закрытия обширных гранулирующих ран мягких тканей с применением различных вариантов РАРА позволило улучшить результаты комплексного лечения больных с данной патологией.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ГЕЛЕОБРАЗУЮЩИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

Адамян А.А., Немытин Ю.В., Переходов С.Н., Шандуренко И.Н.

¹ ФГУ Центральный военный клинический госпиталь А.А.Вишневого

² ГУ Институт хирургии имени А.В.Вишневого РАМН, Москва

Проблема лечения ран исторически остается одной из актуальных как для военного, так и для мирного времени.

Современная методология местного лечения ран основана на дифференцированном применении комплекса новых биологически активных перевязочных средств с направленным действием на раневой процесс в зависимости от его фазы и особенностей течения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения гнойных и огнестрельных ран путем направленного применения гелеобразующих перевязочных средств.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения и обследования 182 больных с гнойными ранами мягких тканей различной этиологии и локализации, а также 115 раненых с огнестрельными ранениями мягких тканей и гнойными осложнениями за период с 1995 по 2005 года. Из них у 43 пациентов местное лечение проводили биологически активными дренирующими сорбентами (Анилодиотевин, Колладиосорб, Диотевин, Диовин), они вошли в 1-ю основную группу, у 60 пациентов использовали биологически активные гелевые повязки «Апполо» («Апполо ПАК», «Апполо ПАА») – 2-я основная группа, а в 34 пациента, местную терапию у которых продолжали биodeградируемыми губчатыми раневыми покрытиями (Дигиспон, Коллахит ФА, Альгикол ФА, Анишиспон, Хитал-Био), составили 3-ю основную группу. В группу сравнения вошли 60 пациентов с аналогичными поражениями мягких тканей, где местно использовали водорастворимые мази (левосин, левомеколь, 5% диоксициновая мазь), облепиховое масло и олазол.

Результаты лечения.

В I фазе раневого процесса наиболее эффективными оказались биологически активные дренирующие сорбенты и гелевые повязки «Апполо ПАК-ТД». На раннем этапе перехода во II фазу оптимальными являются повязки «Апполо ПАК-АИ» и «Апполо ПАК-АМ». Применительно ко II фазе раневого процесса для клинического применения были рекомендованы повязки «Апполо ПАА-АИ» и «Апполо ПАА-АМ», а также биodeградируемые покрытия.

Таким образом, разработанная нами по результатам лабораторных, медико-биологических и клинических исследований современная методология лечения ран биологически активными гелеобразующими перевязочными средствами предполагает дифференцированное их применение со строгим учетом фаз раневого процесса.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОЗОНИРОВАННЫМИ РАСТВОРАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Мартынов А.К., Мамчич В.Ю., Сахаров А.В., Снигоренко А.С.

574 военный клинический госпиталь МО РФ, Москва, Россия.

Контроль за характером воспалительного процесса в брюшной полости, его течением в ходе лечения, а также изменениями, происходящими при этом, – сделала возможным эндовидеолaparоскопическая технология. Она позволяет осуществить полную диагностическую программу, провести активное хирургическое вмешательство: проконтролировать место стояния и функционирование дренажей, восстановить их проходимость; произвести полноценную и малотравматичную санацию брюшной полости, а также осуществить профилактику ранней спаечной кишечной непроходимости.

У 64 пациентов с клиникой распространенного перитонита в раннем послеоперационном периоде был применен метод пролонгированных видеолaparоскопических озоновых санаций (ПВЛОС) брюшной полости. Причинами перитонита в этой группе больных явились: острый аппендицит – в 43,9%; перфоративная гастродуоденальная язва – в 16,4%; острая кишечная непроходимость – 12,9%; ранения, закрытая травма живота – в 3,5%; послеоперационный перитонит – 3,5%; желчнокаменная болезнь – 3,5%. Завершающий этап операции состоял в создании условий для пролонгированной санации брюшной полости в послеоперационном периоде, путем установки лапаропортов для проведения ПВЛОС. Брюшную полость ушивали наглухо. Сеансы ПВЛОС проводились через 12–24 часов после окончания операции и далее ежедневно по показаниям. Для этой цели использовали озонированный физиологический раствор с концентрацией озона 6-8 мг/л. Промывание брюшной полости озонированным физиологическим раствором с удалением токсического выпота и патологических примесей под визуальным контролем сочетали с местным и общим поливалентным лечебным действием озона (бактерицидное; детоксикационное; противовоспалительное; иммуномодулирующее; антигипоксическое; гипокоагуляционное; анальгетическое; антивирусное; фунгицидное).

Вывод: метод ПВЛОС обладает существенными преимуществами перед традиционными методами санации брюшной полости. Он не только позволяет осуществить полноценную малотравматичную адекватную санацию брюшной полости, полностью подавить рост патогенной флоры, в 2 раза снизить степень эндогенной интоксикации организма, но и способствует значительному уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений.

ВЛИЯНИЕ «МЕДИАТОРНЫХ ВЕЩЕСТВ» ФЕТАЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕЧЕНИ НА ЦИТОКИНОВЫЙ БАЛАНС БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Жетимкаринова А.Д.

Казахская государственная медицинская академия, Астана, Казахстан

Цель: улучшить результаты интенсивной терапии тяжёлой хирургической инфекции

Материалы и методы: в основу работы положены результаты экспериментальных исследований, определившие возможность клинической апробации метода. Клинические исследования проведены у 117 больных в возрасте 21–69 лет с тяжёлой хирургической инфекцией. У 64 больных (основная группа – ОГ) в комплексе традиционной интенсивной терапии применяли трансплантацию супернатанта фетальной ткани печени (ТСФТП), представляющего собой бесклеточную фракцию фетальных гепатоцитов и содержащего цитокины, пептиды, факторы роста, гормоны, так называемые «медиаторные вещества».

У 53 больных (контрольная группа – КГ) проводилась традиционная интенсивная терапия. Методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови у всех исследуемых больных изучалось количественное содержание цитокинов. Тяжесть состояния выражали в баллах по шкале APACHE – II.

Результаты: исследованный метод (ТСФП) позволил:

- на 37% снизить концентрацию провоспалительного цитокина TNF-альфа;
- на 25% увеличить концентрацию противовоспалительного цитокина IL-2;
- снизить индекс APACHE-II на 29%.

Обсуждение: выявлена взаимосвязь концентрации цитокинов с тяжестью состояния и методом коррекции тяжёлой хирургической инфекции. Можно предположить, что «медиаторные» вещества фетальной ткани печени воспроизводят основные свойства эндогенных цитокинов, коррективных в поддержании повреждённого гомеостаза.

Выводы:

- 1) определение цитокинового спектра – надёжный способ мониторинга тяжести состояния, ассоциированного с тяжёлой хирургической инфекцией;
- 2) «медиаторные вещества» фетальной ткани печени – эффективное средство регуляции цитокинового дисбаланса у больных с тяжёлой хирургической инфекцией.

ВЛИЯНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕГИОНАРНУЮ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ РОЖИ

Дуванский В.А., Бисеров О.В.

ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучить особенности регионарной микроциркуляции у больных с осложненными формами рожки при магнитолазерной терапии методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Материалы и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения 65 больных с осложненными формами рожки. Основываясь на клинической классификации 14 (21,5 %) пациентов были с флегмонозной формой рожки, 51 (78,5%) с флегмонозно-некротической. Из них 48 (73,8%) женщин и 17 (26,2 %) мужчин. 36 больных (55,4%) было до 60 лет, 29 (44,6%) старше 60 лет. Рецидив заболевания установлен при у 25 (38,5%) больных. Состояние микроциркуляции изучали при помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01» с последующей компьютерной обработкой полученных данных. Исследование проводили при поступлении, на следующие сутки после проведения хирургической обработки, а также на 7, 14 и 21-е сутки после начала лечения.

Результаты: исследование микроциркуляции показало, что после хирургической обработки изменения показателей ЛДФ у больных осложненными формами рожки характеризовались изменениями гемодинамики по гиперемическому типу с участками спастических и атонических проявлений, затрудненным истинным капиллярным кровотоком, снижением резерва капиллярного кровотока за счет исходно высоких значений показателя микроциркуляции и отсутствия резерва дальнейшего прироста тканевого кровотока. Применение магнитолазерной терапии значительно улучшило нутритивный кровоток, о чем свидетельствует увеличение показателя микроциркуляции. Отмечены нормализация соотношения пассивных и активных механизмов регуляции микроциркуляции с преобладанием активных механизмов. Полученные данные свидетельствуют об улучшении трофики тканей, а также о восстановлении нейрогенной регуляции микрососудистого русла.

Выводы: применение магнитолазерной терапии способствует быстрому купированию воспаления, очищению раневой поверхности, стимуляции репаративного процесса, нормализации веноуло-артериальных взаимоотношений, эффективного нутритивного кровотока, восстановлению симпатической регуляции и адекватного кровоснабжения тканей на местном уровне.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНА НА МИКРОФЛОРУ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Королев Д. В., Кожухов М. В.

Военно-медицинский институт ФСБ, Нижний Новгород, Россия

Целью работы было изучение влияния озона на микрофлору ран у больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: в работе обобщены результаты лечения 183 больных, находившихся на лечении в хирургических отделениях НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО «РЖД», в период с 1997 по 2006 год. Мужчин было 64 (35%), женщин – 119 (65%). Средний возраст больных $65,67 \pm 2,2$ лет. Больные были разделены на 2 группы: 90 человек – контрольную и 93 человек – основную группу. По тяжести, степени компенсации диабета и распространенности гнойно-некротических поражений группы были сопоставимы. Больные контрольной группы получали комплексное лечение, включающее хирургическую обработку, дезинтоксикационную, антибактериальную, ангиопротективную и иммунотерапию. Больным основной группы наряду с традиционным лечением использовалась комплексная озонотерапия, включающая: ежедневную обработку пораженной стопы в пластиковом мешке газообразным озоном, подкожное введение озона по периметру раневой поверхности, наложение на рану повязки с озонированным 0,9% раствором натрия хлорида, внутривенное введение озонированного 0,9% раствора натрия хлорида.

Результаты: Выявлено влияние озона на чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Были проведены несколько парных посевов (до и после воздействия озона) отделяемого из раны на флору и чувствительность к антибиотикам. Результаты посевов: До проведения комплексной процедуры: *Staphylococcus aureus* – $8 \cdot 10^5$ КОЭ в 1 мл, *Enterobacter doacae* – $7 \cdot 10^5$ КОЭ в 1 мл. После проведения комплексной процедуры *Staphylococcus aureus* – $4 \cdot 10^5$ КОЭ в 1 мл, *Enterobacter doacae* – отсутствует. Также после воздействия озона появилась чувствительность к Цефазолину, Оксациллину, Эритромицину, Стафилококковому бактериофагу серий 45,46,41,59, к которым до воздействия существовала устойчивость. Причем, появившись после первых процедур, чувствительность сохранялась на протяжении всего курса лечения.

Выводы: Данная методика лечения больных позволила: снизить дозировку сахароснижающих препаратов, сократить сроки очищения раневой поверхности от гнойно-некротических тканей, использовать более дешевые антибактериальные препараты, к которым под воздействием озона появляется чувствительность.

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММИРОВАННОГО ВУЛЬНОСИНТЕЗА НА ЭНЗИМОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГНОЙНЫХ РАНАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Ботяков А.А., Жаринов А.Ю., Артифексова А.А., Юнусова К.Э.,
Ботякова О.А., Базаров Д.И.*

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: повысить эффективность лечения больных с гнойными ранами мягких тканей путем совершенствования хирургических методов лечения.

Материал и методы: экспериментальные исследования выполнены на 52 беспородных собаках. В контроле лечение раны в гнойную фазу проводилось традиционным способом, а в опыте – при помощи программированного лаважа: на рану накладывался адаптационно-репозиционный аппарат, производилась некрэктомия, промывание раны, контроль очищения раны и созревания грануляционной ткани. Рана промывалась водным раствором хлоргексидина, затем края раны снова сводились. При переходе из гнойно-некротической фазы в фазу грануляций рана ушивалась. После наложения швов аппарат снимался. На 3, 5, 7, 9-е сутки лечения нами проводились гистологические и энзимобиохимические исследования – определялась активность в паравульнарной области следующих ферментов: сукцинатдегидрогеназы (СДГ)(Nachlas M. et al., 1957), цитохромоксидазы (ЦХО)(Oda T. et al., 1958), кислой (КФ) и щелочной фосфатаз (ЩФ)(Bessey O.A., 1946).

Результаты: очищение раны от гноя в контроле отмечено к 10-му дню, в то время как в опыте – к 5 дню. Исходный уровень СДГ в обеих группах не имел существенных различий ($0,0067 \pm 0,0008$ мг и $0,0066 \pm 0,0009$ мг·л/мин восстановленного тетразолия соответственно). В процессе лечения к 5-му дню уровень фермента возрастал в контрольной группе до $0,0094 \pm 0,0011$ мг·л/мин, в опытной – до $0,0146 \pm 0,0016$ мг·л/мин. В гнойно-некротическую фазу в обеих группах изначально выявлен низкий уровень ЦХО – $0,0027 \pm 0,0004$ мг·л/мин восстановленного неотетразолия в контрольной группе и $0,0028 \pm 0,0005$ мг·л/мин в опытной. В дальнейшем динамика изменения активности ЦХО зависела от применения способа лечения раны. Уже на 3 сут в опытной группе уровень ЦХО составлял $0,0055 \pm 0,0009$ мг·л/мин, и превышал аналогичный показатель контрольной группы $0,0039 \pm 0,0007$ мг·л/мин в 1,4 раза. В дальнейшем выявленные различия сохранялись. Исходный уровень активности КФ и ЩФ в паравульнарных тканях в гнойно-некротическую фазу в контрольной группе составил $0,38 \pm 0,05$ мг·л/мин и $2,4 \pm 0,1$ мг·л/мин восстановленного паранитрофенола. В опытной группе – $0,38 \pm 0,04$ мг·л/мин и $2,5 \pm 0,1$ мг·л/мин соответственно ($p > 0,05$). При переходе в фазу регенерации активность КФ в контрольной группе составила $1,28 \pm 0,10$ мг·л/мин, а в опытной – $1,29 \pm 0,07$ мг·л/мин. Активность ЩФ в обеих группах снижалась и на 9 сутки в контрольной группе составила $1,038 \pm 0,122$ мг·л/мин, а в опытной группе на 5 сутки – $1,675 \pm 0,131$ мг·л/мин ($p < 0,05$). Гистологически на 3 сутки после традиционного лечения в краях раневого дефекта формировались обширные участки некроза с наличием микробной контаминации, со значительной воспалительной реакцией в окружающих тканях в виде лейкоцитарной инфильтрации с большим

содержанием нейтрофильных лейкоцитов на фоне резких расстройств кровообращения – полнокровия, отека, участков кровоизлияний. При использовании аппарата на 3 сутки участки некроза с колониями микробов отсутствовали, отмечалась слабая лейкоцитарная инфильтрация и единичные кровоизлияния.

Выводы: разработанный нами способ лечения гнойных ран позволяет эффективно купировать гнойно-воспалительный процесс, нормализовать окислительно-восстановительные процессы в паравульнарных тканях и способствует более быстрому переходу дегенеративно-воспалительной фазы в фазу регенеративную.

ВНУТРИКОСТНАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сторч Н.Н., Бородин И.А., Зеленский А.А., Гвоздик В.В.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ

Произведен ретроспективный анализ 62 историй болезни больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей кисти, предплечья, голени и стопы, которым проводилось внутрикостное введение лекарственных препаратов. Внутрикостное введение препаратов у больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей вышеуказанных сегментов конечностей использовали для обезболивания и подведения лекарственных веществ непосредственно к очагу поражения. Это давало возможность значительно увеличить концентрацию лекарственных препаратов в зоне патологии и сохранить её в течение определённого времени. В большинстве случаев внутрикостное введение было использовано для анестезии зоны воспаления, а в 56 случаях к раствору добавляли антибиотик. С целью пролонгации действия анестетических препаратов и антибиотиков к используемому раствору добавляли коллоидные препараты типа полиглюкина (45 случаев). В этом случае действие препаратов в зоне воспаления пролонгировалось в течение 10–12 часов. Во всех случаях перед введением препаратов максимально обескровливали сегмент конечности и накладывали жгут как можно ближе к очагу воспаления. Для внутрикостных инъекций использовали обычную иглу применяемую для этих целей. В зависимости от тяжести воспалительного процесса внутрикостно введенную иглу оставляли на 4–5 суток, со строгим соблюдением правил асептики и антисептики. Это давало возможность выполнять перевязки и этапные хирургические обработки гнойной раны, опять-таки, при адекватном обезболивании и оптимальным методом подведения антибиотиков к очагу воспаления.

В 10 случаях у больных была диагностирована серозно-инфильтративная фаза воспаления и у 52 – гнойная. Так, при наличии воспалительного очага в области кисти лекарственные препараты вводили в головку лучевой кости. Для обезболивания этой зоны использовали 30–40 мл 0,5% раствора новокаина (23 случая). При локализации патологического очага в области предплечья использовали 50–60 мл 0,5% раствора новокаина (3 больных). Местом введения был локтевой отросток. Область голени обезболивалась введением 100–120 мл 0,5% раствора новокаина в мышелок бедренной кости или бугристую большеберцовую кости, стопы – в боковую поверхность пяточной кости. В последнем случае количество новокаина составляло 40–50 мл той же концентрации.

Количество вводимых антибиотиков варьировало в пределах 1-2 разовых доз. У 45 больных осуществлялась пролонгация действия препаратов за счёт вышеупомянутого добавления 5–10 мл полиглюкина в инъецируемый раствор. Первичный болевой эффект в начале введения купировали 1 мл 2% раствора лидокаина внутрикостно. Другие методы введения антибиотиков у описываемой группы больных не использовались.

По вышеуказанной методике пролечено 15 больных с панарициями, в том числе костных – 6. Флегмон и абсцессов голени – 11, предплечья – 7, стопы – 17. У 43 больных была использована гипсовая иммобилизация сегмента конечности.

При сравнительной оценке лечения воспалительных процессов вышеуказанных областей выявили, что серозно-инфильтративная форма воспаления была купирована у 8 из 10 больных, 54 больных пролечены по поводу гнойно-воспалительных заболеваний. Отмечено, что течение гнойных форм воспаления при внутрикостном введении препаратов было более благоприятным: сроки лечения сокращались, симптомы токсико-резорбтивной лихо-

радки купировались в течение первых суток, а перевязки и этапные хирургические обработки раны проводились в оптимальных условиях. У 4 больных отмечено осложнение – токсический отёк кисти от воздействия новокаина, который купировался либо самостоятельно, либо введением антигистаминных препаратов.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ОЗОНА И УФ-ЛАЗЕРА НА МИКРОФЛОРУ ГНОЙНОЙ РАНЫ

Назаров Е.А., Фокин И.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Для изучения бактерицидного действия озона на микрофлору гнойной раны, а также выявления терапевтических возможностей и расширения представления о механизмах комбинированного действия озона и УФ-лазера, проводились опыты *in vitro* путем посева 0,1 мл. суточных бульонных культур микроорганизмов *Pr. vulgaris* (1×10^7 КОЕ/мл), *S. aureus* (1×10^8 колониеобразующих единиц/мл), *Ps. aeruginosa* (1×10^8 КОЕ/мл). Одновременно изучали влияние озона на ассоциации микроорганизмов *Ps. Aeruginosa* + *E. Coli*, *Ps. Aeruginosa* + *S. Aureus*, *E. Coli*. + *S. Aureus in vitro* и *in vivo*, так как эти ассоциации преобладают при гнойно-септических инфекциях.

На чашки с питательным агаром воздействовали озоном под давлением 2 мм.рт.ст. концентрацией 80, 120 мг/ч и временем экспозиции 1–5, 10, 12–16, 20 минут отдельно и в комбинации с УФ-лазером. Для этого засеянные микроорганизмами чашки помещали в полиэтиленовый пакет, куда нагнетался озон под давлением 2 мм.рт.ст., одновременно через специальный вход в пакете вводили и световод лазера, направленный в центр чашки. Мощность лазера составляла 5, 10, 15 мВт в течение 1, 3, 5 минут. После экспозиции чашки на сутки помещали в термостат при 37°C. В опытах с монокультурами установлено, что воздействие озона в течение 5–10 мин. приводило к снижению их количества в 2,1–2,5 раза, значительное же снижение выявлено при сочетанном воздействии УФ-лазера и озона в течение 14–16 мин (в 10000–100000 раз).

В посевах ассоциации кишечной палочки и стафилококка выявлено снижение числа эшерихий и стафилококков до 10^1 колониеобразующих единиц /мл; в ассоциации синегнойной палочки и стафилококка – до 10^2 КОЕ /мл; а синегнойной палочки и кишечной палочки – до 10^3 КОЕ /мл.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективном воздействии озона на ассоциации грамм-отрицательных и грамм-положительных микроорганизмов и слабое его влияние на ассоциации только грамм-отрицательных бактерий. Для комбинированного лечения озонотерапией и ультрафиолетовым лазером необходимо предварительное детальное бактериологическое обследование гнойных ран для определения в них монокультур или ассоциаций микроорганизмов. Это позволит подобрать оптимальные концентрации озона и экспозицию лазерного облучения. При ассоциациях грамм-отрицательных микроорганизмов их параметры следует увеличивать.

ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ЛИМФЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Рожков А.Г., Карандин В.И., Переходов С.Н., Домникова А.А.

ФГУ ЦВКГ им. А.А. Вишневого, г. Красногорск.

Общеизвестно, что лимфатическая система играет основную роль в накоплении и переносе токсических веществ из резорбирующих зон в кровь, поэтому детоксикация лимфы включает их поступление в кровеносное русло. Несмотря на высокую эффективность лимфосорбции в лечении больных с тяжелым эндотоксикозом, применение ее ограничено из-за высокой трудоемкости и малых объемов обрабатываемой лимфы.

Более качественный лечебный эффект достигается длительным, высокообъемным процессом детоксикации лимфы. Эта проблема решена переходом на автоматизированные способы очищения центральной лимфы с помощью первого отечественного аппарата лим-

фаультальтрации и сорбции АЛУС-02 «Новатор». Он осуществляет ультра- и лимфо-фильтрацию, лимфаферез, лимфосорбцию, сорбцию и фильтрацию асцитической жидкости, каскадную избирательную ультрафильтрацию лимфы, совмещение ультра – и (или) лимфо-фильтрации и ее сорбции, иммуносорбцию. Возможно расширение функций аппарата АЛУС-02 «Новатор» – он может работать в режиме искусственной печени (с гепатоцитами), осуществлять дозированное введение многокомпонентных лекарственных растворов (внутривенное, эндолимфатическое, внутриаортальное) и др. Принцип метода основан на создании дилуции (разведения) исходной лимфы в задаваемых режимах и в последующем многократным пропусканием ее через мембранный фильтр с удалением токсичного фильтрата. Количество циклов «отмывки» лимфы до ее реинфузии в вену определяется динамическим лабораторным контролем. Объем очищенной лимфы за курс лечения аппаратным способом составил $21,0 \pm 3,46$ литра на одного больного, тогда как при ручных методах, используемых ранее – $10,36 \pm 2,7$ литра.

Аппаратная детоксикация лимфы нами была проведена у 63 больных с послеоперационным перитонитом, у 22 больных с деструктивным панкреатитом, у 47 – с полиорганной недостаточностью и у 5 – с генерализованным сепсисом.

Таким образом, аппаратная детоксикация лимфы в корне меняет сложившееся ранее представление об этом весьма трудоемком и не всегда эффективном способе очищения организма у больных с тяжелой хирургической инфекцией, и ставит их в ряд наиболее прогрессивных современных медицинских технологий.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА

Пономаренко Г.Н.¹, Черныш А.В.¹, Волотов П.Н.²

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

² 1273 военный госпиталь МВО, г. Наро-Фоминск Московской области

Проблема лечения хронического тонзиллита (ХТ) и его осложнений сохраняет свою актуальность до настоящего времени в связи с высокой распространенностью заболевания во всех возрастных группах, в особенности у лиц молодого возраста. Развитие заболевания патогенетически связано с первичной или вторичной, местной или системной иммунной недостаточностью. К числу перспективных методов иммунокоррекции относится лазеротерапия, благодаря её противовоспалительному, иммуномодулирующему и репаративно-регенеративному действию.

Красное лазерное излучение избирательно поглощается молекулами цитохромоксидазы, цитохрома С, супероксиддисмутазы и каталазы, вызывает активацию клеточного дыхания и антиоксидантной системы ПОЛ, приводит к существенному уменьшению токсических метаболитов кислорода и свободных радикалов, находящихся в воспалительном очаге. Активация фотобиологических процессов вызывает расширение сосудов МЦР, нормализует локальный кровоток и приводит к разрешению инфильтративно-экссудативных процессов и ускорению пролиферации в очаге воспаления.

Инфракрасное лазерное излучение избирательно поглощается молекулами нуклеиновых кислот и кислорода, индуцирует репаративную регенерацию тканей и усиливает их метаболизм. Проникая вглубь тканей на 6–7 см, инфракрасное лазерное излучение активирует гемопоз, усиливает деятельность иммунокомпетентных органов и систем и приводит к активации гуморального иммунитета.

Однако, применительно к условиям развития патологии небных миндалин, возможности иммунокоррекции воздействием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) достаточно не изучены.

Цель исследования: изучить лечебные эффекты низкоинтенсивного лазерного излучения у больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ).

Материалы и методы. Обследовано 194 мужчины 18–22 лет. В группу наблюдения ($n=162$) вошли больные с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХКТ) ($n=26$), получавшие стандартную терапию и пациенты с ХДТ ($n=136$), которым проводилась: только стандартная терапия ($n=27$), сочетание стандартной терапии и ВЛОК ($n=33$) аппаратом «АЗОР-ВЛОК», сочетание стандартной терапии и чрезкожного облучения небных миндалин

и локтевых вен ($n=76$) аппаратом «РИКТА-04» на 2–4 области по стандартным методикам. Группа сравнения ($n=32$) состояла из здоровых мужчин. В работе использовались клинические, лабораторные и функциональные методы исследования. Период наблюдения составил 18 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Изменения в нёбных миндалинах во всех группах больных ХДТ встречались с одинаковой частотой. После лечения частота их значимо уменьшилась у пациентов, получавших, помимо стандартного лечения, лазеротерапевтическое воздействие. В течение всего периода наблюдения наибольший клинический эффект отмечался у больных ХДТ, которые в дополнение к стандартному курсу лечения получали транскутанное лазеротерапевтическое воздействие на область нёбных миндалин и венозную кровь.

Наименьшие функциональная активность (ФА) и функциональный резерв (ФР) нёбных миндалин (НМ) до лечения отмечены в группах больных с ХДТ. У пациентов, получавших стандартную терапию, они не повышались в течение периода наблюдения. У больных ХДТ, которые дополнительно к стандартному лечению получали ВЛОК, ФА и ФР НМ значимо повысились через год наблюдения, но через 18 месяцев этот показатель вернулся к исходному уровню. В группах больных ХДТ, где кроме стандартного лечения проводилось чрезкожное лазерное облучение только одной области, рост ФА и ФР НМ не был значимым и продолжительным. Лишь у больных ХДТ, получавших инфракрасное лазерное облучение двух областей, отмечен устойчивый значимый рост ФА и ФР НМ в течение всего периода наблюдения, которые были сопоставимы с аналогичными показателями, отмеченным в группе больных ХКТ.

Сокращение средней продолжительности лечения больных, в среднем на 2–3 суток, выявленное у пациентов, получавших стандартное лечение в комбинации с лазеротерапией, подтверждает эффективность применения НИЛИ в терапии больных ХДТ.

Преимущественным действием красного лазерного излучения на гуморальное звено иммунитета, а инфракрасного лазерного излучения – на клеточное, на наш взгляд, и объясняется более продолжительный эффект воздействия инфракрасного лазерного излучения на нёбные миндалины и кровь пациентов с ХДТ.

Вывод: включение в схемы комплексного лечения больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом чрезкожного лазерного облучения крови и нёбных миндалин является наиболее предпочтительным методом лазеротерапии данного заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ СУЛОДЕКСИДА В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА

Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Дынжинова Т.В.

Российский Государственный Медицинский Университет, Москва, Россия

Цель: изучение возможностей Сулодексида в лечении сепсиса.

Материалы и методы: обследовано 85 пациентов с сепсисом на фоне гнойных заболеваний мягких тканей. В комплексе лечения 37 пациентов основной группы был использован Сулодексид – гликозаминогликан, обладающий протективным действием на эндотелий и улучшающий реологию крови. Эффективность лечения оценивали по срокам госпитализации, летальности, частоте развития ПОН и тромбоэмболических осложнений. О системных нарушениях проницаемости и развитии «капиллярной утечки» судили по динамике содержания сывороточного альбумина. Использовались критерии определения степени риска развития тяжелого сепсиса, в соответствии с которыми в основной и контрольной группах выделены 3 категории пациентов: 1 – минимальный, 2 – средний, 3 – высокий риск развития тяжелого сепсиса.

Результаты: у больных 1 категории применение Сулодексида не приводило к достоверным улучшениям результатов лечения. У пациентов же 2 и 3 категории оно позволило добиться значимого повышения концентрации альбумина на 1–2 неделе заболевания и сократить частоту развития ПОН в 2–3 раза по сравнению с контрольной группой. Средняя продолжительность ПОН уменьшилась на 16 и 4 суток соответственно. Тяжесть ПОН в основной группе не превышала 5 баллов по шкале SOFA, тогда как в контрольной достигала 11 баллов. Летальность в контрольной группе составляла $28\pm 8\%$ у больных 2 категории и $86\pm 14\%$ у пациентов 3 категории, в основной группе летальность составляла $5\pm 5\%$ у больных 2 категории, среди пациентов 3 категории летальных исходов не было. Средний срок госпитализа-

ции у выздоровевших пациентов сократился на 10 суток. Существенно снизилась частота развития гиперкоагуляционного синдрома и тромбоцитопении. Тромбоэмболические осложнения при применении Сулодексида отсутствовали, тогда как в контрольной группе они были зарегистрированы у 3 больных.

Выводы: назначение Сулодексида показано пациентам 2 и 3 категории риска развития тяжелого сепсиса. Оно позволяет быстрее купировать синдром «капиллярной утечки», значительно снизить частоту развития, выраженность и продолжительность ПОН, уменьшить летальность и сроки госпитализации. Препарат хорошо переносится пациентами, однако из-за антикоагулянтного действия должен применяться при сепсисе только под контролем коагулограммы.

ВЫБОР КОНЦЕНТРАЦИИ ЛИДОКАИНА ПРИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Оруджева С.А., Коряков И.А.

ГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН, Москва, Россия.

Токсическое влияние анестетика на нерв определяется концентрацией применяемого раствора анестетика (при неизменном объеме). Достижение моторной блокады нерва при диабетической миелоаксонопатии обеспечивается меньшей концентрацией анестетика по сравнению с проводниковой анестезией пациентов без нейропатии, соответственно, и токсическое действие анестетика может проявиться при меньшей концентрации лидокаина.

Цель исследования – определить минимальную концентрацию анестетика для эффективной блокады периферического нерва.

Материалы и методы. Анестезия седалищного нерва выполнена у 90 больных в возрасте от 40 до 83 лет с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. Из них мужчин – 48, женщин – 42. Все пациенты страдали ИБС и гипертонической болезнью. По классу физического состояния ASA 56% относились к IV и V классам. В зависимости от скорости проведения импульса (СПИ) по *n.peroneus*, определенной методом стимуляционной электромиографии применяли 1,5%, 1,3%, 1%, 0,75%, 0,5% растворы лидокаина, при одинаковом объеме раствора (30 мл).

Результаты. Выявлено, что эффективная анестезия при СПИ больше 40 м/с, достигается 1,5% раствором лидокаина. Применение 1,5% раствора лидокаина при уменьшении СПИ до 35 м/с приводило (у пациентов старше 70 лет) к развитию признаков системной токсичности. Использование при этих значениях СПИ 1,3% раствора обеспечивает хорошее качество анестезии и отсутствие признаков системной токсичности лидокаина. Применение 1% раствора лидокаина при СПИ меньше 35 м/с, обеспечивало моторный блок, без токсических реакций лидокаина. Применение 0,75% и 0,5% растворов лидокаина при СПИ соответственно менее 30 и 20 м/с сопровождалось не эффективной анестезией (отсутствие моторного блока). Исследование СПИ по *n.peroneus* через сутки после выполнения проводниковой анестезии не выявило уменьшения показателя СПИ, что свидетельствовало об отсутствии отрицательного влияния проводниковой анестезии на состояние периферического нерва у пациентов с полинейропатией.

Заключение. Концентрация лидокаина при проводниковой анестезии седалищного нерва зависит от степени дистальной диабетической нейропатии: при СПИ больше 40 м/с необходимо применять 1,5%, при СПИ от 35 до 40 м/с – 1,3%, при СПИ меньше 35 м/с – 1% раствор лидокаина. Рекомендуемые концентрации лидокаина не увеличивают исходный неврологический дефицит больных с диабетической дистальной нейропатией.

ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Анчиков Г.Ю.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов комплексного хирургического лечения варикотромбофлебита (ВТФ) нижних конечностей.

Материал и методы: клиническую группу составили 56 пациентов с ВТФ (40 женщин и 16 мужчин женщины в возрасте от 30 до 64 лет), поступивших в 61 ГКБ г.Москвы за период с ноября 2005 г. по март 2006 г. Оперативное вмешательство во всех случаях носило радикальный характер. На завершающем этапе операции выполнялась эндовазальная лазерная коагуляция несостоятельного ствола БПВ (диодная установка «Лазермед 1-25»). Высокоинтенсивное лазерное излучение вызывало термическое повреждение венозного эндотелия с последующей тромботической окклюзией сосуда и трансформацией его в соединительнотканый тяж. В послеоперационном периоде, наряду с общепринятым лечением, зону ВТФ и область операционных ран ежедневно обрабатывали низкоэнергетическим воздушно-плазменным потоком в режиме NO-терапии (аппарат «Плазон»).

Результаты: Уже на 2,1±0,5 сутки послеоперационного периода на фоне NO-терапии отмечен существенный регресс клинических проявлений ВТФ – уменьшение гиперемии инфильтрации, пальпаторной болезненности. При контрольном дуплексном сканировании на фоне плазменной стимуляции на 3,5±1,0 сутки отмечены признаки ускоренной организации тромботических масс с изменением их эхо-структуры. Просвет ствола БПВ после лазерной коагуляции не прокрашивался в режиме цветового картирования, а к моменту выписки вена с трудом визуализировалась в подкожной клетчатке в виде плотного шнура. В послеоперационном периоде был отмечен ряд побочных эффектов лазерной коагуляции: появление экхимозов (8,9%), умеренно выраженная гиперпигментация и инфильтрация в проекции ствола БПВ (16,01%), что обусловлено неправильным подбором мощности лазерной энергии на этапе освоения методики. Все они носили временный характер, и не требовали дополнительного лечения. При анализе динамической коагулографии не выявлено достоверных различий ее показателей

Выводы: представленные в работе комбинированные высокотехнологические методы лечения при ВТФ следует считать эффективными и безопасными.

ГАЗОВАЯ ХРОМАТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ

*Лапин А.Ю.¹, Буткевич А.Ц.¹, Истратов В.Г.³,
Парфенов Г.И.², Богданов С.Н.²*

¹ Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России,

² Главный клинический военный госпиталь ФСБ России,

³ НИИ хирургии им. А.В.Вишневского РАМН

Цель: определить с помощью метода газожидкостной хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) продукты распада тканей и метаболиты анаэробной микрофлоры в периферической крови больных деструктивным панкреатитом, что при наличии их определенного уровня является маркером объема деструкции и выраженности воспалительного процесса в очагах панкреонекроза.

Материалы и методы: методом ГХ-МС определены летучие жирные кислоты (ЛЖК) и токсические метаболиты (ТМ) группы фенолов и крезолов, фенолкарбоновых и оксифенолкарбоновых кислот, ди- и полиаминов, ароматических аминов и фрагментов аминокислот, а также высших жирных кислот у 41 оперированного больного с инфицированным панкреонекрозом (ИПН); у 37 из них было поражение брюшинной клетчатки. У 27 больных ИПН отмечено постепенное очищение брюшинного пространства и поджелудочной железы (ПЖ) от некрозов и выздоровление – эти пациенты отнесены нами в группу благоприятного течения раневого процесса. У 14 пациентов с ИПН раневой процесс носил неблагоприятный характер и окончился летальным исходом.

Выводы: 1. Выявление методом ГХ-МС в периферической крови больных панкреатитом уровня ди-, полиаминов и ароматических аминов, являющиеся маркерами распада тканей (белковых структур) от 0,08 до 0,18 ммоль/л свидетельствует об обширном некрозе в ПЖ и является дифференциально-диагностическим критерием. 2. Нами выявлены четыре уровня концентрации метаболитов жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов – летучих жирных кислот (ЛЖК): первый уровень – от 0,001 до 0,10 ммоль/л; второй уровень – от 0,10 до 0,15 ммоль/л; третий уровень – от 0,15 до 1,00 ммоль/л; четвертый уровень – свыше 1,00 ммоль/л.

Выявление методом ГХ-МС в периферической крови концентрации ЛЖК от 0,10 ммоль/л до 1,00 ммоль/л показывает степень интоксикации в связи с активным развитием АНИ в очагах панкреатической деструкции и, в сочетании с другими критериями, может служить показанием к оперативному лечению.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ СТЕЖКА ШВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ИХ УШИВАНИЯ

*Ботяков А.А., Жаринов А.Ю., Артифексова А.А., Юнусова К.Э.,
Ботякова О.А., Базаров Д.И.*

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: в эксперименте на основе углубленного изучения морфофункционального состояния регенерирующих структур соединения краев гранулирующих ран выбрать наиболее надежные способы их ушивания.

Материал и методы: в контрольной группе применялся традиционный способ ушивания, в основной – аппаратный. Предлагаемый способ закрытия гранулирующей раны заключается в следующем: параллельно краям раны проводятся 2 спицы таким образом, чтобы концы спиц выступали над кожей. После чего поочередно на спицы накладываются пластины и зажимаются при помощи винтовых фиксаторов. Выступающие концы пластин помещаются в гнезда цилиндрической формы реечно-винтового привода и крепятся посредством винтовых фиксаторов. Вращением ручки сближаются края раны. В каждой группе в зависимости от объема захватываемых тканей – 3, 5, 10, 15 мм – выделены соответственно 4 серии. На 3-и сутки после ушивания гранулирующей раны нами производился забор материала для гистологического и ранотензиометрического исследований.

Результаты: ранотензиометрические исследования показали, что напряжение разрыва рубца послеоперационной раны, ушитой аппаратным способом, в 1-й серии больше в 2,6 раза по сравнению с контрольной раной, а во 2-й, 3-й и 4-й сериях соответственно больше в 3,9; 3,1 и 2,6 раза. Наибольшая прочность рубца отмечена во 2-й серии, как в опытной, так и в контрольной группах животных. Состояние рубца по данным гистологического исследования соответствовало результатам, полученным с помощью тензиометрии. Некроз формировался преимущественно вокруг шовного материала, причем степень его нарастала при значительном сдвигании тканей и их прорезывании, что более всего наблюдалось в контрольной и опытной группах при расстоянии от раны до нитей в 3 мм. Сдвигание тканей сопровождалось циркуляторными расстройствами – разрывом сосудов и кровоизлияниями, сдавливанием сосудов и небольшими участками некроза, что более выражено в контрольной серии. Значительная степень травматизации при смещении тканей и наличие ишемии паравульнарных тканей, очевидно, замедляет процесс заживления с образованием соединительной ткани. Напротив, использование аппарата при наложении швов, особенно при расстоянии от раны в 5 мм, свело к минимуму формирование некроза вокруг шовного материала и практически нивелировало микроциркуляторные расстройства с ишемией в окружающих тканях.

Выводы: ушивание гранулирующих ран мягких тканей целесообразно производить после предварительного сопоставления их краев с помощью адаптивно-репозиционного аппарата; оптимальным отступом от краев раны при наложении швов с использованием аппаратного способа следует считать 5–10 мм.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*Павлов М.Ю., Исаев В.В., Щекочихин А.В., Новожилов А.А.,
Сухоруков А.Л., Погосов Н.В., Снегур А.В.*

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, г. Москва

Механизм повреждений, вызываемый различными видами огнестрельного оружия общеизвестен и сводится к изначально высокой кинетической энергии ранящего снаряда с формированием временной пульсирующей полости по ходу раневого канала, обширных зон некроза.

Одним из грозных поздних осложнений, развивающихся после огнестрельных ранениях малого таза, является формирование мочевого флегмона, обуславливающую особую тяжесть течения раневого процесса и, подчас, являющиеся причиной смерти. Теми развития мочевого затеков и флегмон в значительной степени обусловлен размерами топографией ран мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. По мере изливания мочи через рану происходит пропитывание тазовой клетчатки с образованием отдельных полостей и карманов. Мочевой затек большей частью развивается в течение первых суток с момента ранения. В этот период моча как правило стерильна и в последующем инфицируется. Вслед за образованием мочевого затека происходит некроз и гнойно-гнилостное расплавление клетчатки. Она приобретает грязно-серый, нередко почти черный цвет, издает запах разлагающейся мочи. Обширные участки омертвевшей клетчатки подвергаются секвестрации, в них выпадают фосфаты. Нередко флегмона возникает и в стенке мочевого пузыря. Брюшина в зоне флегмоны отслаивается. При пропитывании мочей клетчаточных пространств, которые по ходу раневого канала нередко разрушаются на значительном протяжении, быстро развивается так называемая флегмона малого таза.

При ранениях задней стенки мочевого пузыря флегмона может развиваться в пределах подбрюшинного клетчаточного пространства, т.е. между задней фасцией мочевого пузыря и брюшиной, а также распространяется на клетчаточное пространство семенных пузырьков. В связи с нагноением в пределах висцерального пространства семенных пузырьков возможно распространение процесса по ходу семявыносящего протока в паховый канал и на мошонку.

Через боковую стенку вместилища семенных пузырьков гнойный процесс может распространяться на пристеночную тазовую клетчатку. Возможен и обратный путь – нагноение в области мошонки восходит вдоль семявыносящего протока к паховому каналу в клетчаточное пространство семенных пузырьков. Из их вместилища гнойный процесс может распространиться по задней стенке мочевого пузыря, выйти в подбрюшинное пространство мочевого пузыря.

При огнестрельном повреждении предстательной железы и последующем ее нагноении происходит расплавление самой железы, клетчатки и собственной фасции с прорывом гноя в простатическую часть мочеиспускательного канала или через переднюю стенку сумки простаты в позадилобковую ямку и предпузырное клетчаточное пространство с развитием предпузырной флегмоны. Через заднюю стенку собственной фасции простаты гнойный процесс может перейти на передний отдел висцерального пространства прямой кишки. Наконец, через верхнюю стенку сумки предстательной железы возможно распространение гнойного процесса на вместилище семенных пузырьков.

Вот почему понятие о путях распространения патологического процесса, а так же знание топографической анатомии чрезвычайно важно для военного врача. И лишь неукоснительное соблюдение основных требований военно-полевой хирургии, использование адекватных методов лечения, рациональной техники оперативных вмешательств, методов интенсивной терапии в до-, и послеоперационных периодах способствует улучшению исходов этой тяжелой огнестрельной травмы.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

*Гвасалия И.Р., Отарашвили А.Л., Магалашвили Г.Э.,
Кинцурашвили М. Т., Харчилава Г.Г.*

4-ая клиническая больница, отделение нейрореанимации, Тбилиси, Грузия.

Цель: определение частоты ВАП (вентилятор-ассоциированная пневмония) в реанимации нейрохирургического профиля, выявление наиболее частых возбудителей инфекции и разработка рациональных методов профилактики и лечения ВАП с учетом специфики данного отделения.

Материалы и методы: Нами исследовано 58 больных с ВАП, которые находились на лечении в нейрореанимационном отделении с различными поражениями ЦНС. Диагноз ВАП ставился на основании клиничко-лабораторно-рентгенологических данных: лихорадка (температура тела $> 38,3^{\circ}\text{C}$); аускультативные данные, характерные для пневмонии; лейкоцитоз ($> 10 \cdot 10^9/\text{л}$); рентгенологические признаки легочной инфильтрации; гнойный характер трахеобронхиального секрета; выделение культуры возбудителя из бронхиального секрета или из плевральной жидкости. Для микробиологических исследований использовался забор материала инвазивными методами (бронхоальвеолярный лаваж – БАЛ, мини-БАЛ).

Результаты: количество ВАП в нейрореанимации нашей клиники колеблется в пределах 17%. Наиболее частыми возбудителями ВАП являются: *s.aureus* – 28%, *p.aeruginosa* – 28%, *acinetobacter spp.* – 15%, *klebsiella spp.* – 8%, *s.spp.* – 11%, *proteus spp.* – 7%, *enterococcus spp.* – 3%. В 80% случаев выделялся не один микроорганизм, а ассоциация из двух или трех микробов.

Обсуждения и выводы: тщательный анализ бактериологических данных в сочетании с клиническими и лабораторными признаками развития болезни позволил разработать методику радикальной эмпирической антибиотикотерапии, которая предусматривает: неотложное начало лечения при первых признаках ВАП. Учитывая тяжелое состояние больного, за счет основной патологии (поражение ЦНС) и предполагаемую полимикробную колонизацию инфекции, предпочтение отдается комбинированной терапии из 2-х или 3-х антибиотиков, с учетом предполагаемых возбудителей и их региональной резистентности к антибиотикам. Используются максимальные терапевтические дозы антибиотиков и исключительно в/в путь введения. Оценка результатов антибиотикотерапии осуществляется через 48 часов после начала лечения с учетом клиническо-лабораторных признаков. Последующая антибиотикотерапия основывается на результатах бактериологического исследования.

ДЕ-ЭСКАЛАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАРБАПЕНЕМАМИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Гаврилин С.В., Насруллаев А.М.

ВМед.А Санкт-Петербург, г. Наро-Фоминск 1273 военный госпиталь МВО

Режим де-эскалации («снижения») применяют при угрожающих инфекциях, когда лечение начинают с применения антибиотиков широкого спектра действия.

Цель работы: Определение показаний для проведения де-эскалационной терапии у пострадавших с тяжелой травмой.

Основные задачи: Выявить группы пострадавших с высоким риском развития тяжелых форм инфекционных осложнений травм. Провести анализ спектра чувствительности и резистентности к антибиотикам.

Практическая значимость: Учитывая микробный спектр, высеваемый из биологических сред (бронхи, инфицированные раны, кровь), а также тяжесть состояния пострадавших, с позиции эпидемиологии ГИ ОРИТ, фармакодинамических данных и результатов отдельных клинических исследований, наиболее подходящими препаратами для де-эскалационной терапии у пострадавших, являются карбапенемы.

Материалы и методы исследования: В соответствии с целями и задачами исследования реализация их осуществлялась анализом историй болезни пострадавших с тяжелой трав-

мой, лечившихся в ОРИТ клиники военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в период с 2001 по 2004 гг. за 15 суток лечения. Регистрация признаков производилась в динамике за 15 суток лечения в отделении интенсивной терапии и реанимации. Для объективной оценки тяжести повреждений при поступлении использовались шкалы тяжести повреждения ВПХ-П (МТ), тяжести состояния пострадавших ВПХ-СП, тяжести состояния пострадавших в процессе лечения ВПХ-СГ, являющиеся общепринятыми в клинике военно-полевой хирургии и рекомендованных для практического использования в лечебных учреждениях МО РФ в Указаниях по военно-полевой хирургии.

Результаты исследования: В результате проведенного анализа пострадавшие были разделены на две группы: 1-группа, которым проводилась де-эскалационная терапия с 1-4-х суток, 2-группа – не отличающиеся от 1 группы, де-эскалационная терапия тиенамом проводилась с 5-х суток, критерием назначения которого явилась оценка тяжести пострадавшего, анализа клинико-лабораторных данных и характера инфекционных осложнений (перед назначением тиенама с 1-х суток проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами, аминогликозидами и др.). Пострадавшие находившихся на лечении в ОРИТ ВПХ 2001–2004. Возраст пациентов составил от 18 до 70 лет (средний возраст $46,4 \pm 0,7$ года). Всем пациентам терапию карбапенемами проводили в течение 5–10-ти дневного курса с ежедневной дозой 2–4 г в сутки, для препарата суточная доза ниже 2 г является клинически неэффективной и применение препаратов в меньшей дозе приводит к нежелательным результатам. Кратность введения составляла 4 раза в сутки в виде внутривенной инфузии и/или медленной внутривенной инъекции. Эффективность антибиотикотерапии оценивали по интегральной оценке тяжести травм ВПХ (в баллах), общему лейкоцитозу, палочкоядерному сдвигу, динамике рентгенологической картины легких, температурной реакции. Побочное действие препаратов из группы карбапенемов определяли по динамике почечных и печеночных показателей, уровню эозинофилов и проявлению аллергических реакций, неврологической симптоматике (судорожный синдром), проявлению симптомов дисбактериоза. Кроме того, нами были выполнены бактериологические исследования. В качестве материала для посева использовали венозную и артериальную кровь, смывы секрета из трахеобронхиального дерева, отделяемое из ран, спинномозговую жидкость, отделяемое из брюшной и плевральной полостей. Проблема рациональной антибиотикотерапии, основанной на данных бактериологических исследований, состоит в выявлении наиболее часто встречающихся патогенов, при конкретных заболеваниях и в конкретном стационаре, как грамположительных, так и грамотрицательных. Ведущим патогеном для ОРИТ ВПХ ВМед.А им. Кирова среди грамотрицательных: *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*; грамположительных: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococci*, *Enterococci*, *Streptococci*. Бактериологические исследования, наиболее информативным (92%) является посев из трахеобронхиального дерева, менее информативны – посева крови и венозных катетеров. Как видно из результатов исследования в 1-группе тиенам применяли эмпирически, где отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей уже на 4-5-е сутки, частота не инфекционных осложнений (неблагоприятное течение травматической болезни, травма, не совместимая с жизнью, летальный исход составил 34,7%, от общего числа летальных исходов), инфекционные висцеральные осложнения (гнойный трахеобронхит, пневмония, местный перитонит и.т.д., составил 35,6%), генерализованные инфекционные осложнения (сепсис, ССН, ОПН составила 19,4%). Во 2-группе назначение тиенама осуществлялась по результатам чувствительности к антибактериальным препаратам, частота инфекционных висцеральных осложнений (гнойный трахеобронхит, пневмония, местный перитонит и.т.д., составила 64,4%), генерализованные осложнения (80%), летальность в этой группе (Сепсис, ПОН) составила 64,3% от общего числа.

Вывод: Для проведения принципа де-эскалационной терапии существуют определенные показания:

1. Де-эскалационная терапия эффективна, так как в меньшей степени развивается процент(%) инфекционных осложнений.
2. Критерием назначения де-эскалационной терапии явились не только инфекционные осложнения, но и тяжесть состояния и повреждения (оценка шкал ВПХ).
3. Назначения антибиотиков широкого спектра (цефалоспоринов, аминогликозидов и др.) в первые сутки, по-видимому, неэффективны, так как очень высок процент(%) инфекционных осложнений и развития к этим антибиотикам резистентности (на основе полученных данных.).

4. Основным критерием выбора антибиотиков на этапе эмпирической терапии должно быть стремление к этиотропности, необходим анализ локальных данных и бактериальный мониторинг по чувствительности возбудителей госпитальной инфекции в конкретном отделении, анализ нозологической структуре пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Бондаренко Л.П., Розанов В.Е., Болотников А.И.

Кафедра хирургии ГИУВ МО РФ, клиническая больница №123 ФМБА России

Цель. Обосновать лечебную тактику перитонита у пострадавших беременных женщин, позволяющую ликвидировать перитонит и сохранить беременность.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 беременных женщин с перитонитом, обусловленным повреждениями полых органов живота, средний возраст которых составил $21,5 \pm 1,7$ лет. Тяжесть повреждений живота по РАТI составила $13,9 \pm 1,3$ баллов. Тяжесть перитонита по МИП – $21,8 \pm 1,7$ баллов. Пострадавшие поступали через $38,5 \pm 1,7$ минут после травмы. В первом триместре беременности находилось 12 женщин, во втором – 10, в третьем – 7.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечебный алгоритм предусматривал программу борьбы с перитонитом с учетом возможности сохранения беременности. Направления лечебного воздействия объединяли две группы мероприятий: 1) этиотропные: устранение источника перитонита; интраоперационная санация брюшины озонированным физиологическим раствором; декомпрессия тонкой кишки с лаважем, энтеросорбцией (энтеродез, полифепан, микросорб II, полисорб, хитозан) и последующей зондовой коррекцией энтеральной среды; регионарная стимуляция мезентериального кровотока; 2) патогенетические: инфузионная терапия с включением средств, направленных на сохранение беременности, профилактику фетоплацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода (эмоксипин, метацин, витамин Е,С, но-шпа, 5% р-р кокарбоксылазы, гинипрал, трентал, эссенциале); стимуляция, либо временное протезирование важнейших систем организма методами экстракорпоральной гемокоррекции, сочетающими детоксикацию (гемосорбция, плазмаферез) и иммуномодуляцию (ксенобиоперфузия).

Коррекцию повреждений полых органов осуществляли «традиционными» методами с применением для шва синтетических рассасывающихся нитей (дексон, полисорб) с герметизацией линии швов пластиной «ТахоКомб», а в случаях резекции органа – были использованы различные аппараты для наложения механического шва. Несостоятельности швов не отмечено.

Промывание брюшной полости осуществляли озонированным физиологическим раствором (ОФР) в концентрации 4 мг/л, а также проводили струйную обработку висцеральных покровов, включая матку.

В последующие 2–4 дней промывание брюшной полости ОФР осуществляли через лапароскопическую фистулу с экспозицией 30–40 минут и последующим пассивным удалением жидкости из брюшной полости. Осуществляли также парентеральное введение по 400 мл в день ОФР в концентрации 800 мкг/л в течение 2 дней. Учитывая бактерицидную активность озона, мы отказались от использования антибактериальных средств, т. к. многие из них противопоказаны у беременных из-за их тератогенного или эмбриотоксического действия.

С целью улучшения кровоснабжения кишечника, профилактики и лечения послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта, стимуляции процессов репаративной регенерации в области сформированных анастомозов осуществляли стимуляцию мезентериального кровотока, заключающуюся в катетеризации через контрапертуру забрюшинным доступом корня брыжейки тонкой кишки силиконовым катетером 0,8 мм в диаметре. В катетер со скоростью 30 капель в минуту вводили фармакологическую композицию состоящую из 400,0 мл р-ра «Мафусол», даларгина (100 мкг/кг) и актовегина (2,8 мг/кг) массы тела. Процедуру повторяли 2 раза в сутки на протяжении от 3 до 5 дней. Через тот же катетер осуществляли блокаду забрюшинного пространства 0,125% р-ром новокаина в количестве 200 мл в течение 3 сут. после операции, что способствовало снижению возбудимости матки и тем самым сохранению беременности.

Заключение. Предложенная тактика лечения травматического перитонита позволила сохранить у всех женщин жизнь и беременность.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Литовченко Г.Я., Урсов С.В., Лысенко М.В.,
Грицюк А.М., Стариков В.Л.*

Главный Военный Клинический Госпиталь им. Н.Н. Бурденко, г. Москва

Основу работы составили материалы, полученные при обследовании и лечении 830 больных с острым панкреатитом, лечившихся в ГВКГ в период с 1995 по 2005 гг. Всех больных ОП, находящихся под нашим наблюдением, мы разделили на 3 клинико-морфологических группы:

1. Очаговый панкреонекроз представлен 81 больным – 9,8%:

Масштаб первоначального поражения ПЖ не превышает 30%; некроз смешанный с преобладанием жирового компонента; структурные изменения распространяются на дольки, междольковые протоки, межзачаточную ткань; процесс деструкции выходит за пределы ПЖ, распространяясь на парапанкреатическую клетчатку.

Трансформация некроза может идти по 3 направлениям:

Исход в фиброз; формирование ложной кисты; формирование абсцесса.

Основными методами верификации диагноза с учетом клинико-лабораторных данных являются УЗИ, КТ, лапароскопия.

УЗИ признаки очагового ПН: увеличение размеров одного из анатомических отделов железы, потеря четкости границ железы, появление эконегативных участков < 24 ед. уровень эхосигнала, инфильтрация парапанкреатической клетчатки; появление жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости; усиление максимальной систолической, снижение конечной диастолической скорости в крупных сосудах, окружающих железу.

КТ признаки: изменения на КТ с контрастным усилением соответствуют 3 баллам по шкале Балтазар.

Лапароскопия позволяет выделить косвенные признаки очагового панкреонекроза: выпот в брюшной полости от светло-желтого до геморрагического оттенка (500–700 мл); стекловидный отек брюшины и ее связочного аппарата; выбухание малого сальника; очаги стеатонекроза, количество которых увеличивается ближе к очагу некроза;

– увеличенный и напряженный желчный пузырь у больных с преимущественным поражением головки ПЖ – 59,2%.

Для больных очаговым панкреонекрозом оптимальным вариантом лечения является интенсивная терапия с селективным в/а введением лекарственных препаратов в комплексе с методами малоинвазивной хирургии (лечебно-диагностическая лапароскопия, пункция жидкостных образований под контролем УЗИ и КТ).

2. Массивный панкреонекроз – 56 больных – 6,7%: первоначальный масштаб поражения ткани ПЖ от 30 до 60%, морфологическая основа – смешанный ПН с преобладанием геморрагического, деструкция распространяется на забрюшинную клетчатку и органы, окружающие железу, процесс имеет фазовый характер, трансформируясь в РСВО.

Для массивного ПН характерны распространенные тяжелые гнойные осложнения; гнойный парапанкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, перитонит, панкреатогенный сепсис.

УЗИ-признаки массивного ПН: полиморфизм уровней эхосигнала от 12 до 45, в очагах некроза появляются аваскулярные зоны, оттеснение и деформация, экстравазальная компрессия окружающих железу сосудов, турбулентный характер кровотока в крупных сосудах вокруг железы, снижение уровня эхосигнала в парапанкреатической клетчатке.

КТ-признаки массивного ПН: изменения, выявленные при КТ-исследовании при массивном ПН оцениваются в 4 балла по шкале Балтазар.

Лечебная программа при массивном панкреонекрозе включает в себя 3 направления:

1. многоцелевая интенсивная терапия (предоперационная подготовка);
2. оперативное вмешательство;
3. послеоперационная интенсивная терапия и реабилитация.

Многоцелевая интенсивная терапия (предоперационная подготовка) проводится в таком же объеме, как и при очаговом панкреонекрозе.

Приоритетной задачей предоперационной подготовки является сдерживание развития инфекции в некротических очагах до завершения процессов демаркации и секвестрации (12–14-е сутки), период времени когда секвестрация уже завершена и еще нет явных признаков инфицирования панкреонекроза.

Наиболее эффективной при массивном панкреонекрозе зарекомендовала операция в объеме некрсеквестрэктомии.

При условии завершившейся секвестрации некрсеквестрэктомия носит исчерпывающий характер, что позволяет закончить операцию закрытым дренированием гнойно-некротических полостей многоканальными дренажами и осуществлять в последующем проточно-аспирационное лечение.

Обязательным элементом операции является установка полифункционального зонда в начальные отделы тощей кишки для проведения кишечного лаважа, энтеросорбции и раннего энтерального питания.

3. Тотально-субтотальный панкреонекроз – 24 пациента – 2,9%.

Масштаб поражения поджелудочной железы превышает 60 %, морфологическая основа – геморрагический колликвационный тип некроза, процесс развивается молниеносно (часы), деструкция распространяется на забрюшинную клетчатку, органы забрюшинного пространства и брюшной полости, опосредованно вовлекая в патологический процесс все органы и системы организма. У всех больных запредельная эндогенная интоксикация, проявляющаяся панкреатогенным шоком, развивается склонность к раннему инфицированию некротических тканей (3–6 сутки), рефрактерность к консервативной терапии.

Диагностика – яркая клиническая картина панкреатогенного шока.

Состояние больных крайне тяжелое и оценивается по шкале Ranson в 9–11 баллов, а по шкале APACHE-II – 17–20 баллов.

УЗИ-признаки: зачастую верхний этаж брюшной полости представлен эхонеоднородной зоной, исключающей дифференцировку границ органов и крупных сосудов. Полисерозит.

КТ-изменения на компьютерных томограммах оцениваются в 5 баллов по шкале E. Balthazar

Лапароскопическая картина: жидкость в брюшной полости 1,5–2,0 л цвета «мясных помоев» с высоким уровнем диастазы, отек и геморрагическая имбибция париетальной и висцеральной брюшины (брюшина в виде темного плаща).

Лечение больных тотально-субтотальным панкреонекрозом.

Весь арсенал многоцелевой терапии, в комплексе с методами малоинвазивной хирургии, был направлен на выведение больных из панкреатогенного шока, стабилизацию функций органов и систем и профилактику генерализации инфекции.

Учитывая запредельную интоксикацию, вызывающую нарушение функций системы лимфообразования и лимфооттока в комплексе интенсивной терапии, мы использовали метод проточного дренирования грудного лимфатического протока и эндолимфатическое введение лекарственных препаратов.

Проводимая интенсивная терапия давала короткий выигрыш во времени и без широкого вскрытия и дренирования клетчаточных пространств парапанкреатической и забрюшинной клетчатки была неэффективной (по результатам контрольной группы).

Считаем, что единственным методом, позволяющим остановить развитие патологического процесса и спасти жизнь больного, является ранняя операция в сроки 48–72 часа.

Объем операции:

- мобилизация поджелудочной железы;
- широкое вскрытие и санация забрюшинного пространства;
- дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости трехпросветными дренажами;
- формирование бурсооментостомы для последующих программируемых санаций.

При благоприятном течении процесса требовалось 4-5 плановых санаций через 48–72 часа.

Программа ведения послеоперационного периода была такой же, как у больных с массивным панкреонекрозом.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Степнов А.А., Кильдяшов А.В., Чурсин В.В., Глуцкий С.А.,
Карабач В.В., Балалыкин А.С.*

150 ЦВГ КВ, Краснознаменск

Цель – оценить возможности и эффективность лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных инфекционных осложнений.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 117 больных, которым в послеоперационном периоде выполняли видеولاпароскопию по поводу развившихся инфек-

ционных осложнений. После традиционных хирургических операций она была выполнена в 36 (30,9%) случаев, после лапароскопических – в 81 (69,2%). Показаниями к лапароскопии явились: перитонит у 105 больных, желчеистечение – у 12 (10,2%).

Результаты исследования и их обсуждение. Техническими особенностями послеоперационной лапароскопии являются: 1 – пневмоперитонеум накладывается либо через дренажи, либо через гильзу для динамической лапароскопии; 2 – ревизия брюшной полости производится классически с осмотром всех отделов брюшной полости и изменением положения операционного стола для осмотра поддиафрагмальных пространств и подпеченочного пространства, полости малого таза; 3 – первый троакар (лапароскоп) вводится либо в типичном месте около пупка, либо в зависимости от клинической ситуации; 4 – оперативное воздействие (характер, объем) определяется по результатам ревизии брюшной полости; 5 – операция завершается обязательной санацией и дренированием брюшной полости. Лапароскопическое вмешательство было эффективным в 97 случаях, когда удалось ликвидировать источник перитонита и желчеистечения и лишь 20 – осуществлена релапаротомия.

Заключение. Лапароскопия у больных, перенесших традиционные и лапароскопические операции является эффективным методом лечения послеоперационных инфекционных осложнений, так как позволяет качественно устранить источник перитонита, выполнить адекватную санацию брюшной полости.

ДИНАМИКА МИКРОБНОГО СПЕКТРА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (ДАННЫЕ ЗА ДЕСЯТИЛЕТИЕ)

Гельфанд Б.Р.¹, Белоцерковский Б.З.^{1,2}, Гельфанд Е.Б.¹, Попов Т.В.^{1,2},
Карабак В.И.¹, Проценко Д.Н.^{1,3}, Чурадзе Б.Т.⁴

¹ РГМУ

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

³ ГКБ №7

⁴ ГКБ №31, г. Москва

Цель: Исследование изменения микробного спектра нозокомиальной пневмонии (НП) у пациентов отделения интенсивной терапии (ОИТ) за десятилетие (1995–2006 гг.).

Материалы и методы: В течение десяти лет определяли видовой состав и антибиотико-чувствительность возбудителей НП у пациентов ОИТ хирургического профиля.

Результаты: За последние 10 лет значительно сократилась частота выделения золотистого стафилококка (с 18% до 3,5%) и других грамположительных возбудителей (с 22% до 5%). Существенно уменьшилась этиологическая роль синегнойной палочки, а также *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.* и *Citrobacter spp.* Мы стали значительно чаще встречаться с НИ, вызванными политезистентными *Acinetobacter spp.* (первый штамм выделен в 2000 г.; в 2005–96 гг. частота выделения составила 21%) и клебсиеллами – продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) - этиологическая роль возросла с 5,5% до 20%.

Обсуждение: Снижение частоты выделения грамположительной флоры, а также псевдомонад и энтеробактерий, является следствием осуществления программы инфекционного контроля, которая включает изоляцию пациентов, инфицированных полирезистентными госпитальными возбудителями, и меры по предотвращению кросс-контаминации. Значительную роль играет также оптимизация терапии нозокомиальных инфекций (НИ), позволяющая достигнуть эрадикацию возбудителей. Рост этиологической роли полирезистентных *Acinetobacter spp.* и продуцентов БЛРС является следствием селективного давления антибиотиков.

Выводы: Микробиологический мониторинг является неотъемлемой составляющей программы инфекционного контроля в стационаре. В последние годы отмечается значительный рост числа НИ, вызванных *Acinetobacter spp.* и клебсиеллами – продуцентами БЛРС. В фармакологическом арсенале современных ОИТ необходимо иметь препараты, активные в отношении этих возбудителей: карбапенемы, защищенные цефалоспорины, «новые» фторхинолоны. Для снижения напряженности патологической колонизации кишечника у больных из группы высокого риска целесообразно проводить селективную деконтаминацию желудочно-кишечного тракта.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

Матвеев А.А., Проничев В.В., Щинов Ю.Н., Замерова Л.Н.

Медико-санитарная часть №3, Ижевск, Россия

Цель: определить влияние динамической электростимулирующей терапии (ДЭНС) на лечение больных при травме груди и живота и уменьшить частоту легочно-плевральных осложнений. Материалы и методы: нами были выделены две группы больных, оперированных на органах брюшной и плевральных полостей. Средний возраст в группе сравнения из 30 больных составил $36,3 \pm 5,0$ года, в группе наблюдения из 14 больных $33,4 \pm 2,9$ года. Во всех группах наиболее частыми причинами оперативных вмешательств являлись сочетанная травма с повреждением органов брюшной полости, торакоабдоминальные колото-резанные раны с повреждением органов, проникающие колото-резанные раны передней брюшной стенки или грудной клетки. Группа наблюдения отличалась тем, что в послеоперационном периоде со 2-х суток, наряду с обычным лечением проводились сеансы ДЭНС-терапии двухдиапазонным электро-нейро-адаптивным стимулятором (ДЭНАС) (регистрационное удостоверение №29/23020701/2051-01 от 06.12.2001г.).

Результаты: в группе сравнения послеоперационные легочно-плевральные осложнения выявлены у 10 больных (33,3%), из них гидроторакс у 7 (23,3%), ателектаз у 3 (10,0%) больных. В группе наблюдения встречались гидроторакс у 1 (7,1%) больного, пневмония у 1 (7,1%), всего легочно-плевральных осложнений встретилось у 2 (14,2%) больных. Средняя длительность лечения в группе наблюдения составила $14,3 \pm 1,3$ дня, в группе сравнения $17,1 \pm 2,5$ дня ($p < 0,05$). Выводы: использование сеансов ДЭНС-терапии аппаратом ДЭНАС в послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах брюшной и плевральных полостей, привело к снижению легочно-плевральных осложнений до 14,3 % и средней длительности лечения до $14,3 \pm 1,3$ дней.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Масленников Е.Ю.¹, Ильина В.В.², Солонина В.А.².

¹ Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

² Больница скорой медицинской помощи №2, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель исследования: Установление возможной роли клеточных и гуморальных факторов иммунитета в генезе системных и локальных изменений при травматическом остеомиелите.

Материалы и Методы: В сыворотке крови 35 больных с травматическим остеомиелитом длинных трубчатых костей определяли гуморальные и клеточные факторы иммунитета. В целях коррегирующей иммунотерапии использовались: иммунофан, полиоксидоний, ронколейкин, тимоген, тималин и иммуновенин.

Оперативному вмешательству (секвестрнекрэктомии) подверглись 22 больных.

Результаты исследования и их обсуждение: Выявлено четыре варианта иммунологических реакций. Вариант №1 – отсутствие выраженных изменений в содержании Т, В-лимфоцитов и иммуноглобулинов при значительном снижении (более чем в 2 раза) показателей фагоцитоза, что свидетельствовало о нарушении процессов элиминации возбудителей инфекционного процесса из организма.

С целью иммунокоррекции использовали инъекции препарата иммунофан.

Вариант №2 – снижение содержания Т-лимфоцитов и иммуноглобулинов класса G при значительном увеличении содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Осуществлялась терапия полиоксидонием.

Вариант №3 – снижение содержания лимфоцитов и лейкоцитов при нормальном содержании ЦИК.

Применяли ронколейкин, тимоген, тималин.

Вариант №4 – значительное снижение содержания иммуноглобулинов класса G при нормальном содержании лимфоцитов и лейкоцитов.

Иммунокоррекция осуществлялась препаратом иммуновенин.

Положительный эффект от проводимого лечения получен в 31 наблюдении (88,5%).

Результаты проведенных исследований позволяют наметить некоторые новые пути в дифференцированном подходе к осуществлению иммунокорректирующей терапии травматического остеомиелита.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Т-КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Крайнюков П.Е., Ломовцев А.М., Кондратьев В.Д., Плюта Н.С.

Военный госпиталь соединения РВ СН, Иркутск, Россия

Проблема эффективного лечения гнойных заболеваний пальцев кисти является одной из наиболее актуальных в современной гнойной хирургии.

Цель: изучение характера изменений показателей Т-клеточного звена иммунитета у больных гнойными заболеваниями пальцев кисти.

Материалы и методы: 32 пациента (мужчины) в возрасте от 18 до 20 лет с длительностью заболевания от 2 до 14 суток. Все больные были разделены на три группы в зависимости от длительности заболевания. В первую группу вошли 9 больных с длительностью заболевания до 4 суток, во вторую — 13 больных с длительностью от 5 до 10 суток и в третью — 10 пациентов, которые болеют более 10 суток. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц.

Поверхностные панариции составили 14 (43,7±8,90%) от общего числа наблюдений, а глубокие формы панариция диагностированы у 18 (56,3±8,90%) пациентов. Пациентам проводилось традиционное лечение, состоящее из хирургического вмешательства, общего и местного медикаментозного воздействия.

Результаты: в первой группе больных с длительностью заболевания до 4 суток общее количество Т-лимфоцитов (CD3) практически не изменилось – 72,2±0,76%, но отмечается по сравнению с контролем достоверное снижение CD4 – 48,4±0,98%, CD8 – 28,1±0,62% ($p<0,05$). В второй группе произошло снижение CD3 – 68,75±1,44%, и более выражено снижение CD4 – 34,3±1,52%, CD8 – 20,4±1,11% ($p<0,05$). Эти же изменения максимально выражены в группе пациентов, которые болеют более 10 суток: CD3 – 56,6±1,88%, CD4 – 34,27±1,51%, CD8 – 19,81±1,33% ($p<0,05$).

Во всех трех группах изменения показателей достоверно максимально выражены у пациентов с глубокими формами гнойных заболеваний пальцев кисти.

Обсуждение: степень выраженности изменений CD3, CD4 и CD8 находится в обратной зависимости от длительности заболевания и глубины поражения. Изменение показателей Т-клеточного звена иммунитета свидетельствует об иммунологическом дисбалансе и снижении резистентности организма.

Выводы: гнойные заболевания пальцев кисти у пациентов сопровождается нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависит от формы и длительности заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВОДНЫХ СЕКТОРОВ ОРГАНИЗМА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Жолинский А. В.

Кафедра Хирургии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ

Одним из основных звеньев в патогенезе перитонита являются дисбаланс водного состава организма, гиповолемия и нарушение центральной гемодинамики (ЦГД). В связи с этим одной из задач комплексной интенсивной терапии перитонита является восстановление в наиболее ранние сроки гомеостатических параметров жидкостных сред и разрешение волевических нарушений адекватно гемодинамическим запросам.

Целью данного исследования было изучить состояние ЦГД и водных секторов организма у больных перитонитом.

Материалы и методы: Обследовано 46 больных в возрасте от 24 до 70 лет, оперированных по поводу распространенного перитонита. Основными причинами перитонита были перфорация полых органов и острая кишечная непроходимость. Тяжесть перитонита по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ) в среднем составила $24,6 \pm 0,5$ баллов. Тяжесть состояния больных по шкале Apache II составила $14,2 \pm 0,7$ баллов.

Оценивали общую (ОЖ), внеклеточную (ВКЖ) и внутриклеточную жидкости (ВнКЖ) организма, ОЦК и объем плазмы методом интегральной импедансометрии. Методом интегральной реовазографии исследовались ЧСС, ударный объем сердца (УО), сердечный индекс (СИ), периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), минутный объем (МОК). Исследование проводили реоанализатором-монитором КМ-АР-01 ЗАО «Диамант» (Россия) через 2 часа после оперативного вмешательства и ежедневно в течение 7 суток.

Результаты: В первые сутки после операции дефицит объема ВнКЖ составил $3,03 \pm 0,48\%$, при увеличенном ВКЖ объеме на $4,21 \pm 0,64\%$. ОЖ был меньше на $4,56 \pm 0,57\%$, что обусловлено патологическими потерями жидкости из ЖКТ. Волемиические нарушения проявлялись дефицитом ОЦК ($61,8 \pm 2,3$ мл/кг), как за счет уменьшения плазменного ($38,3$ мл/кг), так и глобулярного ($23,5$ мл/кг) объемов. Одновременно, показатели ЦГД характеризовались снижением УО ($45,3 \pm 3,7$ мл.), СИ ($2,3 \pm 0,4$ л/м²/мин) и ОПСС (1024 ± 48 дин·сек/см⁵). МОК оставался на близком к норме уровне ($4,55 \pm 0,82$ л/мин) за счет тахикардии ($113 \pm 4,8$ уд/мин). На 3–4 сутки степень дегидратации становилась минимальной ($0,93 \pm 0,21\%$). Водный дисбаланс проявлялся избытком ВнКЖ на $1,75 \pm 0,48\%$ и дефицитом ВКЖ в $1,91 \pm 0,33\%$. Сохранялся дефицит ОЦК ($65,9 \pm 1,7$ мл/кг) и ПО ($41,3 \pm 1,9$ мл/кг). В этот период отмечена положительная динамика в стабилизации ЦГД: возрос МОК до $5,21 \pm 0,61$ л/мин за счет увеличения УО до $56,2 \pm 3,1$ мл., на фоне сохраняющейся тахикардии ($95 \pm 4,9$ уд/мин.), при относительно стабильно сниженном ОПСС (1144 ± 42 дин·сек/см⁵) и увеличенном до $2,51 \pm 0,4$ л/м²/мин СИ. Восстановление потерянного объема жидкости, нормализация водных секторов и показателей ЦГД происходило к исходу 5–6 суток.

Таким образом, можно сказать, что наибольшие изменения в водных средах организма и ЦГД при перитоните происходят в первые 24–48 часов после операции и проявляются выраженной гиповолемией, клеточной гипогидратацией, внеклеточной гипергидратацией и гиподинамическим типом кровообращения. На фоне проводимой корректирующей инфузионной терапии (в первые 48 часов $36–45$ мл/кг/24час, далее – $12–21$ мл/кг/24час) и парентерального питания ($21–28$ мл/кг/24час и $26–35$ мл/кг/24час, соответственно) с ранним включением (на 3–4 сутки) энтерального компонента происходит нормализация волемиических и водно-секторальных нарушений, что способствует стабилизации показателей центральной гемодинамики.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ПЕРЕДОВЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Щекочихин А.В.¹, Погосов Н.В.², Волкова С.А.²,
Исаев В.В.¹, Снегур А.В.²*

¹ ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

² ГИУВ МО РФ

Цель: Определить диагностические возможности различных методов исследования при огнестрельных сочетанных ранениях мочевого пузыря на передовых этапах оказания хирургической помощи.

Материалы и методы: Проведённое исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 188 раненых с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря в возрасте от 18 до 54 лет. Ранения возникали вследствие применения различных видов современных поражающих средств. Среди огнестрельных ранений мочевого пузыря преобладали пулевые ранения, которые составили 75%. Осколочные ранения встречались в 20,2% случаев. 4,8% ранений явились следствием применения минно-взрывных устройств.

Чаще всего при боевой сочетанной травме органов малого таза в наших наблюдениях были ранения следующих органов мочеполовой системы: мочевого пузыря – в 188 случаях,

почек – в 9, мочеточников – в 10 наблюдениях, предстательной железы – в 11, задней уретры – в 7 и наружных половых органов – в 10 случаях.

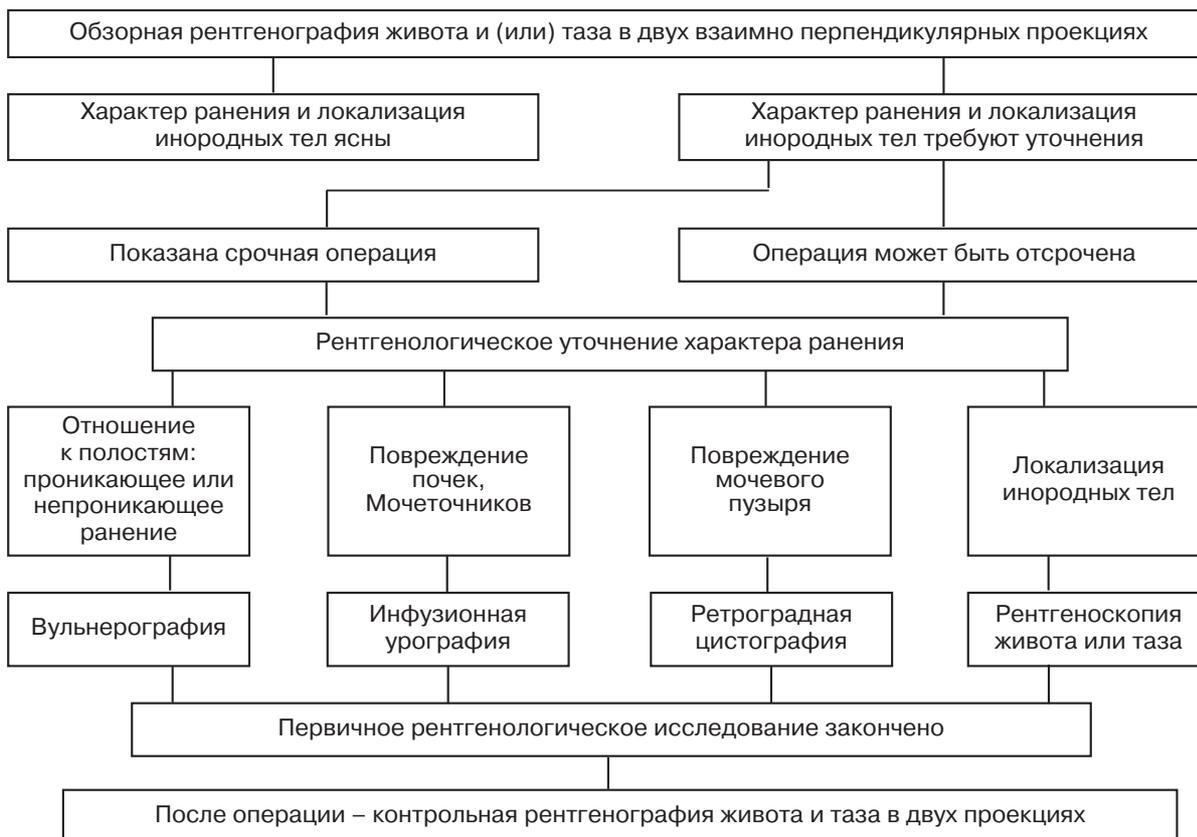
Распределение раненых с огнестрельными ранениями мочевого пузыря

Частота, сочетанных и множественных ранений	Абс. число	%
Сочетанные	188	100
Одиночные	152	80,9
Множественные	36	19,1

Результаты: Наиболее простым и доступным инструментальным методом диагностики при этих ранениях была катетеризация мочевого пузыря, выполненная при поступлении на этапы хирургической помощи у 85% раненых. Установка катетера позволяла также использовать простой и информативный метод диагностики повреждения мочевого пузыря - пробу Зельдовича. В Афганистане она была произведена только у 12,0% раненых, при этом даже объем мочи, полученный при катетеризации, не всегда учитывали. Во время боевых действий на Северном Кавказе проба Зельдовича нашла более широкое применение на этапе квалифицированной хирургической помощи (35,7%).

В полной мере сохранили свое значение традиционные способы лучевой диагностики огнестрельных ранений мочевого пузыря. Цистография применялась на этапах хирургической помощи в ходе военных локальных конфликтов в Афганистане и Чечне только в 46,2% и 68,2%, соответственно.

Алгоритм проведения рентгенологического исследования при огнестрельных сочетанных ранениях мочевого пузыря



Выводы: На передовых этапах оказания хирургической помощи в диагностике огнестрельных сочетанных ранений мочевого пузыря выполнение обзорной рентгенографии таза, брюшной и грудной полостей, ретроградной цистографии, лапаро- и торакоцентеза позволяет с достаточной степенью точности установить характер повреждений, не прибегая к более сложным и трудоемким методам исследования.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОВ У РАНЕННЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ

Горбуленко В.Б., Козлов С.В., Асташова Л.В.

ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

Цель исследования: проанализировать результаты специализированной стоматологической помощи раненым в челюстно-лицевую область

Материал и методы: Основу работы составило клиническое наблюдение и лечение 128 раненых, находившихся на лечении в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Исследуемую группу составили мужчины в возрасте от 18 до 48 лет, находившиеся на лечении в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко сроком от 2 месяцев до 3 лет. Ранения носили огнестрельный характер (пулевые, осколочные, минно-взрывные) и были представлены в виде дефектов и деформаций мягких и твердых тканей средней и нижней зон лица.

Дефекты зубного ряда и альвеолярного отростка верхней челюсти выявлены у 12(30%) раненых. Дефекты зубного ряда и альвеолярного отростка верхней челюсти с проникновением в полость носа и его придаточные пазухи выявлены в 28 (70%) случаях. Дефекты верхней челюсти в 29(72,4%) случаях имели сообщения с полостью носа и его придаточных пазух, твердого и мягкого неба, мягких тканей щек и верхней губы. У 21(52,2%) раненых сообщения с полостью носа и прилежащими пазухами закрылись при выполнении пластических операций или вторичным натяжением. А у 10(25%) раненых образовались стойкие сообщения с полостью носа и верхнечелюстными пазухами.

С дефектами зубного ряда альвеолярного отростка и тела челюсти в подбородочном отделе после костной пластики и восстановления целостности нижней челюсти были выявлены у 30(34,1%) раненых. Дефекты бокового отдела нижней челюсти с повреждением зубного ряда, альвеолярного отростка и тела челюсти в боковом отделе после костной пластики выявлены в 44(50%) случаях.

Кроме того, дефекты зубного ряда и альвеолярного отростка в 9(22,5%) случаев имели включенный характер и концевой в 3(7,5%). Дефекты зубного ряда, альвеолярного отростка с закрывшимися сообщениями в процессе этапа первичной хирургической обработки носили характер включенных у всех раненых и двухсторонних у 18(45%) раненых. Дефекты с образованием стойких сообщений с полостью носа и прилежащими пазухами у 8(20%) раненых носили включенный характер и концевой у 2(5%).

У 30(34,1%) раненых выявлены дефекты зубного ряда, альвеолярного отростка и тела нижней челюсти после костной пластики подбородочного отдела. В 44(50%) случаев выявлены дефекты зубного ряда, альвеолярного отростка и тела нижней челюсти в боковом отделе после костной пластики.

Кроме этого выявлены включенные, двухсторонние дефекты зубного ряда, альвеолярного отростка и тела нижней челюсти в 20(22,7%) случаев.

Заключение. На основании изученного материала все пациенты имели деформации и дефекты челюстно-лицевой области и нуждались в ортопедическом лечении, из них 93% нуждались в санации полости рта с дальнейшей подготовкой к протезированию, а 100% проведена терапевтическая санация полости рта, включающая в себя как ликвидацию очагов одонтогенной инфекции, так и реставрацию посттравматических дефектов твердых тканей зубов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ АППАРАТНОЙ ДЕРМАТОТЕНЗИИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Бесчастнов В.В., Гараев В.Н., Одинцов Е.С.

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: Заживление обширных ран мягких тканей по типу первичного натяжения.

Материалы и методы: У 46 больных с обширными ранами мягких тканей различной локализации (бедро – 8, живот – 23, спина – 9, плечо – 6) и этиологии (огнестрельные ранения – 5, анаэробная инфекция – 5, флегмоны и абсцессы – 17, нагноения послеоперационных

ран – 15) применялся способ дозированной аппаратной дерматотензии под контролем усилия, прилагаемого к краям раны и температуры кожи краев раны. Сближение краев раны осуществлялось дозированно поэтапно, до полного их сопоставления. Показанием для перехода от одномоментной дерматотензии к дозированной и временного прекращения сближения краев раны при дозированной дерматотензии являлось: 1) падение кожной температуры при сближении краев раны более чем на 0,5°C; 2) побледнение и блеск кожных покровов над спицей аппарата при сближении краев раны; 3) болевые ощущения у пациента во время дерматотензии. Абсолютными противопоказаниями к проведению дозированной дерматотензии аппаратным способом считали: 1) при локализации раны на конечности – раневой дефект более 1/2 длины окружности; 2) наличие сопутствующих заболеваний, отражающихся на эластичности кожи: выраженный атеросклероз, длительная гормонотерапия и др.; 3) наличие дерматита, мацерации кожи, флегмоны мягких тканей в области проведения спиц. Относительные противопоказания: 1) наличие кишечного свища в области проведения спиц или в соседних областях; 2) сопутствующие психические заболевания.

Результаты: При помощи разработанного нами метода были закрыты раневые поверхности шириной от 7 до 22 см, и после наложения вторичных швов получено заживление раны первичным натяжением в 87% случаев.

Обсуждение: Темп сближения краев раны со временем уменьшался – если в 1-е сут он равнялся 10–15 мм с каждой стороны, то в последующие дни среднесуточная скорость снижалась до 2,5–5 мм. Это значит, что достигалась механическая активация процессов вне раневого вставочного роста, одновременно контроль параметров сближения позволял снизить риск ишемических повреждений кожи.

Выводы: Возможность закрытия обширных ран мягких тканей позволяет рекомендовать разработанный способ аппаратной контролируемой дерматотензии в хирургическую практику.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА и NO-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Беслекоев У.С., Братийчук А.Н., Миняйлов Н.А.

Самарский военно-медицинский институт, Самара, Россия

Цель: Изучение эффективности использования воздушно-плазменного потока и NO-терапии в лечении гнойной хирургической инфекции мягких тканей.

Материалы и Методы: Основу исследования составили клинический анализ результатов лечения 47 больных с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей. Все они находились на лечении в отделении гнойной хирургии клиники военно-полевой хирургии Самарского военно-медицинского института. Больные были распределены на 2 группы: основную ($n=27$) и контрольную ($n=20$). В основной группе в комплексе лечебных мероприятий местно производили обработку раневой поверхности плазменным потоком (режим коагуляции). В дальнейшем в зависимости от стадии течения раневого процесса проводили воздействие на рану в режиме стимуляции-коагуляции и NO-терапии. Источником воздушной плазмы и экзогенного NO служил скальпель-коагулятор-стимулятор воздушно-плазменный-ПЛА-ЗОН. В контрольной группе применяли традиционное только местное лечение. Течение раневого процесса оценивали комплексно, согласно стадиям раневого процесса.

Результаты: Во время проведения хирургической обработки раны с использованием режима коагуляции достигался стойкий гемостаз раны, эффективно происходила деструкция патологических образований, стерилизация раны. Общая продолжительность фазы воспаления в исследуемой группе составила $9,8 \pm 2,3$ сут. и была в среднем в 1,3 раза короче, чем в контрольной группе – $16,2 \pm 2,1$ сут. ($p < 0,05$). Фаза регенерации завершалась в основной группе к $13 \pm 1,9$ суткам, что в 1,4 раза быстрее, чем в контрольной группе – $19,5 \pm 2,0$ сут. ($p < 0,05$). В контрольной группе средний койко-день составил 20,1 сут., в основной – 14,4 сут. ($p < 0,05$)

Выводы: Методика комплексного лечения гнойных ран с применением воздушно-плазменного потока и NO-терапии позволила сократить продолжительность фазы воспаления, обеспечить формирование полноценной грануляционной ткани, избежать необходимости повторных хирургических обработок ран, сократить сроки пребывания больного в стационаре.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Фадеев С.Б., Тарасенко В.С., Стадников Б.А.

Оренбургская государственная медицинская академия

Цель работы: определить эффективность комбинированной антибактериальной терапии при хирургической инфекции мягких тканей.

Материал и методы: в исследование включали больных флегмонами мягких тканей с клиническими признаками синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) обоего пола в возрасте 18–65 лет, давших информированное согласие (192 пациента, три группы по 64 больных). После оперативного вмешательства все больные получали системную антибактериальную терапию (Ерехин И.А. с соавт., 2003г.). У пациентов 1-й группы рану промывали водным раствором хлоргексидина. Больные 2-й группы получали местную антибактериальную терапию (гентамицин, 160 мг/сут.), больные 3-й группы получали местную комбинированную антибактериальную терапию (гентамицин 160 мг/сут. и окситоцин 5 МЕ) непосредственно в полость гнояника. Бактериологические исследования в динамике проводили общепринятыми методами.

Результаты: у больных 1-й группы элиминация возбудителя наблюдалась на $4,2 \pm 0,2$ суток, 2-й – на $4,8 \pm 0,2$, 3-й – на $2,6 \pm 0,1$ суток с момента операции. Исчезновение клинических признаков SIRS у больных 1-й группы наблюдалось на $3,1 \pm 0,2$ суток, 2-й – на $3,3 \pm 0,2$ и у больных 3-й группы – на $1,8 \pm 0,2$ суток после оперативного вмешательства. Повторная ревизия гнойного очага в связи с формированием гнойных затеков потребовалась у 7 больных 1-й группы, у 6 – второй, у 2 – третьей. Длительность лечения в стационаре составила $23,7 \pm 2,2$, $22,1 \pm 2,0$ и $14,3 \pm 2,1$ суток по группам соответственно. У больных 3-й группы значительно раньше отмечалось очищение раны и появление грануляций ($5,3 \pm 0,8$ сут.), чем у пациентов 1-й ($10,6 \pm 1,1$ сут.) и 2-й ($10,1 \pm 1,2$ сут.) групп.

Таким образом, комбинированная антибактериальная терапия способствует улучшению результатов лечения больных хирургической инфекцией. Полученные результаты согласуются с экспериментальными данными об усилении окситоцином эффекта антибиотиков (Бухарин О.В. с соавт., 1990г., 2001г.), клиническими результатами лечения абсцессов (Курлаев П.П., 2000г.), диабетической стопы (Гавриленко В.Г., 2000г.), активации репаративных процессов (Стадников А.А. с соавт., 2000г., 2004г.). Имеющиеся данные диктуют необходимость проведения многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, что позволит оценить эффективность данного метода с позиций доказательной медицины.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТОП

Шевцов В.И., Иванов Г.П., Неретин А.С.

ФГУН РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова

Вопросы лечения больных с деформациями и дефектами стоп после перенесенной местной гнойной инфекции остаются одними из наиболее сложных (Панченко М.К., Суржик А.И., Литвиненко А.М., 1984; Коструб А.А., Гаврецкий А.И., 1997; Tomić S.M., 2001). Трудности в лечении данной категории больных обусловлены устойчивостью полученных деформаций, различными дефектами и укорочениями костей стопы, грубыми рубцовыми изменениями мягких тканей сегмента, значительно осложняющих лечение данной группы пациентов.

В клинике РНЦ «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова с 1995г. по 2005г. пролечено 42 пациента (44 стопы) с последствиями гнойных заболеваний стоп и области голеностопного сустава в возрасте от 9 до 55 лет. У 21 пациента в анамнезе отмечали остеомиелит костей стопы и голени, флегмона стопы – у 12 пациентов, у 9 пациентов – трофические язвы в пределах стопы. Появление трофических язв во всех случаях было связано с длительной травматизацией мягких тканей стопы вследствие наличия врожденной деформации сегмен-

та. При этом в 10 случаях наблюдали поражение костей переднего отдела стопы, в 11 – заднего отдела стопы. У 9 пациентов отмечали изменения на уровне среднего отдела стопы, у 12 пациентов – поражение нескольких отделов стопы. При этом у большинства пациентов (21 человек) отмечали эквиноварусную деформацию сегмента. Дети и подростки составили 71,4 % от числа всех пациентов. У двух пациентов наблюдалась патология обеих нижних конечностей.

Все пациенты были пролечены с использованием метода чрескостного остеосинтеза. Применяемые методики можно разделить на несколько групп: остеотомия костей стопы для удлинения с целью замещения дефекта (в сочетании с последующим артродезированием в зоне дефекта); остеотомии костей стопы для исправления деформации и удлинения; закрытое исправление деформации стопы с последующим выполнением артродеза суставов корня стопы для стабилизации в достигнутом положении. У 14 человек дополнительно выполняли остеотомию берцовых костей (надлодыжечная, подмышечковая) для коррекции деформации и удлинения.

Средние сроки distraction у больных с остеотомиями в пределах стопы составили $42,4 \pm 3,1$ дня, у пациентов с устранением деформации и удлинением голени – $59,6 \pm 4,0$ дня. Сроки фиксации соответственно $67,3 \pm 4,3$ и $79,8 \pm 4,1$ дня.

Ближайшие результаты лечения прослежены в сроки от 2 до 8 месяцев у всех пациентов. Отдаленные результаты изучены у 32 пациентов (76,2 % обследуемых) в сроки от 1 до 9 лет.

Критериями оценки результатов лечения являлись: функциональные показатели, рентгеноанатомические характеристики костей стопы, а также косметический результат лечения. Опороспособность стоп восстановлена у всех пациентов, они ходят в обычной обуви, большинство не пользуется дополнительными средствами опоры.

Среди осложнений, встретившихся у 9 пациентов (21,4%) наиболее частым явились воспаление мягких тканей вокруг спиц (3 пациента) и преждевременная консолидация в зоне остеотомии (2 пациента). Кроме того, среди осложнений встречались: прорезывание спиц из кости (1 пациент), прорезывание спицами мягких тканей (2 пациента), формирование остеофита на подошвенной поверхности стопы (1 пациент). Все осложнения были устранены в процессе лечения и не повлияли на его окончательный результат.

Проводимые в процессе лечения рентгенологические, денситометрические и физиологические исследования позволили проследить процесс образования, динамику минерализации регенерата, контролировать изменение показателей кровообращения голени и стопы, а также опороспособности стопы.

Таким образом, использование методик управляемого чрескостного остеосинтеза при лечении данной категории пациентов позволяет восстановить анатомически правильную форму стопы и её отделов, повысить её функциональные возможности и получить хорошие косметические результаты.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕОПТЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

*Казаков С.П.², Сухоруков А.Л.¹, Шафалинов В.А.¹,
Карпун Н.А.², Акимова С.В.²*

¹ Государственный Институт Усовершенствования Врачей МО РФ, г. Москва,

² Главный военный клинический госпиталь имени акад. Н.Н. Бурденко, г. Москва.

Гнойно-восполительные послеоперационные осложнения, развивающиеся после любых хирургических вмешательств, переходящие в тяжелых случаях в септическое состояние, сепсис или септический шок, сопровождается высоким уровнем летальности. В патогенезе этих состояний важное место занимает развивающееся вторичное иммунодефицитное состояние, связанное с параличом иммунной системы, Т-клеточной иммуносупрессией и патологическим иммунным ответом. Иммунодиагностика и иммунотерапия этих септических состояний по настоящее время является трудной, нерешенной и, подчас неоднозначной, проблемой в врачебной практике. Скучные данные и, подчас, отсутствие четких диагностических критериев оценки активации иммунной системы не позволяет своевременно оценивать эффективность проводимой терапии. В то же время достаточно давно было предложено для оценки уровня активации иммунной системы исследовать показатели неоптерина –

вещества, выделяющегося из клеток специфической иммунной системы при активации иммунной системы в ответ в основном ~80% на вирусную инфекцию. Неоптерин известен уже около 10 лет, однако широкого использования в медицинской практике с момента открытия не получил и находится в стадии активного клинического изучения.

Нами проводилась оценка уровня неоптерина у 12 пациентов с развившимся сепсисом. Сепсис у больных диагностировался по данным клинического состояния больного и параметрам прокальцитонина, превышающего 2 нг/мл, что позволяло однозначно говорить о развитии у пациентов септического состояния, вплоть до генерализованного сепсиса и септического шока. Для диагностики прокальцитонина, неоптерина использовали полуколичественные иммунохроматографические тесты на прокальцитонин фирмы BRAHMS (ФРГ) и количественные тесты на неоптерин, выполненные методом твердофазного иммуноферментного анализа, фирмы IBL (ФРГ).

Результаты исследования показывают, что в случае отсутствия анергии и наличия ответа иммунной системы на проводимое лечение, уровень неоптерина динамично снижался и коррелировал с клиническим состоянием больных. Максимальные значения уровня неоптерина у септических больных составили – 234 нмоль/л, при нормальных показателях в 10 нмоль/л. То есть почти в 23 раза концентрация неоптерина в плазме крови превышала исходный уровень, что, конечно же, свидетельствовало о тяжести состояния. В нескольких случаях (5) не отмечалось повышения уровня неоптерина, что, по нашему мнению, свидетельствовало о более выраженных расстройствах иммунной системы, требующих проведения заместительной терапии не только гуморальными факторами, но и, прежде всего, неспецифическими и специфическими клеточными компонентами иммунной системы. Отсутствие повышенного уровня неоптерина косвенно свидетельствовало о более худшем прогнозе развития заболевания.

Таким образом, для эффективной терапии септических состояний, как один из диагностических показателей, может использоваться неоптерин. Накопление и получение новых данных об этом показателе может быть полезным для динамической терапии больных сепсисом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОТОЧНО-АСПИРАЦИОННОМ ДРЕНИРОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОСТНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Столяров Е.А., Батаков Е.А., Алексеев Д.Г., Батаков В.Е.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель: улучшение результатов комплексного лечения больных с хроническим остеомиелитом путём повышения эффективности проточно-аспирационного дренирования (ППД) послеоперационной костной полости.

Материалы и методы: 20 больных хроническим остеомиелитом в возрасте от 22 до 50 лет были распределены с их согласия на две группы по 10 человек – опытную и контрольную. Локализация остеомиелитического процесса у всех 20 больных – большеберцовая кость, длительность заболевания – от 3 до 5 лет, причина заболевания – перенесённая ранее травма (перелом). Всем больным выполнялась некрсеквестрэктомия, ППД послеоперационной костной полости с последующей пластикой мышечным лоскутом. Оперативное лечение дополняли системной антибактериальной терапией с учётом чувствительности выделенной микрофлоры. В контрольной группе проводилось ППД костной полости 0,02% водным раствором Хлоргексидина биглюконата. В опытной группе ППД с этим же антисептиком дополнялось обработка костной полости УЗ-генератором УРСК-7Н-22 через ёмкость с раствором в режиме АПЧ 40±20кГц – «без вспенивания», 5 минут, 1 раз в день, и в режиме АПЧ 70±20кГц с эффектом «вспенивания» – 5 минут, 1 раз в день. Эффективность процедуры ППД контролировали с помощью микробиологических исследований отделяемого из дренажей.

Результаты: в опытной группе удалось добиться стерильности в дренируемой костной полости в 100% случаев. В контрольной группе в 50% случаев удалось добиться стерильности, в 20% – общее микробное число в отделяемом из дренажей снижалось ниже критического уровня (105 микроорганизмов в 1 мл. отделяемого), а в 30% оставалось выше. Средние

сроки деконтаминации костной раны составили в опытной группе 3 дня, в контрольной – 6. В итоге, заживление первичным натяжением в опытной группе наблюдалось у всех пациентов, в контрольной – лишь у 6 (у 4 пациентов произошло нагноение мышечного лоскута).

Обсуждение: применение озвучивания повышает эффективность ППД, что характеризуется скорейшим и более полным деконтаминированием послеоперационной костной полости, и способствует повышению эффективности лечения в целом.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ РАННИХ НЕКРЭКТОМИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Кравцов С.Н., Воронцов И.Б.

1586 Окружной военный клинический госпиталь, Подольск, Россия

Активная хирургическая тактика при лечении пострадавших с обширными глубокими ожогами кожи, предусматривающая удаление некротизированных тканей и оперативное восстановление кожного покрова в максимально короткие сроки, до того времени, как в организме обожженного разовьются необратимые изменения, в настоящее время стала общепринятой. Ранняя некрэктомия является патогенетически обоснованным методом профилактики и лечения ожоговой болезни, поскольку некротизированные покровные ткани оказывают токсическое действие, способствующее развитию синдромов системной воспалительной реакции, эндотоксикоза и полиорганной недостаточности.

Проанализированы результаты лечения 55 пациентов с глубокими обширными ожогами, площадью более 15 % поверхности тела, доставленных в ожоговый центр Ленинградской ОКБ в 2003-2004 гг. в первые 6 часов после травмы. У 19 пострадавших хирургическую некрэктомию выполнили в первые 3-5 суток после травмы (I группа), у 14 – в период с 6 по 12 сутки (II группа). Контрольную (III) группу составили 22 обожженных, струп у которых отторгался самостоятельно на фоне консервативного лечения. Отказ от операции обусловливался тяжестью общего состояния пострадавших. Изучали тяжесть и частоту проявлений синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), сроки восстановления кожного покрова, пребывания пациентов в отделении реанимации, в стационаре, частоту летальных исходов.

В структуре СПОН у пациентов всех групп преобладали нарушения кровообращения (39,9 %), почечная недостаточность (79,7 %), нарушения системы гемостаза (44,3 %), токсический гепатит (32,1 %), энцефалопатия (27,1 %). При выполнении ранней некрэктомии продолжительность периода СПОН оказалась короче на 7 суток, чем у пациентов, струп у которых удалили на 6–12 сутки, и почти на 17 суток, чем в группе пациентов, струп у которых отторгался самостоятельно ($p < 0,05$). Частота развития пневмонии у обожженных из I группы оказалась существенно ниже (29,4 % по сравнению с 52,3 и 59,5 % во II и III группах, $p < 0,005$).

Для интегральной оценки эффективности ранних некрэктомий были изучены сроки восстановления кожного покрова, продолжительность пребывания обожженных в стационаре, а также летальность. При удалении ожогового струпа в первые 5 суток после травмы срок пребывания пациентов в отделении реанимации сокращался почти на 7 суток, по сравнению с группой, где выполнялись отсроченные некрэктомии ($p < 0,05$). Несмотря на то, что отсрочка в проведении некрэктомий несколько увеличивает время пребывания обожженных в реанимации, общая продолжительность их лечения в стационаре изменяется незначительно. У пациентов II группы пребывание в реанимации было более продолжительным, однако без достоверных отличий от групп, где использовали активную хирургическую тактику ($p > 0,05$), однако общая продолжительность периода их стационарного лечения оказалась достоверно больше, чем в случае выполнения операции, независимо от её сроков ($p < 0,05$). Общая продолжительность лечения пациентов I группы оказалась короче, чем у пациентов II и III групп, соответственно, на 5 и 17 суток ($p < 0,05$).

Из 55 пациентов погибли 10. Наиболее часто причиной смерти становились СПОН (78 %) и ожоговый сепсис (34 %). Наименьшая летальность (10,5 %) отмечена в группе пострадавших, оперированных в первые пять суток с момента травмы, а наибольшая (37,5 %) – у оперированных в более поздние сроки.

В случае дифференцированной тактики и поэтапного очищения ран летальность составила 13,6 %. Анализ средней продолжительности жизни погибших позволяет заключить, что

в ряде случаев (у 2-х обожженных из первой группы) выполнение ранней некрэктомии способствовало утяжелению состояния пострадавших, прогрессированию СПОН и развитию ожогового сепсиса на второй неделе после травмы. Соответственно, при выборе метода оперативной тактики при лечении пострадавших с глубокими и обширными ожогами должны строго учитываться показания и противопоказания к ранней некрэктомии, а также анестезиологический риск вмешательства.

К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧКИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ НАРУШЕНИЯ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Фурашов Д.В., Клопот А.М., Сегедин Р.Е., Монаков Д.М., Скоробогатый И.Ц.

ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

Злокачественные опухоли мочевого пузыря, предстательной железы, матки, яичников, а также метастазы в забрюшинную клетчатку нередко вызывают сдавление мочеточников, приводящее к нарушению оттока мочи из почки и прогрессирующему ухудшению ее функций.

Цели исследования: Определить критерии прогнозирования возможности восстановления функций почки после ликвидации нарушения оттока мочи вследствие сдавления мочеточника опухолью.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты обследования 34 пациентов (23 мужчин и 11 женщин) с односторонним уретерогидронефрозом, обусловленным сдавлением мочеточника опухолью. Средний возраст пациентов составлял 58 лет (43-78). Причины уретерогидронефроза представлены в таблице.

Причины уретерогидронефроза

Причины уретерогидронефроза	n (%)
Рак мочевого пузыря	14 (41,2)
Рак предстательной железы	9 (26,5)
Рак шейки матки	6 (17,6)
Рак яичников	5 (14,7)

У всех пациентов оценивалась: уровень креатинина, толщина почечной паренхимы, степень выраженности гидронефроза (по данным УЗИ), наличие нарушения основных функций почки (при помощи динамической нефросцинтиграфии), наличие препятствия оттоку мочи (экскреторная урография, антеградная уретерография). Обследование в вышеуказанном объеме проводилось до мероприятий по восстановлению адекватного оттока мочи и через 3 месяца после. С целью восстановления оттока мочи использовалось внутреннее дренирование катетером-стент (12), пункционная нефростомия (18), двусторонняя уретерокутанеостомия (4).

Результаты: По данным проведенного обследования все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, у которых обструкция мочеточника была менее года, толщина паренхимы колебалась от 10 до 18мм, сосудистый компонент, по данным динамической нефросцинтиграфии, не был изменен.

Выводы: Нами установлено, что пациенты, у которых на момент операции были небольшие сроки обструкции мочеточника, и сохранялось более 10 мм толщины паренхимы, функция скомпрометированной почки полностью восстановилась. У пожилых пациентов с уменьшением толщины паренхимы и снижением сосудистого компонента, по данным динамической нефросцинтиграфии, длительным сроком обструкции (больше 1 года), отмечалось частичное восстановление функции. Восстановление функции почки не зависело от исходного уровня креатинина. Пациенты, у которых полностью восстановилась функция почек, несмотря на характер основного заболевания, имели большие шансы на выживаемость

К РОЛИ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Славин Л.Е.¹, Скороходкина О.В.², Крепкогорский Н.В.³

¹ кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии
Казанской государственной медицинской академии, Казань, Россия

² кафедра клинической иммунологии и аллергологии
Казанского государственного медицинского университета, Казань, Россия

³ Государственное учреждение межрегиональный
клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель исследования: 1) Определить клиническую эффективность рекомбинантного (rIL2) (у больных с гнойно-некротическими осложнениями) синдрома диабетической стопы (ГНОСДС). 2) Изучить динамику иммунологических показателей у больных с ГНОСДС на фоне терапии rIL2. Материалы и методы: В наше исследование вошло 118 пациентов с СД2 с ГНОСДС. Средний возраст больных составил 62±4г. Распределение больных по полу составило 70% женщин и 30 % мужчин в 2-х сравниваемых группах. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-ая группа – состояла из 52 пациентов, в комплексное лечение которых был включен rIL-2 – «Ронколейкин» (фирма «Биотех» Санкт-Петербург), вводимый внутривенно капельно в дозе 500000ед двукратно, с интервалом в 5 дней. 2-ая группа – состояла из 66 пациентов, которым проводилось лечение без иммунотропной терапии. Оценку эффективности лечения rIL-2 оценивали: 1. По клиническим признакам: срокам заживления раны, количеству септических осложнений и рецидивов гнойно-некротического процесса, числу высоких ампутаций, длительности госпитализации. 2. Лабораторно – по показателям стандартной иммунограммы, определявшейся на 1 и 21-й день лечения. Результаты: При определении тактики иммунокоррекции, иммунодефицит проявлялся – отсутствием у больных с ГНОСДС адекватной температурной и лейкоцитарной реакции; быстрым прогрессированием гнойного процесса, несмотря на проводимую адекватную терапию. Лабораторные проявления характеризовались: неизменными, в сравнении с нормой, показателями иммунограммы (несмотря на значительный гнойно-некротический процесс). В динамике раневого процесса выявлено уменьшение сроков гранулирования до 33±2 дней ($p<0,03$) первой, 48±3 дня во 2-ой группе, эпителизации 43,2±8 дней ($p<0,042$) в 1-ой, во 2-ой 58±2 группе. Осложнения и рецидивы, а также ампутации на уровне голени или бедра во 2-ой группе также были в 2 раза чаще. Сроки госпитализации в 1-ой группе соответствовали 45±2 дней, во 2-ой – 59±4 дней ($p<0,05$). После проведенного лечения отмечалась положительная динамика в иммунограммах пациентов 1-ой группы, заключающаяся в повышении уровня CD3+ – абсолютных до 1260±56 в мкл. и относительных до 28%; снижения абсолютных показателей лейкоцитов до 7644,64±47 в мкл. Динамика параметров иммунограммы у пациентов 2-ой группы отражала клиническую картину хронического гнойного процесса. Выводы: На основании результатов проведенного исследования можно сделать заключение, что применение иммунокоррекции rIL-2 у пациентов с ГНОСДС приводило к более благоприятному течению раневого процесса, снижению количества калечащих ампутаций, а также сроков госпитализации.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАНЕНИЙ ЗА 2004–2005 ГОД

Брискин Б.С., Федоров В.П., Малышев Е.А., Алияров Ю.Р.

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, ГКБ №81.

Актуальность проблемы колото-резаных и огнестрельных ранений мирного времени связана с ухудшением криминогенной обстановки и увеличением количества этого вида повреждений. В 2004–2005 годах в клинике на базе ГКБ№81 было оперировано 196 больных с ранениями: 3 огнестрельных и 193 колото-резаных. По локализации наиболее часто наблюдались колото-резаные абдоминальные ранения – 45,5% (88), на втором месте торакальные ранения – 38,3% (74), третье место занимают торакоабдоминальные ранения – 5,1%(10), остальные ранения приходятся в области шеи, поясницы, подмышечной и паховых областей.

Анализ абдоминальных ранений показал, что проникающие ранения составляли 75% (66), а непроникающие – 25% (22). Иная картина наблюдалась в отношении торакальных ранений: доля проникающих в плевральную полость ранений – 44,5% (33), непроникающих – 55,5% (41). Среди проникающих в брюшную полость колото-резаных ранений повреждение внутренних органов было в 62,1% (41), без повреждения 37,9% (25). Клинический анализ ранений с повреждением внутренних органов показал, что наиболее часто наблюдалось повреждение тонкой кишки – в 15 случаях, второе место по частоте поражения занимает печень – 13, далее следует толстая кишка – в 7 случаях, селезенка – в 4-х, желудок – в 7, поджелудочная железа – в 3-х, почки – в 1 случае, ранение крупных артериальных и венозных стволов – в 7 случаях, большой сальник – в 4-х случаях. Послеоперационная летальность при ранениях составила 1,8%. Раневые осложнения отмечены у раненых с поражением полых органов – 4,8% от группы с повреждением внутренних органов брюшной полости и 2,2% от группы с абдоминальными ранениями. У больных с проникающими в брюшную полость ранениями без повреждения внутренних органов послеоперационные осложнения не наблюдались. У пораженных с проникающими торакальными и торакоабдоминальными ранениями послеоперационный период осложнялся пневмонией в 18,8% случаев, эмпиема плевры в 6,1%. Пневмония развивалась в основном в группе больных с повреждением легочной ткани, сердца. Низкий процент осложнений при проникающих в брюшную полость ранениях с повреждением внутренних органов обусловлен своевременностью диагностики, адекватным объемом операции, тщательной санацией брюшной полости и массивной антибактериальной терапией в послеоперационном периоде.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ГНОЙНЫХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С НАРКОМАНИЕЙ

Чадаев А.П., Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Льготина А.В.

Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Цель: Изучение результатов применения кожной пластики при постинъекционных гнойно-воспалительных процессах у больных наркоманией. «Материалы и методы:» В клинике общей хирургии педиатрического факультета РГМУ с 2001 по 2006 гг. пролечено 160 больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, на фоне и как осложнение инъекционной наркомании. Причиной развития флегмон и абсцессов, в основном, являлось попадание нестерильного раствора наркотического препарата в паравазальную клетчатку. В 78,8% случаев использовались подкожные вены плеча и предплечья, что приводило к формированию тромбофлебитов (25,9%), флегмон и абсцессов в зонах введения препарата (64,1%). Пациентам проводили хирургическое лечение, включающее широкое вскрытие гнойных очагов и радикальную некрэктомию. По возможности, рану сразу закрывали первичными швами с использованием трубчатых дренажей. Для закрытия обширных послеоперационных ран 15 больным (9,3 %) применили пластические методы. В 6 случаях использовали свободную пластику – расщепленным кожным лоскутом 2 пациентам и 4 полнослойным лоскутом. В 4 случаях выполнялась дерматотракция. В 5 случаях наложили вторичные швы. Результаты: Во всех случаях применения кожной пластики пересаженные лоскуты прижились. В двух случаях были краевые некрозы которые были иссечены на перевязках.

Обсуждение: Постинъекционные флегмоны отличались обширностью и тяжестью гнойного процесса, который нередко сопровождался химическим поражением тканей с выраженным некрозообразованием при использовании кустарно приготовленных наркотиков с использованием суррогатов и высокоагрессивных компонентов. В послеоперационном периоде воспалительный процесс носил затяжной характер. Раны гранулировали вяло и медленно эпителизировались. Закрытие ран после некрэктомии при гнойных постинъекционных осложнениях у больных наркоманией серьезная клиническая проблема.

Выводы: Кожная пластика является важной составляющей комплексной тактики лечения постинъекционных гнойно-воспалительных процессов у больных наркоманией. Больным с наркоманией для закрытия ран показано применение свободной кожной пластики и пластики местными тканями. Противопоказано применение несвободных методов пластики, связанных с длительной фиксацией пораженной конечности.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ МОНООКСИДА АЗОТА И ГИДРОПРЕССИВНОЙ ОБРАБОТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Николаенко П.М., Полянский В.В., Соколов Л.В.

Войсковая часть 74002, Воронеж, Россия.

Цель: обобщён пятилетний опыт лечения больных с распространёнными формами анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей и гнойно-некротической рожи, с использованием аппарата СКВП/NO-01 «ПЛАЗОН» и аппарата для гидропрессивной обработки ран УПР-1.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ лечения 86 больных с вышеуказанной патологией. В основной группе (66 пациента) лечение проводилось с использованием комбинации воздушно-плазменных потоков и гидропрессивной обработки ран растворами антисептиков. Под общей анестезией выполнялась хирургическая обработка ран, завершавшаяся гидропрессивной обработкой растворами антисептиков. Затем выполнялась обработка аппаратом «ПЛАЗОН» в режиме коагуляции с расстояния от сопла плазмотрона до обрабатываемой поверхности 15–20 см, с экспозицией 5–10 секунд на 1 см². В последующие 2–4 дня под внутривенной анестезией, выполнялись перевязки с элементами хирургической обработки по вышеизложенной методике. В контрольной группе (20 больных) операции завершались наложением повязок с водорастворимыми мазями или растворами антисептиков, с последующим традиционным лечением. Показания к закрытию ран (наложение швов, различные виды пластики) в основной и контрольной группе определялись на основании регресса признаков воспаления, очищения ран, появления грануляций. В контрольной группе ежедневно выполнялась обработка ран и трансплантатов (лоскутов) в режиме стимуляции.

Результаты: анализ показал, что в основной группе к 3–5 (в контрольной – к 10–12) суткам отмечен регресс признаков воспаления, раны полностью очистились от некротических тканей, появились признаки пролиферации, что позволило выполнить пластическое закрытие ран. Используя в послеоперационном периоде NO-терапию, мы не наблюдали нагноения ран и отторжения трансплантатов (лоскутов).

Выводы: представленная методика лечения обширных гнойно-некротических ран, позволяет в ранние сроки (4–7 сутки) осуществлять пластическое закрытие ран, что приводит к уменьшению сроков лечения больных с данной патологией на 8–12 суток.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ивашкин А.Н., Фоминых Е.М.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ,
кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии, г. Москва.

Лечение трофических язв, возникающих на фоне хронической венозной недостаточности, представляет большую проблему вследствие распространённости заболевания, резистентности к проводимой терапии, частой инвалидизации пациентов.

В последнее время для консервативного лечения трофических язв широко используют различные физические воздействия и биологические ткани. Совместно с сотрудниками Института биологии развития им Н.К.Кольцова РАН (г. Москва), была разработана технология заготовки, хранения и использования криоконсервированных жизнеспособных кадаверных аллодермотрансплантатов с применением оригинального консерванта, позволяющим сохранять жизнеспособность кожи на срок до двух лет. Также поверхность язвы обрабатывали потоком воздушной плазмы с помощью аппарата «Гемоплаз-ВП». Использование воздушной плазменной струи кроме физического воздействия, позволяет насыщать поверхность раны экзогенным оксидом азота, что благотворно влияет на заживление ран.

Проведен анализ результатов лечения 262 больных с трофическими язвами нижних конечностей. Результаты исследований сравнивали с результатами лечения 100 больных,

которые находились на лечении до введения в практику данных методик. В исследования были включены только те пациенты, которым не производили хирургические вмешательства.

Результатом лечения трофических язв в течение 8 недель, явилась полная эпителизация – в контрольной группе наступила у 23% больных, а в основной группе у 68%. Уменьшение площади язвы более чем в два раза, за тот же период наблюдения, в контрольной группе – у 31% пациента, а в основной – у 28%. Не удалось добиться улучшения, или уменьшение площади язвы было менее чем в два раза у 46% больных в контрольной группе и у 4% больных – в основной. В ходе лечения и дальнейшего наблюдения за больными, мы не отметили побочных действий и осложнений от использования данной методики.

На основании клинических, морфологических и иммуногистохимических исследований было показано, что трансплантация криоконсервированных жизнеспособных аллодермотрансплантатов и дистанционное воздушно-плазменное воздействие является ключевыми факторами для инициализации репаративных процессов у пациентов с трофическими язвами. Следует отметить возможность выполнения многократной повторной аллодермопластики, из-за того, что кожу можно хранить длительно, без потери её жизнеспособности.

Представленные результаты могут служить основой для разработки новых стандартов лечения трофических язв нижних конечностей.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Жмакин А. А.¹, Гребенник С.Ф.¹, Смаглюк О.В.¹, Абдуллин А.А.².

¹ г. Наро-Фоминск Московской области, 1273 военный госпиталь МВО

² г. Москва, Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ

В настоящей статье представлены результаты обследования и лечения 35 больных хроническим посттравматическим остеомиелитом.

Обследование больных включало применение как общеклинических методов, так и специальных — рентгенографии, фистулографии.

Санацию гнойных очагов (свищи, гнойные затеки, внутрикостные полости) проводили в комплексе предоперационной подготовки, расценивая ее как важный компонент последней. Она включала промывание свищей растворами протеолитических ферментов, химических антисептиков (хлоргексидин, диоксидин). Общая антибактериальная терапия антибиотиками не проводилась, так как выраженные склеротические изменения в кости, рубцы мягких тканей ограничивают проникновение препаратов в гнойные очаги.

При интраоперационной санации костных полостей и ран мягких тканей использовали такие способы, как механическая и химическая антисептическая обработка, лазерное воздействие.

Механическое воздействие включало в себя обработку костной полости долотом, фрезой и массивного промывания раны мягких тканей растворами антисептиков (первомур, хлоргексидин, диоксидин).

Дополнение интраоперационной механической и химической обработки ран воздействием NO-лазера также оказывало выраженное saniрующее действие, позволяя добиться более существенного снижения микробной обсемененности тканей, по сравнению с традиционными методами санации.

Для замещения костных полостей применяли пломбировочные материалы – 26 больных, близлежащими аутоканями на питающей сосудистой ножке – 9 больных. Дополнительно применяли аспирационно-промывное дренирование. Все эти способы широко применялись на завершающем этапе радикальной операции по поводу хронического посттравматического остеомиелита.

Для заполнения послеоперационной костной полости у больных с посттравматическим остеомиелитом применяли биоактивный материал, состоящий из гидроксиапатита, коллагена и антимикробного средства (линкомицина гидрохлорид, диоксидин, гентамицина сульфат, метронидазол) – «Коллапан». Наличие в «Коллапане» антимикробного средства и гидроксиапатита стимулирует развитие соединительной ткани, обеспечивает длительную антибактериальную активность. Коллаген обладает выраженными остеопластическими свойствами.

Анализ собственных наблюдений с использованием различных пластических материалов сложного состава показал, что применение их при хроническом остеомиелите должно быть строго индивидуальным.

Метод аспирационно-промывного дренирования костной полости после радикальной некрэксвестрэктомии применялся у всех больных.

Хорошие непосредственные результаты и, прежде всего, первичное заживление раны при использовании метода аспирационно-промывного дренирования, получены у 30 больных. У 5-ти пациентов результаты расценены как удовлетворительные (частичное нагноение раны). Отдаленные исходы у больных с хорошими и удовлетворительными ближайшими результатами изучены в сроки от 1 года до 5 лет. Результат расценивали как хороший – если случаев рецидива не отмечалось за срок наблюдения; удовлетворительный – если имели место редкие (не более одного раза в период наблюдения) рецидивы заболевания; плохой, если имели место рецидивы остеомиелита ежегодно – 3 случая.

Таким образом, санация гнойного очага при хроническом остеомиелите должна проводиться на всех этапах хирургического лечения больных при подготовке к операции, во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде. Наиболее эффективно комплексное использование механических, химических и физических средств антисептики.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Хворостов Е.Д., Морозов С.А., Захарченко Ю.Б., Герасимов Г.Н.

Украина, Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина,
кафедра хирургических болезней (зав. – проф. Е.Д.Хворостов)

Среди многих проблем совершенствования амбулаторной хирургии является повышение эффективности лечения гнойных заболеваний мягких тканей, как наиболее часто встречающейся патологии.

По данным проведенного анкетирования 76 амбулаторных хирургов о используемых методах лечения острых гнойных заболеваний получены следующие результаты. 75% опрошенных при лечении острых гнойно-некротических процессов мягких тканей не применяли активную хирургическую обработку гнойного очага (вскрытие гнойного очага с максимальным иссечением видимых на глаз девитализированных тканей). В большинстве случаев после вскрытия гнойного очага в I фазе раневого процесса применялся 10% раствор хлорида натрия, реже – раствор димексида, мазевые повязки. Радикальный метод лечения – иссечение локального гнойного очага в пределах здоровых тканей с наложением проточного дренирования в амбулаторных условиях не используется.

Материал и методика. Развитие современных технологий позволило применить при лечении острых гнойно-некротических процессов в амбулаторной практике комплексный метод лечения – активная хирургическая обработка раны в сочетании с ультразвуковой кавитацией и последующим использованием в фазе гидратации абсорбирующих альгинатных повязок Sorbalgon (Hartmann, Германия). По данной методике лечение проведено 160 больным. Контрольную группу составили 110 больных, которым после вскрытия гнойного очага использовались повязки с 10% раствором хлорида натрия. Во II фазе раневого процесса лечение в обеих группах осуществлялось с использованием мазей на липофильной основе, наложением вторичных швов.

Обсуждение. Результаты лечения в основной группе были достоверно и существенно лучше. Очищение ран происходило после 2 перевязок (85%), реже после 3. Характерной особенностью данной методики было параллельное очищение ран с развитием грануляционной ткани, выраженной контракцией и краевой эпителизацией. Есть основания полагать, что это обусловлено опосредованной стимуляцией регенерации биологически активными веществами тканевого происхождения, появляющимися в ране вследствие интенсивного уменьшения девитализированных тканей, ультразвуковой кавитацией и нетравмирующих альгинатных повязок.

Длительность временной нетрудоспособности основной группы была в 2,5–3 раза меньше, чем контрольной. Эффективное очищение раны позволило у 26% больных основной группы наложить ранние вторичные швы, в контрольной – у 12%.

Выводы. Применение комплексного лечения гнойно-некротических процессов в амбулаторной практике является достаточно эффективным методом в сравнении с монотерапией, что позволило снизить сроки заживления ран, уменьшить длительность временной нетрудоспособности больных.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ

Титов Р.С., Клюквин И.Ю., Бялик И.Ф., Филиппов О.П.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с открытыми переломами костей дистального отдела голени, включая систематизацию хирургического пособия и усовершенствование методов местного лечения раны.

Материалы и методы: 17 больных с данным видом травмы, пролеченные комплексным методом (основная группа); 91 больной, пролеченный традиционным методом (контрольная группа). В работе использовали классификацию тяжести открытых повреждений Густило-Андерсен.

Обсуждение: При I типе открытого повреждения мы считаем проведение первичного остеосинтеза нецелесообразным, ограничиваясь обработкой раны. При II и III типе открытого повреждения хирургическую обработку открытого перелома производим в полном объеме с обязательным использованием вакуумирования при промывании сустава растворами антисептиков. В конце оперативного вмешательства мы устанавливаем в голеностопный сустав микроирригатор, по которому в послеоперационном периоде вводим в сустав лекарственные препараты – антибиотики, кадаверную фибринолитически активную плазму (ФАП), фаги. Для фиксации костных отломков при II и III типе открытого повреждения применяем аппараты наружной фиксации, трансартрикулярную фиксацию, погружной остеосинтез. В послеоперационном периоде проводим комплексное лечение, включающее: инфузионно-трансфузионную, антибактериальную, иммунную терапию, физиотерапию (ГБО и КВЧ-терапия). Особенностью местного лечения является использование ФАП, которую вводим по микроирригатору. Местное применение ФАП способствует предотвращению тромбообразования, что в свою очередь приводит к улучшению микроциркуляции, восстановлению жизнеспособности поврежденных тканей, находящихся в состоянии парабиоза.

Результаты: В контрольной группе больных количество глубоких гнойных осложнений составляло 12%, в то время как в основной группе пациентов глубоких гнойных осложнений мы не наблюдали.

«Вывод»: использование предложенного комплекса лечебных мероприятий позволило предупредить развитие глубоких гнойных осложнений у больных с тяжелой травмой голеностопного сустава.

ЛАБОРАТОРНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ «ХИТАЛ-БИО»

Шандуренко И.Н., Добыш С.В., Аванесян А.Р., Фрончек Э.В.

¹ ФГУ Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого,
Красногорск, Россия

² ГУ институт хирургии им. А.В.Вишневого РАМН

³ ООО Научно-производственное предприятие «Эрлон» Лтд., Москва, Россия

Актуальность. Для каждой стадии раневого процесса, с учетом особенностей его течения, требуется выбор соответствующих перевязочных средств. Для обеспечения надежного лечебно-профилактического эффекта повязки должны удовлетворять ряд основных требований, включающих минимальную травматизацию раневой поверхности при наложении и снятии повязки, достаточную сорбционную способность, предотвращающую скопление

раневого экссудата под повязкой, антимикробную и гемостатическую активность, плотное прилегание к раневой поверхности и местноанестезирующее действие.

Цель: Улучшение результатов лечения гнойных ран путем направленного применения новых биологически активных перевязочных средств на основе полисахаридных комплексов.

В ООО НПП «Эрлон» разработаны новые раневые покрытия «ХИТАЛ-БИО», представляющие собой губчатые и пленочные перевязочные средства на основе альгинат-хитозановых и альгинат-карбоксиметилхитозановых полисахаридных комплексов с иммобилизованными антимикробными препаратами (хлорексидином биглюконатом или сангвиритрином) и местноанестезирующим препаратом анилокаином.

Материалы и методы. Экспериментальное изучение лечебного действия образцов комбинированных повязок проводили на беспородных нелинейных белых крысах весом 150–200 г.

Контроль течения раневого процесса осуществляли на основании ряда клинических критериев: купирования явлений перифокального воспаления, времени появления грануляций, сроков очищения раны, начала краевой эпителизации и скорость сокращения раневого дефекта.

Результаты. Установлено, что все варианты пленочных покрытий на основе полисахаридных комплексов паропроницаемы, скорость их смачивания находится на уровне от 2 до 60 секунд.

Перевязочные средства «ХИТАЛ-БИО» имеют достаточно высокие сорбционные параметры как по воде, так и по крови. При контакте с водой пленки через 2 минуты превращались в гель, а при взаимодействии с цитратной кровью - адсорбировали на своей поверхности крупные кровяные тельца.

Пленочные покрытия хорошо моделируются и прилегают к поверхности раны. Снятие перевязочных средств «ХИТАЛ-БИО» осуществлялось достаточно легко, без видимой травматизации подлежащих тканей.

Установлено, что анилокаин хорошо совмещается с полисахаридными комплексами и существенного влияния на физико-химические свойства пленок и их гемостатическую активность не оказывает.

В процессе эксперимента выявлено, что при наложении пленочных покрытий с анилокаином местноанестезирующий эффект наступает через 4–6 минут и продолжается до 4–5 часов. Время гемостаза находится в интервале от 40 до 60 сек.

По данным результатов динамического микробиологического анализа экспериментальных животных ни в одном из наблюдений развития процесса нагноения в ранах не отмечено.

Выводы. Таким образом, проведенные экспериментально-лабораторные исследования подтверждают высокую эффективность разработанных раневых покрытий «ХИТАЛ-БИО» в лечении гнойных ран и позволяют использовать в клинических условиях.

ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

*Юдин В.Е., Кильдяшов А.В., Болотников А.И., Розанов В.Е.,
Карабач В.В., Степнов А.А.*

150 ЦВГ КВ, Краснознаменск

Цель. Определить возможности видеолaparоскопической техники для диагностики и лечения перитонита при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 414 больных острыми хирургическими заболеваниями, осложненными перитонитом: острый аппендицит (14,6%), перфоративная гастродуоденальная язва (18,9%), спаечная кишечная непроходимость (16%), послеоперационный перитонит (9%), пельвиоперитонит (6,1%), острый мезентериальный тромбоз (3,8%), закрытая травма живота с повреждением полых органов (31,6%). Средний возраст больных составил 31,4±1,9 лет. Классификацию перитонита осуществляли на основании рекомендаций В.Д.Федорова и соавт., 2000: местный перитонит имел место у 30,7% больных, распространенные формы были у 69,3% пациентов. Тяжесть

и исход перитонита оценивали по МИП. При МИП менее 20 баллов перитонит расценивался 1 ст. тяжести, частота которого составила 34%, от 20 до 30 баллов – 2 ст. – 52,8%, и более 30 баллов – 3 ст. – 13,2%. Перитонеальный экссудат включал различное количество организмов: анаэробы – $5,09 \pm 0,26$ Ig КОЕ/г, аэробы – $6,55 \pm 0,33$ Ig КОЕ/г.

Результаты исследования и обсуждение. В 53,8% случаев для удаления источника перитонита осуществляли лапаротомию, в 46,2% – использовали лапароскопическую технику, осуществляя при этом: аппендэктомию (23), ушивание перфоративных гастродуоденальных язв (29), адгезиолизис (27), ушивание ран тонкой кишки (19). В первом случае осуществляли назоинтестинальную интубацию тонкой кишки «традиционным» методом, во-втором – эндоскопическое проведения декомпрессивного зонда в тонкую кишку под рентгентелевизионным контролем.

При тяжести перитонита до 20 баллов по МИП брюшную полость после промывания раствором фурацилина 1:5000 тщательно осушали, после чего в нее однократно вливали 400–600 мл раствора гипохлорита натрия в концентрации 900–1200 мг/л. Отлогие места брюшной полости дренировали полихлорвиниловыми трубками, которые перед вливанием раствора гипохлорита пережимали. Дренажи открывали через 1,5–2 часа после операции. При распространенном перитоните с тяжестью более 20 баллов по МИП осуществляли динамическую видеолапароскопию. Методика выполнения ее заключалась в следующем: в конце операции параумбиликальный 10-мм троакар заменяли специальной гильзой. Через последнюю, при необходимости, повторно вводили лапароскоп, накладывали пневмоперитонеум, промывали брюшную полость гипохлоритом натрия в объеме до 400–800 мл в концентрации 600 мг/л. В среднем потребовалось 2-3 таких вмешательств ежедневно или через день. Эта методика позволяла без повторного введения троакаров проводить местное лечение перитонита вплоть до стихания воспалительного процесса, а также осуществлять контроль за выполненной операцией.

Заключение. При перитоните от 20 до 30 баллов тяжести по МИП и бактериальной контаминации, не превышающей 10^{3-5} мт/г, видеолапароскопическая техника позволяет во всех случаях выполнить качественную санацию брюшной полости во время устранения источника перитонита. При тяжести перитонита более 30 баллов по МИП и суммарной бактериальной контаминации перитонеального экссудата, превышающей 10^5 мт/г., целесообразно дополнительно осуществлять динамическую санационную видеолапароскопию.

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Бордаков В.Н.

Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Минск

Цель исследования – оценка эффективности чрезкожной пункции и/или дренирования под контролем сонографии в комплексном хирургическом лечении абсцессов брюшной полости.

Материалы и методы: в послеоперационном периоде абсцессы брюшной полости у 60 пациентов были выявлены с помощью ультразвукового исследования, а у 20 – компьютерной томографии. Традиционному оперативному лечению с динамическим контролем сонографии подверглось 35 пациентов с абсцессами брюшной полости. У 21 больного вскрытие абсцесса осуществляли из кратчайшего расстояния над определяемыми с помощью ультразвукового исследования гнойными полостями, у 14 – применялись классические доступы. Чрезкожная пункция и/или дренирование под контролем сонографии было выполнено – 45 пациентам.

Результаты и обсуждение: пункция и дренирование абсцессов под контролем ультразвука проведены у 45 пациентов. У 32 больных оперативное вмешательство было завершено дренированием полости абсцесса двухпросветной трубкой с последующим проведением аспирационно-промывного дренирования. У остальных 13 больных дренажные трубки устанавливались на пассивный отток.

Показанием к пункции гнойной полости при ультразвуковом исследовании служили размеры образования более 10 мм, а главным условием – визуализация кончика иглы в ходе ма-

нипуляции, что позволяло избежать ранения внутренних органов и крупных сосудов и обуславливало направленность и безопасность пункции. У 5 больных диаметр абсцесса был менее 50 мм, у 34 пациентов – 50–100 мм. У 6 пациентов – более 100 мм.

Абсолютных противопоказаний к проведению чрезкожного дренирования мы не выявили. Относительными противопоказаниями к пункции и дренированию считаем: несостоятельность межкишечных анастомозов с подтеканием содержимого в брюшную полость; необходимость дренирования тонкой кишки в условиях её пареза; наличие множественных межпетельных абсцессов.

Из 45 больных, которым выполняли инвазивное вмешательство под контролем УЗИ, лишь у одного пациента не был достигнут положительный лечебный эффект. У остальных больных после санации очага отмечалась на 2–4-е сутки нормализация температуры, снижение лейкоцитоза, улучшение общего состояния.

Выводы: Сонографическое исследование живота позволяет получить подробную информацию о локализации источника воспаления и степени его распространенности, успешно осуществлять динамический контроль за лечением, Метод дает возможность эффективно проводить пункцию, санацию и дренирование послеоперационных абсцессов брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ В РЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДОМ НЕПРЕРЫВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ

Зубрицкий В.Ф., Фоминых Е.М., Самойлов О.А., Селезнёв В.В.

Кафедра военно-полевой хирургии ГИУВ МО РФ,
29 городская клиническая больница г.Москвы

В климатических условиях России лечение больных с отморожениями конечностей является чрезвычайно актуальным. К сожалению, большинство больных поступает в лечебные учреждения в реактивном периоде, поэтому определение объема лечебных мероприятий в этой стадии представляет значительные трудности. Основными задачами этого периода мы считаем: восстановление кровообращения в пораженных тканях, предупреждение их некроза и купирование токсемии. В настоящее время стандартные лечебные мероприятия включают введение антикоагуляционных, сосудорасширяющих, десенсибилизирующих, противовоспалительных препаратов, дезагрегантов, местную терапию. Однако традиционное лечение нередко оказывается малоэффективным, а результаты проведенной терапии неудовлетворительными. В связи с этим в комплекс лечебных процедур был включен внутриартериальный способ введения препаратов. Преимущества данного метода связаны с возможностью создания большой концентрации лекарственных средств в очаге поражения, равномерным и длительным их поступлением в пораженные ткани, отсутствием на пути введения капиллярных фильтров паренхиматозных органов, редкими аллергическими осложнениями.

Лечение больных с отморожениями нижних конечностей проводилось методом непрерывной внутриартериальной инфузии лекарственных средств с помощью инфузомата. Катетеризация магистральной артерии конечности выполнялась по методике Сельдингера. Суточный объем инфузии и дозировки лекарственных средств были такими же, как и при традиционном лечении.

Комбинированная смесь была введена 12 пациентам с отморожениями нижних конечностей. Регионарная перфузия проводилась в течение 5-10 суток. После завершения инфузии было отмечено существенное уменьшение интоксикации, интенсивности болевого синдрома, местных воспалительных проявлений, а у 1 больного – полное восстановление чувствительности и кровообращения в пораженной конечности.

Таким образом, выбранный нами метод непрерывной внутриартериальной инфузии при лечении больных с отморожениями является перспективным и заслуживает дальнейшего применения при лечении данного вида патологии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Сахаров А.В.¹, Рязанов Н.В.², Пономарев С.Ю.³

¹ 1586 Окружной военный клинический госпиталь, Подольск, Россия

² Российский медицинский научный центр имени Н.И.Пирогова, Москва, Россия

³ Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва, Россия

Цель: определение оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы: за период 1997–2005 гг. в отделении гнойной торакоабдоминальной хирургии на лечении находились 58 больных (90% – мужчины) по поводу неспецифической эмпиемы плевры. Средний возраст составил 37 лет. Чаще эмпиема плевры наблюдалась справа – в 44 (76%) случаях, в 20 (34%) сочеталась с деструкцией легочной ткани.

Диагностический алгоритм обследования больных эмпиемой плевры включал в себя многоосевую рентгеноскопию и обзорную рентгенографию в прямой и боковой проекции, УЗИ, а при необходимости и КТ грудной клетки, ФБС, диагностическую плевральную пункцию с последующим бактериоскопическим и бактериологическим исследованием полученной жидкости.

Обсуждение: определение тактики лечения больных с эмпиемой плевры требует комплексного подхода. Основой является адекватная санация гнойного очага. У 48 больных произведена пункция и дренирование полости эмпиемы плевры под контролем УЗИ по Сельдингеру с последующей фракционной санацией и активной аспирацией (при наличии эмпиемы плевры более 200,0 мл).

Практически всем больным в комплексное лечения включались УФО крови, АЛОК, озонотерапия. Озонотерапия осуществлялась внутривенным введением озонированного физиологического раствора и промыванием полости эмпиемы с концентрацией остаточного озона 2-4 мг/л и 4-6 мг/л соответственно. 45 больным с 2 суток после дренирования эмпиемы плевры проводилась обработка плевральной полости через дренажи воздушно-плазменным потоком аппаратом «Плазон» в режиме NO-терапии 3 минуты с максимальной подачей потока. В 12 случаях применены хирургические методы детоксикации (плазмозферез, гемосорбция). У 18 больных выявлены бронхоплевральные свищи, которые в 15 случаях закрылись самостоятельно, а в 3 случаях потребовалась селективная обтурация бронха.

Результаты: летальных исходов не было. В 17 случаях исходом лечения был ограниченный фиброторакс, в остальных случаях наступило выздоровление. Продолжительность лечения составила 9–52 суток, средний койко-день – 22,0 суток.

Вывод: сочетание малоинвазивных методов хирургического лечения с комплексной адекватной консервативной терапией позволили добиться высокого показателя выздоровления и снижения продолжительности лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ АУТОЛИМФОТЕРАПИИ

Магомедов М.М., Алигаджиев Д.М., Магомедова З.А., Магомедова П.М.

г. Махачкала

Лечение гнойно-септических заболеваний и осложнений является одним из сложных процессов хирургии. Многофакторность и тяжесть нарушений, возникающих при этих заболеваниях, обуславливает значительные трудности в их лечении. Поэтому остро стоит проблема совершенствования существующих и разработки новых методов лечения гнойно-септических заболеваний. Нами при лечении 34 больных в возрасте от 15 до 75 лет применено облучение лимфы у больных сепсисом.

Тем более, что основным путем транспорта токсинов и микробов в кровеносное русло, а также и место их концентрации является лимфатическая система. Для облучения центральной лимфы использовали гелий-неоновый лазер ЛГ-75, излучение длинной волны 632,8 нм, с мощностью 10 мВт, доза облучения – 2,4 Дж/см². Первая порция лимфы, полученной из дренированного грудного протока в количестве 300–350 мл, не обладалась и не проводилась переливание, как бактериально загрязненная и токсичная.

Вторая порция лимфы в количестве 400–450 мл. облучалась в течение 10 мин., после чего проводилась ее реинфузия – 300 мл внутривенно и 100 мл эндолимфатически. Длительность лечения 3–5 суток. После первых сеансов отмечено улучшение состояния больных, снижение температуры тела, ускорение репаративных процессов в ранах.

Клиническое улучшение состояния сопровождалось улучшением иммунной реактивности организма, проявляющееся увеличением содержания антистафилолизина в лимфе с 0,130 до 2,9 АЕ/мл, повышением показателей завершенности фагоцитоза с 0,86 до 1,6, повышением индекса дезинтоксикации с 2,5 до 4,9. Значительно снижается токсичность лимфы и крови.

Применение данного метода в комплексе лечебных мероприятий у больных с сепсисом позволила добиться выздоровления у 25 больных.

Таким образом, лечебное действие лазерной аутолимфотерапии в определенной степени обусловлено как его способностью оказывать иммунокорректирующие действие, приводящее к усилению физиологической элиминации антигенов разного происхождения, так и непосредственным воздействием на токсические метаболиты в крови и лимфе.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПСИСОМ

Магомедов М.М., Алигаджиев Д.М., Магомедова П.М.

г. Махачкала

Проблема сепсиса является общеклинической и сохраняет свою актуальность в связи с тяжелым течением болезни и высокой летальностью от развивающихся осложнений. Серьезную проблему представляет сепсис в хирургической клинике. Так, по данным ряда авторов (Савельев В.С. 2001г.; Беларуков Ю.Н. и соавт. 1993г.; Alexander J.W. 1994г.). В последние годы частота хирургического сепсиса значительно увеличилась и колеблется от 0,1 % до 15 %.

Цель исследования: определение частоты развития сепсиса при острой кишечной непроходимости, выявление причин их возникновения, и тактика лечения.

Материалы и методы. Изучены клиника и результаты лечения 286 больных с острой кишечной непроходимостью в возрасте от 18 до 88 лет. Мужчин было 156, женщин 130. Диагноз, как осложнение острой кишечной непроходимости наблюдали у 24 (8,3 %) больных.

Диагноз «сепсис» ставили по следующим критериям:

- а) высокая температура (свыше 39 °.) или низкая (ниже 36 °.);
- б) лейкоцитоз или лейкопения;
- в) частота дыхания более 30 в мин.;
- г) частота сердечных сокращений свыше 96 в мин.;
- д) полиорганная недостаточность;
- е) бактериемия.

Диагноз сепсиса базировался на основании клинко-эпидемиологических данных и подтверждался данными лабораторного исследования.

Основные результаты развития сепсиса происходило при наличии высоких экзотоксемии – уровень МСМ выше 0,560 у.е., ЛИИ – выше 3,9, обнаружения антител возбудителя.

Исследование параметров иммунитета показало, что основные показатели Т и В-лимфоцитов оставались на низком уровне. У этих же больных также выявлено значительное снижение показателей общей популяции лимфоцитов. Предрасполагающими факторами были наличие хронических сопутствующих заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, печени и почек.

Развитию сепсиса предшествовали: синдром дыхательных расстройств (СДР) у 4 больных, синдром почечной дисфункции (СПД) – у 4 больных, синдром печеночной дисфункции – у 2, энцефалопатия (ЭП) – у 2 стресс – язвы ЖКТ – у 1, ДВС-синдром – 4, синдром кишечной недостаточности (СКН) – у 4 больных.

Во всех случаях отмечены различные компоненты органной дисфункции ЭП.

Наиболее частыми из них были СДР+СКН+СПД (62,5%) и СДР+СПД (33,3%).

По нашим данным, в развитии сепсиса синдром кишечной недостаточности играет ведущую роль.

Развитию сепсиса при кишечной непроходимости способствуют факторы, определяющие низкую резистентность к агрессии – пожилой и старческий возраст, хронические сопутствующие заболевания, нарастающая тяжесть интоксикации.

Таким образом, данные нашего исследования демонстрируют, что сеансы лазерного облучения крови (ВОЛК) в сочетании с эндолимфатическим введением антибиотиков, антиоксидантов способны оказать нормализующее влияние на функциональную активность лейкоцитов и системы ПОЛ – АОС у больных ОСКН, подтверждают детоксикационное и иммунокорректирующее действие лазерного облучения с эндолимфатическим введением лекарств. При этом такой эффект обусловлен способностью лазерного облучения восстанавливать функциональные возможности лейкоцитов и активизировать ферменты АОС, а эндолимфатическое введение антибиотиков и антиоксидантов токсических соединений и уменьшения их повреждающего действия на клетки.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Лобаков А.И., Мокин М.В., Бирюшев В.И., Кошелев Р.В.,
Морохотов В.А., Сачелашвили Г.Л.*

Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ), Москва, Россия

Лечение больных с заболеваниями желчных протоков осложненных механической желтухой и гнойным холангитом является сложным и актуальным вопросом хирургической гепатологии. Гнойный холангит с развитием холангиогенного сепсиса и полиорганной недостаточности, стоит на первом месте среди причин летальности которая у данной категории больных достигает 60%.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных гнойным холангитом, используя малоинвазивные операции в рамках разработанного лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы исследования: результаты лечения 80 пациентов с заболеваниями желчных протоков, осложненных гнойным холангитом. Разработан и применен лечебно-диагностический алгоритм, основные направления которого – интенсивная инфузионная, антибактериальная и корригирующая терапия, детоксикация организма, выполнение диагностических мероприятий в срочном порядке наряду с лечебными мероприятиями или после выполнения дренирующей операции, максимально ранняя декомпрессия и санация желчных протоков при помощи малоинвазивных вмешательств, коррекция сопутствующей патологии и симптоматическая терапия.

Результаты и обсуждение: явления гнойного холангита купированы в течение двух недель. У большинства пациентов с 3 по 7 сутки отмечено ухудшение функций печени и почек, с постепенной нормализацией показателей к 14 суткам после операции, что подтверждается литературными данными. Летальность больных составила 18,6%. Средний послеоперационный койко-день составил 15,8 дня. Длительность нахождения в стационаре составила 21,8 дня.

Выводы: применение лечебно-диагностического алгоритма позволило улучшить результаты лечения больных с гнойным холангитом.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ПАНАРТРИТОВ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С ПОРАЖЕНИЕМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Щадько А.А., Рушай А.К., Бодаченко К.А., Борисов В.Ю.
ДНИИТО Донецкого госмедуниверситета им. М.Горького

Актуальность темы. Панартриты голеностопного сустава со значительным поражением метаэпифиза большеберцовой кости являются частой и тяжелой патологией. Однозначного общепринятого решения ее не существует.

Цель работы. Целью нашей работы явилась формирование принципов и изучение результатов лечения больных с панартритами голеностопного сустава со значительным поражением метаэпифиза большеберцовой кости.

Материалы и методы исследования. В ОКГИ ОКТБ г.Донецка в 2003–2006 гг. находилось на лечении 10 больных от 28 до 48 лет с панартритами голеностопного сустава со значительным поражением метаэпифиза большеберцовой кости. Хирургическое лечение таких больных заключалось в следующем. Производилась сегментарная резекция нижней трети большеберцовой кости, накладывался аппарат внешней фиксации в нейтральном положении с возможностью замещения дефекта. На 7-й день выполнялась полужакрытая остеотомия большеберцовой кости и замещался дефект по Илизарову. Затем нами выполнялось открытое сопоставление низводимого фрагмента большеберцовой кости с таранной костью.

В комплексную терапию входила антибиотикотерапия (ципринол, эфлоран, таргоцид), эндотелиопротективная терапия, витаминотерапия, адекватное обезболивание. Использовались физиотерапевтические методы лечения.

Выводы.

1. Тактика лечения больных с панартритами голеностопного сустава с поражением метаэпифиза большеберцовой кости заключалась в сегментарной резекции пораженного участка, пластикой по Илизарову с последующим сопоставлением низводимого фрагмента с таранной костью;

2. Эффективность предложенного лечения верифицирована:

- во всех случаях был купирован гнойный процесс;
- сроки пребывания в стационаре составили в среднем 42 ± 2 дня, что было обусловлено временем, затраченным на замещение дефекта;
- удалось восстановить опорную функцию пораженной нижней конечности во всех случаях в среднем через $127,6 \pm 7,5$ дня.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ПАНАРТРИТОВ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТАРАННОЙ КОСТИ

Щадько А.А., Рушай А.К., Бодаченко К.А., Борисов В.Ю.

ДНИИТО Донецкого госмедуниверситета им. М.Горького

Актуальность темы. Гнойные артриты нижних конечностей занимают одно из ведущих мест как по частоте, так и по длительности потери трудоспособности. При тотальном поражении таранной кости тактика неоднозначна и окончательно не решена.

Цель работы. Целью нашей работы являлось формирование тактики и изучение результатов лечения больных с панартритами голеностопного сустава с преимущественным поражением таранной кости.

Материалы и методы исследования. В ОКГИ ОКТБ г.Донецка за 2003–2006 гг. находилось на лечении 8 больных от 20 до 48 лет с панартритами голеностопного сустава с преимущественным поражением таранной кости.

У этих больных нами выполнялся большеберцево-пяточный артродез с астрагалэктомией. Из типичного разреза полностью удалялась таранная кость, а затем выполнялась резекция суставной поверхности большеберцовой и пяточной костей. Производилось сопоставление большеберцовой и пяточной костей с внеочаговой фиксацией.

В комплексную терапию входила антибиотикотерапия, эндотелиопротективная терапия (Рефортан, Стабизол), витаминотерапия, периоперационное мультимодальное обезболивание с применением династата. Использование физиотерапевтических методов лечения способствовало уменьшению сроков лечения.

Эффективность лечения оценивалась с использованием общеклинических исследований, данных электромиографии, реовазографии, хронаксиметрии, весовой нагрузки.

Выводы.

1. Хирургическая тактика лечения больных с панартритами голеностопного сустава с преимущественным поражением таранной кости состояла из астрагалэктомии и этапа артродеза с сопоставлением большеберцовой и пяточной костей;

2. Эффективность предложенного лечения была доказана тем, что:
- во всех случаях был купирован гнойный процесс;
 - удалось восстановить опорную функцию пораженной нижней конечности во всех случаях в среднем через $90,3 \pm 6,8$ дня.

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Охотский В.П., Бялик И.Ф., Звездина М.В., Клюквин И.Ю.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва.

Цель: Огнестрельная травма мирного времени занимает значительное место среди открытых повреждений конечностей и все чаще является причиной развития гнойных осложнений. Профилактика и лечение гнойных осложнений и есть цель нашей работы.

Материалы и методы: В среднем в год в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского поступает около 40 человек с огнестрельными ранениями конечностей различной локализации. Результаты лечения больных с огнестрельными ранами изучили у 159 больных и у 48 больных с огнестрельными переломами.

Результаты: Проанализировав результаты, мы выделили 4 фактора влияющих на течение раневого процесса: 1) время от получения травмы до проведения первичной хирургической обработки (ПХО) раны; 2) качество проведенной операции ПХО раны; 3) обеспечение стабильной фиксации отломков; 4) достаточное дренирование раневой полости.

Обсуждение: В среднем ПХО проводили в сроки до трех часов после получения травмы, осуществляли ее по общепринятым канонам военно-полевой хирургии и дополняли ее адекватным дренированием (марлевыми салфетками с антисептиками или аспирационно-промывным дренированием). В случаях огнестрельных переломов при проведении ПХО наиболее эффективными для стабильной фиксации с наименьшей травматизацией поврежденных конечностей, были стержневые аппараты наружной фиксации (АНФ) и аппараты Илизарова. В комплекс лечения входили антибактериальная, трансфузионная, иммунная терапии, а также препараты, улучшающие микроциркуляцию поврежденных конечностей. Снятие аппаратов АНФ, либо наложение циркулярных гипсовых повязок, либо операции вторичного остеосинтеза производили в сроки до 1,5 месяцев. Одному больному произведена ампутация голени в связи с нагноением и тромбозом сосудов. Летальный исход был у одного больного с флегмоной плеча, грудной клетки и пневмонией.

Выводы: Ранняя радикальная первичная хирургическая обработка огнестрельных ран в комплексе со стабильной фиксацией отломков и достаточным дренированием эффективно позволили предупредить развитие инфекции и добиться сращения огнестрельных переломов в анатомически правильном положении отломков.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И МНОГОФАКТОРНЫМИ ОЖГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Кравцов С.Н., Воронцов И.Б.

1586 Окружной военный клинический госпиталь, Подольск, Россия

При комбинированных ожоговых поражениях вероятность неблагоприятного исхода из-за развития синдрома взаимного отягощения превышает простую сумму вероятностей по каждому из повреждающих факторов в отдельности. Тяжесть и специфика поражений однозначно диктует необходимость раннего интенсивного лечения, для реализации чего необходимо построение определенной системы медицинской помощи. Оптимальным вариантом оказания медицинской помощи таким пострадавшим в условиях локальных военных конфликтов является двухэтапный, при котором раненый после оказания доврачебной или первой врачебной помощи быстро, предпочтительно авиатранспортом, доставляется в лечебное учреждение этапа специализированной помощи, минуя этап квалифицированной помощи. Такая система позволяет осуществлять ранее патогенетическое лечение

пострадавших, предупреждать развитие у них тяжелых осложнений раневой или ожоговой болезней.

В лечении таких пострадавших с самого начала должны принимать участие специалисты – хирурги, комбустиологи, травматологи и др. Содержание медицинской помощи и последовательность лечебных мероприятий при механо-ожоговом поражении определяется ведущим на данный момент компонентом. При этом все хирургические вмешательства выполняют по жизненным показаниям на фоне проводимой интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии.

Особенность диагностического процесса при КП, проводимого уже в приемном отделении ВГ, заключается в выявлении повреждения, формирующего ведущее звено патогенеза. Для этого специалистами осуществляется активная диагностика повреждений по соответствующим областям тела и системам организма. Так, нарушения функций центральной нервной системы являются показанием для проведения рентгенографии черепа, люмбальной пункции, эхоэнцефалоскопии и других информативных диагностических приемов и исследований, выполняемых нейрохирургами. Нарушения в системе внешнего дыхания служат показанием для активной диагностики повреждений легких и плевральных полостей. Важными методами диагностики являются рентгенография груди и диагностическая плевральная пункция, фибробронхоскопия. Алгоритм диагностических действий по выявлению причин нарушений в системе кровообращения следующий: определение ориентировочной величины кровопотери, определение источника кровотечения, выявление возможного ушиба сердца.

Хирургическая тактика при КП имеет отчетливую специфику, определяющую сроки, очередность и последовательность выполнения оперативных вмешательств. Как и при любой травме (ранении), без предоперационной подготовки выполняются оперативные вмешательства по жизненным показаниям (преимущественно операции по устранению острой дыхательной недостаточности и остановки кровотечения). Во вторую очередь выполняются те оперативные вмешательства, невыполнение которых ведет к развитию тяжелых осложнений (лапаротомии при повреждении полых органов, операции при внебрюшинных повреждениях тазовых органов, ампутации конечностей при отсутствии продолжающегося кровотечения и т. п.). Срочным операциям предшествует короткая (в течение 2-3 ч) предоперационная инфузионная и медикаментозная терапия, а также инструментальная диагностика. Наконец, в последнюю очередь выполняются отсроченные операции, к которым следует отнести, остеосинтез переломов длинных трубчатых костей, костей таза, первичную хирургическую обработку ран и т.п.

Особенность интенсивной терапии при КП заключается в необходимости ее индивидуального и избирательного проведения. Интенсивная терапия рациональна тогда, когда направлена на ведущее звено (или сочетание нескольких звеньев) патогенеза травмы или поражения (кровопотеря, плазмопотеря, ушиб головного мозга, ушиб сердца, ушиб легких, травматический эндотоксикоз). При острой массивной кровопотере тактика лечения пострадавшего с комбинированным ожоговым поражением может существенно измениться. Развитие тяжелой формы гипоксии при кровопотере в комбинации с ожоговой травмой часто приводит к развитию декомпенсированного шока, требующего неотложной комплексной инфузионно-трансфузионной терапии с использованием препаратов крови и коллоидов для быстрой стабилизации гемодинамики. Предпочтительной является многокомпонентная инфузионная терапия, включающая последовательное введение кристаллоидно-коллоидных плазмозаменителей. Неэффективность инфузионно-трансфузионной терапии (в виде нестабильности гемодинамики) требует изменения лечебной тактики. Необходим диагностический поиск природы гипотонии (невосполненный ОЦК, продолжающееся внутреннее кровотечение, инфаркт миокарда, ушиб сердца, аритмия и т.д.).

Эффективность лечения шока может быть повышена за счет использования препаратов антигипоксанта и антиоксиданта действия. В распоряжении врачей в настоящее время есть арсенал лекарств, уменьшающих или даже устраняющих проявления и последствия тканевой гипоксии. Это солевые растворы, содержащие в своем составе фумарат натрия – мафусол и полиоксифумарин. Препараты вызывают стойкое и эффективное восстановление центральной гемодинамики и диуреза, улучшают микроциркуляцию, показатели КОС и митохондриального метаболизма. Другим принципиально новым направлением инфузионной терапии является использование антиоксидантов. Введение препаратов супероксиддисмутазы повышает напряжение кислорода в тканях (рост PO_2 в среднем составляет 10 мм рт.ст.), увеличивает насыщение крови кислородом, уменьшает выраженность метаболического

ацидоза и тахипноэ. В большинстве случаев это позволяет добиться стабилизации гемодинамических показателей (повышения систолического артериального давления на 10–20 мм рт.ст., урежения частоты сердечных сокращений на 10–25 ударов в минуту). Во всех случаях уже спустя 10–15 мин после введения снижается уровень токсичных радикалов кислорода и продуктов перекисного окисления липидов.

При ожогах и термохимических поражениях дыхательных путей наиболее информативным и легко выполнимым методом диагностики является фибробронхоскопия. Во время её выполнения возможно выполнение бронхоальвеолярного лаважа, биопсии и эндобронхиального введения лекарственных препаратов.

Отдельного рассмотрения требует вопрос о выборе оптимальной лечебной тактики при необходимости полостного оперативного вмешательства у обожженных, когда оперативный доступ осуществляется через ожоговую рану. Опыт выполнения таких операций у большинства хирургов отсутствует. Широко использовавшаяся и не утратившая своего значения в неотложной абдоминальной хирургии диагностическая лапаротомия, как правило, неприемлема, потому что может усилить имеющуюся травму и ускорить гибель больных. Частота диагностических и тактических ошибок может быть уменьшена при использовании инструментальных и малоинвазивных методов исследования, не усугубляющих тяжесть состояния пострадавших (фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, диагностический лапароцентез и др.). Большое значение в этих условиях приобретает диагностическая лапароскопия. Она малотравматична, дает довольно полную картину патологии внутренних органов. Наиболее реально применение таких исследований, если лечение обожженных происходит в условиях хорошо оснащенного многопрофильного лечебного учреждения.

Оперативные вмешательства по поводу острого живота у обожженных чаще всего относятся к категории операций значительного или чрезвычайного риска, чем и обусловлена большая летальность среди таких пациентов. Опыт клиники термических поражений ВМедА свидетельствуют, что если операция жизненно показана, вскрытие брюшной полости через ожоговую рану допустимо. Операционная рана может быть ушита наглухо лишь в том случае, если имеются ожоги II–IIIa степени. При глубоких ожогах обычно зашивают лишь брюшину и апоневроз. Кожная рана заживает вторичным натяжением, либо на нее накладывают поздние вторичные швы.

Анализируя системы оказания медицинской помощи обожженным с комбинированными поражениями в ходе вооруженных конфликтов на Северном Кавказе, можно сделать вывод о том, что они постоянно совершенствовались. Деятельность органов медицинского управления, направленная на повышение лечебно-диагностических возможностей военно-медицинских формирований, позволила значительно улучшить все показатели, характеризующие эффективность работы военно-медицинской службы. Использование на практике рассмотренных нами современных подходов в оказании помощи пострадавшим с комбинированными ожоговыми поражениями в 1999–2001 гг. позволило повысить качество лечения этой категории пациентов. Как следствие, летальность среди них составила 7,3 %, что на 6,2 % ниже, чем во время боев 1994–1996 гг.

ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Бондаренко А.В., Розанов В.Е., Болотников А.И.

Кафедра хирургии ГИУВ МО РФ, клиническая больница №123 ФМБА России

Цель исследования. Оценить эффективность лечения эмпиемы плевры с использованием видеоторакоскопической техники у пострадавших с травмой груди

Материалы и методы. Оперативная видеоторакоскопия (ОВТС) применена у 49 пострадавших с сочетанной травме груди $26,8 \pm 2,5$ баллов по ISS, осложненной эмпиемой плевры. Средний возраст пострадавших составил $38,8 \pm 2,2$ лет. Эмпиемы плевры у 11 пострадавших развились после инфицирования свернувшегося гемоторакса, у 14 – стойкого спадения легкого, связанное со значительным повреждением его паренхимы, у 7 – остеомиелита ребер, поддерживающего инфекционный процесс в плевре, у 8 флегмоны мягких тканей грудной стенки. Средняя продолжительность консервативного лечения составила $24,9 \pm 1,4$ дней, когда дренирование и фибринолитическая терапия не принесли успеха.

При ОВТС оценивали распространенность и стадию эмпиемы, после чего производили аспирацию гноя и фибрина, разрушение интраплевральных осумкований, удаление инородных тел, промывание эмпиемной полости озонированным 0,9% раствором NaCl или раствором гипохлорита натрия в концентрации 900–1200 мг/л., плеврэктомию и частичную декортикацию легкого, вскрытие флегмон мягких тканей и остеомиелитических очагов ребер.

У 5 пострадавших с эмпиемой плевры на почве несостоятельности культи главного бронха с формированием бронхиального свища выполнили окклюзию культи главного бронха пластинкой «ТахоКомб» и у 4 – ушивание культи аппаратом Endogia-30.

Во всех случаях производили обработку плевральной полости ультразвуком или низкочастотным лазером.

Торакоскопию заканчивали при острой эмпиеме направленным, фибринозно-гнойной сквозным дренированием. В зависимости от динамики применяли аспирационно-промывную или аспирационную системы.

Результаты исследования и их обсуждение. В 42 (85,7%) случаях ОВТС была успешной. В 5 случаях потребовалась выполнение резекции ребер стандартной методикой, в 2 – резекцию главного бронха после торакотомии.

Осложнений не наблюдали. ОВТС легко выполняема, хорошо переносится пострадавшими. Средняя длительность операции составила $63,1 \pm 2,3$ минут. Длительность госпитализации в среднем составила $6,6 \pm 0,3$ дней после.

При динамическом наблюдении с исследованием функции внешнего дыхания у 32 (76,2%) пострадавших после ОВТС отмечены нормальные показатели, у 10% (23,8%) – умеренная обструкция и рестрикция. Рецидивов эмпиемы не отмечено.

Заключение. Использование ОВТС для лечения эмпиемы плевры наиболее эффективно при I–II стадии, которая позволяет достичь успеха у 85,7% пострадавших, избежав торакотомий. «Малоинвазивный» способ определяет возможность выполнения операции без осложнений, сокращения времени пребывания в стационаре.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Литвин Ю.П., Кушниренко А.Г.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
кафедра медицины катастроф и военной медицины

Цель: улучшить диагностику остеомиелитических очагов конечностей.

Материалы и методы: 11 пациентов, страдающих остеомиелитом нижних конечностей. Магнитно-резонансная томография.

Результаты и обсуждение: существуют наиболее распространенные методы определения секвестров костной ткани (рентгеновские снимки, фистулография контрастными веществами). Вместе с этим имеются трудности с определением обширности некроза костной ткани, особенно это проявляется в случаях, когда секвестр не отделился от материнской костной структуры. Кроме того, необходимо видеть состояние прилежащих мягких тканей и реакцию на поражённую кость. Особенность имеют и открытые переломы, когда дном раны может быть костная ткань. Должно пройти определённое время, чтобы визуально можно было увидеть участки некроза костной ткани.

В клинике медицины катастроф и военной медицины Днепропетровской медакадемии с целью определения границ некроза, секвестров кости, наличия гнойного содержимого 11 пациентам было проведено магнитно-резонансное исследование конечностей, подвергшихся поражению остеомиелитом. Рентгенснимки к концу 2 недели не показали конкретных секвестров и некроза костной ткани, наличия гнойных затёков. В эти же сроки на сериях полученных магнитно-резонансных томограмм в сагитальной и аксиальной проекциях, в так называемых T-1 и T-2 режимах, чётко определялись очаги изменённого магнитно-резонансного сигнала. Для очагов некроза характерными были снижение сигналов в T-1 режиме и неоднородное повышение в T-2 режиме. На второй неделе после травмы чётко можно было установить и области гнойных затёков.

Выводы: полученные данные на MRT позволяли заранее спланировать план операции секвестрэктомии, возможности дренирования раны и послеоперационного лечения. Контроль MRT через 1 месяц после операции был обязательным.

МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАНЕННЫХ

*Шестопалов А.Е., Новожилов А.А., Щекочихин А.В., Родин Ю.А.,
Родивилов Б.Б., Погосов Н.В.*

¹ Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, г. Москва, Россия

² Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва, Россия

Современные высокотехнологичные методы широко внедряются во все области клинической и фундаментальной медицины. Совместная работа ученых на стыке наук позволила разработать ряд оригинальных лечебных методик. Одна из них – мезодиэнцефальная модуляция (МДМ). Принципом метода лечебного эффекта МДМ является воздействие импульсными токами с несущей частотой 10000 Гц, модулированных в низкочастотном диапазоне от 20 до 100 Гц, на структуры головного мозга, расположенные вблизи его основания: таламус, гипоталамус, гипофиз, ретикулярная формация ствола мозга, лимбическая система, что реализуется через антистрессорное, противовоспалительное, обезболивающее, репаративное, иммунокорректирующее, десенсибилизирующее действие. Мы применили МДМ у 12 пациентов с хирургической инфекцией, развившейся вследствие минно-взрывных ранений конечностей. В ряде случаев (7 пациентов) ранение конечностей сочеталось с повреждением мочеполовых органов. МДМ начинали с первого дня поступления больного в стационар, на фоне полноценного комплексного лечения данной патологии. В течение первых трех дней проводили 2 сеанса ежедневно, затем переходили на один сеанс в день, курс лечения составлял 15 дней. В результате отмечен положительный эффект в лечении проявлений травматической болезни – стабилизировалось психоэмоциональное состояние раненых, улучшался аппетит, нормализовался сон, уменьшался болевой синдром, что субъективно отмечалось пациентами и объективно подтверждалось уменьшением объема вводимых анальгетиков. Кроме того, на фоне МДМ регистрировалась стабилизация показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также снижение циркулирующих иммунных комплексов. Отмечена, также, выраженная активизация репаративных процессов в ране, которая способствовала снижению интоксикации и позволяла в более ранние сроки выполнять операции по закрытию раневых дефектов.

Таким образом, мезодиэнцефальная модуляция эффективно влияет на течение травматической болезни у раненых, благоприятствует проведению основных лечебных мероприятий и способствует более быстрому выздоровлению.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПОВЯЗОК «АППОЛО» В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Лубянов В.И., Князев В.Н., Левкин Е.И., Мамедов А.Н.

339 Хлебниковский военный госпиталь, МВО г. Долгопрудный

В отделении гнойной хирургии в период с декабря 2004 по декабрь 2005 года находилось на лечении 731 больной с различными формами раневой инфекции. У 8 (1%) больных в комплексном лечении гнойных ран использовалась биологически активная гелевая повязка «Апполо» (зарегистрированная под названием «Апполо-ПГ-ПАК-АИ»). Данная повязка обеспечивает: дозируемое нанесение гидрогеля на раневую поверхность, создание условий для роста грануляционной ткани, предотвращение инфицирования раны, обезболивающее и антимикробное действие. Всего получено 30 повязок, которые применялись выборочно:

– на раневую поверхность у 4 (0,5%) больных с поверхностными термическими ожогами пламенем II – III-А степени; у 1 (0,1%) больного с контактным химическим ожогом III-Б степени и у 3 (0,4%) больных с длительно существующими, вялогранулирующими ранами на фоне сахарного диабета.

Ввиду малого количества материала статистическая обработка, создание конкретных, соизмеримых групп – не проводились.

Клинически было отмечено благоприятное влияние при поверхностных ожогах: – а) минимальная болезненность при перевязках, быстрое наступление анестезирующего эффекта после перевязки и сохранение последнего до 7 часов, б) более быстрое отхождение поверхностного струпа (5-6 сутки) практически без признаков инфекционного осложнения.

При глубоком ожоге эффективности применения повязки не отмечено. После химической некрэктомии повязка использовалась в фазе формирования грануляционного поля. Особенности ведения раны не наблюдались.

Применение «Апполо» у возрастных больных с длительно существующими, вялогранулирующими ранами на фоне сахарного диабета, позволяет с определенной долей уверенности утверждать, что кроме местноанестезирующего эффекта использование повязки ускоряет процесс очищения ран. Более щадящее отношение к грануляциям, способствовало их минимальной травматизации при перевязках и, соответственно, возможности раннего оперативного закрытия дефектов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНОЙНОЙ РАНЫ

Ли Э.Ч., Князев В.Н., Князев А.Н.

339 Хлебниковский военный госпиталь, МВО, г. Долгопрудный

Произведен анализ микрофлоры гнойной раны за трехлетний период. Всего выполнено 1216 исследований. Во время выполнения операций производился забор раневого детрита на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Материал исследовался в бактериологическом отделении С.Э.О. войсковой части 67711.

В монокультуре микрофлора выявлена в 644 случаях. Микробные ассоциации идентифицированы в 37 случаях. В 535 случаях роста микрофлоры не получено, что составило 43,9% от всех исследований.

Большой процент отсутствия роста микрофлоры объясняется следующими причинами:

1. Антибактериальной терапией проведенной на догоспитальном этапе лечения.
2. Взятием материала на исследование на фоне общего и местного применения антибиотиков.
3. Анаэробными неклостридальными формами возбудителей, которые не выявляются обычными способами диагностики.

Полученные результаты бактериологических исследований свидетельствуют о том, что основным возбудителем гнойной хирургической инфекции является стафилококк, занимающий по удельному весу 73,2 % среди других представителей патогенной микрофлоры. Основным патогенным его штаммом является золотистый стафилококк – 87,7% среди всех видов стафилококков.

На втором месте по частоте высеиваемости стоят стрептококки – 9,5%. В 58,4% основным патогенным штаммом является гноенородный стрептококк. Зеленящий стрептококк по удельному весу занимает 41,5%.

Энтерококки высеяны в 3,3% посевов, и занимают в видовой структуре гнойной раны третье место.

Выделение синегнойной палочки не превысило 1,6%, а кишечной палочки – 1,4%. Микробные ассоциации выявлены в 5,4%. Среди них преобладают ассоциации стафилококков.

Также было выполнено 499 исследований на чувствительность к антибиотикам культур золотистого стафилококка, методом «дисков».

Полученные данные свидетельствуют о выраженной резистентности микрофлоры к антибиотикам первого поколения. Практически отсутствует чувствительность их к пенициллину, стрептомицину. Из полусинтетических антибиотиков лучшее воздействие на микрофлору оказывает оксациллин (до 38,6%).

В настоящее время из имеющихся в достаточном количестве антибиотиками выбора для лечения гнойно-воспалительных заболеваний являются аминогликозиды: гентамицин, канамицин, сизомицин, амикацин и другие. Чувствительность микрофлоры к ним составляет от 65,0 до 86,0%.

К антибиотикам выбора можно отнести препараты других групп, в частности: линкомицин, чувствительность микрофлоры к которому составляет от 63,3 до 82,9%; ристомицин – (68,7–70,1%).

Максимальное воздействие на микробы оказывают цефалоспорины. Чувствительность микрофлоры к данной группе составила от 86,3 до 87,4%. Цефалоспорины можно отнести к антибиотикам резерва.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Бубнова Н.А.¹, Акинчиц Л.Г.², Шатиль М.А.², Авраменко Е.А.¹,
Паклина К.А.¹

¹ Государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

² Городская больница Св.Георгия, Санкт-Петербург, Россия

Известно, что иммунологические показатели изменяются с возрастом пациента, что у детей и пожилых течение гнойно-септических процессов, в т.ч. и сепсиса, имеет ряд особенностей.

Цель исследования: изучить особенности динамики микробного пейзажа гнойных ран у больных разных возрастных групп.

Материалы и методы: для изучения бактериального спектра возбудителей сепсиса у больных разного возраста была отобрана группа из 53 больных сепсисом. Проводился анализ таких признаков, как пол, возраст, сроки госпитализации, клинический диагноз, состояние больного, показатели анализов крови и мочи, данные объективного исследования. Для постановки диагноза «сепсис» были использованы рекомендации Согласительной конференции обществ пульмонологов и реаниматологов, прошедшей в США в 1991 году.

Результаты: обращает на себя внимание тенденция к сохранению в ране грамположительных микробов при повторных посевах раневого отделяемого больных моложе 45 лет, тогда как в ране больных старше 45 лет с преобладающей грамположительной флорой определен вес при повторных посевах приобретает грамотрицательная флора. Совпадение флоры разных сред организма наблюдается в половине случаев в первой возрастной группе и более, чем в половине случаев у больных второй группы. Вне зависимости от возраста пациентов в посевах крови выявлялись одни и те же микроорганизмы.

Выводы: анализ результатов посева раневого отделяемого и крови больных сепсисом показал, что имеются существенные различия во флоре гнойной раны у больных зрелого и пожилого возраста, а микроорганизмы, проникающие в кровь, сходны. Это, видимо, обусловлено выраженными изменениями местного иммунитета с возрастом, и более стабильными бактерицидными свойствами крови, что необходимо учитывать при лечении больных разных возрастных групп.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Федянин С.Д.¹, Окулич В.К.¹, Павленко А.В.², Дроздов В.М.³

¹ Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

² Витебская областная клиническая больница, Витебск, Республика Беларусь

³ Витебская центральная городская клиническая больница, Витебск, Республика Беларусь

Цель: Изучить этиологическую структуру посттравматического остеомиелита.

Материалы и методы: Бактериологическими методами обследовано 100 пациентов (78 мужчин и 22 женщины) с посттравматическим остеомиелитом. Идентификация микроорганизмов проводилась с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMerieux».

Результаты и обсуждение: Выделено 113 (51,6%) микроорганизмов представителей рода *Staphylococcus*, 49 штамма (22,37%) семейства *Enterobacteriaceae*, 48 штаммов (21,92%) семейства *Pseudomonadaceae*, 3 штамма неферментирующих грамотрицательных палочек (1,37%), 2 штамма (0,91%) представителя семейства *Streptococcaceae*, 2 штамма *Aerococcus viridans* (0,91%) и по одному изоляту *Micrococcus varians* и *Micrococcus lylae* (0,46%). Стафилококки были представлены *S.aureus* – 76 штаммов (34,7%) и коагулазоотрицательными стафилококками – 37 (16,89%).

Энтеробактерии были идентифицированы как *P.mirabilis* – 11 штаммов (5,02%), *P.vulgaris* – 2 (0,91%), *E.cloacae* – 5 (2,28%), *E.aerogenes*, *E.taylorae* – по 1 штамму (0,46%), *E.coli* – 8 (3,65%), *K.ornithinolytica*, *K.pneumoniae* – по 7 (3,2%), *K.planticola* – 2 (0,91%), *K.oxytoca* – 1 (0,46%), *Morganella morganii* и *Serratia marcescens* – по 2 изолята (0,91%).

Из представителей семейства *Pseudomonadaceae* выделены: *P.aeruginosa* – 43 изолята (19,63%), *P.putida*, *P.paucimobilis* – по 2 (0,91%), *P.fluorescens* – 1 (0,46%). Семейство *Streptococcaceae* было представлено *S.dysgalactiae* и *Enterococcus faecalis* – по 1 изоляту.

Неферментирующие грамотрицательные палочки были представлены *Acinetobacter baumannii* – 2 изолята (0,91%) и *Aeromonas hydrophyla* – 1 (0,46%).

Выводы: Таким образом, в этиологической структуре посттравматического остеомиелита лидирующие позиции занимают микроорганизмы представители рода *Staphylococcus* (51,6%).

МОКСИФЛОКСАЦИН И ЛЕВОФЛОКСАЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Ухин С.А., Светухин А.М., Блатун Л.А.

Институт хирургии им А.В. Вишневского РАМН, Москва

Цель: клинико-лабораторная оценка эффективности Моксифлоксацина и Левофлоксацина при лечении больных с раневой инфекцией.

Материалы и методы: в исследование включены 60 больных с гнойными ранами кожи и мягких тканей различного происхождения и локализации, в возрасте от 18 до 81 года, находившихся на лечении в клинике гнойной хирургии института хирургии. Пациенты переведены из других лечебных учреждений, вследствие безуспешности проводимой терапии осложненного течения посттравматических и послеоперационных ран мягких тканей, с повреждением костей и без таковых. Длительность заболевания колебались от 2-х недель до нескольких лет. Пациенты распределены на 2 группы. Первую группу (8 женщин и 22 мужчины) составили больные, получавшие Левофлоксацин. Вторую группу (17 мужчин и 13 женщин) составили больные, получавшие Моксифлоксацин. Препараты назначали однократно методом ступенчатой терапии 3-5 суток внутривенно, а затем в течение 5 суток – внутрь. Суточная доза Моксифлоксацина составила 400мг, а Левофлоксацина – 500мг. Местное лечение ран у всех больных проводили под повязками с мазями на полиэтиленгликолевой основе или с растворами йодоформов.

Результаты: препараты назначали после выполнения хирургической обработки гнойного очага, удаления изменённых и нежизнеспособных тканей, дренирования послеоперационных ран, на фоне проводимой интенсивной и дезинтоксикационной терапии. Положительная динамика клинического течения раневого процесса через 3 суток от начала лечения отмечалась у 24 больных в первой группе и у 22 во второй, что позволило провести основной этап хирургического лечения – заключительную обработку ран, с последующим их ранним пластическим закрытием. В целом к 9 суткам клиническая эффективность составила 100% в первой группе и 93,3% во второй. Бактериологическая эффективность Левофлоксацина составила 78,6%, а Моксифлоксацина – 66,6%.

Выводы: Левофлоксацин и Моксифлоксацин являются высокоэффективным препаратом для лечения раневой инфекции. Препараты проявляют высокую активность в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Наличие двух лекарственных форм позволяет использовать данные препараты методом ступенчатой терапии при комплексном лечении ран, осложненных инфекцией.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ПНЕВМОНИЙ

Павлов К.А., Щёголев А.И.

Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН, Москва, Россия

Цель: изучить морфологические особенности пневмоний у обожженных больных.

Материалы и методы: 46 аутопсий умерших больных (29 мужчин и 17 женщин), находившихся на лечении в Ожоговом центре Института хирургии имени А.В. Вишневского РАМН с 2000 по 2005 год. В большинстве наблюдений причинами ожогов явились термические поражения: ожог пламенем или паром. Гистологическое изучение ткани легких проводилось на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином.

Результаты: практически во всех случаях течение ожоговой болезни осложнилось развитием пневмонии (42 пациента). При аутопсийном исследовании наиболее часто ее очаги обнаруживались в нижних долях легких. Макроскопически они представляли собой различных размеров (от сегментарных до очагово-сливных и даже долевого) фокусы уплотненной и легко рвущейся легочной паренхимы пестрого вида с чередованием сероватых и красновато-розовых участков, с которых при надавливании стекала мутная вязкая пенная жидкость сероватого или серовато-зеленого цвета. В просвете бронхов среднего и мелкого калибра отмечалось аналогичного вида содержимое. При гистологическом исследовании выявлялись различного размера очаги, просвет альвеол в которых был заполнен экссудатом, представленным нейтрофильными гранулоцитами, лимфоцитами, макрофагами и единичными эритроцитами. У больных с септикопиемией очаги обычно определялись преимущественно субплеврально. Вне очагов пневмонии выявлялся интерстициальный и внутриальвеолярный отек. В отдельных наблюдениях в просвете альвеол определялись волокна фибрина, гиалиновые мембраны, часть альвеол была заполнена неизменными эритроцитами. Отмечалось утолщение межальвеолярных перегородок, их полнокровие и инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами и макрофагами, а также разрушение части из них. Собственная пластинка слизистой оболочки и подслизистый слой бронхов, расположенных в очагах пневмонии или прилежащих к ним, были инфильтрированы нейтрофильными гранулоцитами и лимфоцитами с единичными макрофагами. Мерцательный эпителий местами слущен. В просвете бронхов определялись скопления нейтрофильных гранулоцитов, макрофагов, лимфоцитов и слущенного эпителия. Легочные сосуды мелкого калибра характеризовались неравномерным расширением и кровенаполнением с явлениями стаза или наличием микротромбов, а также набуханием эндотелия.

МОЧЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Клопот А.М., Шаплыгин Л.В., Фурашов Д.В.,

Сегедин Р.Е., Скоробогатый И.Ц.

ГВКГ им.Н.Н. Бурденко, г. Москва

Радикальная цистэктомия является основным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Показания к реконструктивным операциям с использованием сегментов кишечника в последнее время расширились. Однако, включение участка кишечника в виде резервуара или проводника для мочи, в мочевые пути вызывает множество осложнений. Наиболее частым осложнением является развитие бактериурии.

Цель работы: оценить количество больных с бактериурией при различных методах отведения мочи после радикальной цистэктомии и определить показания к проведению антибактериальной терапии.

Материалы и методы: В нашем госпитале с января 1997 по январь 2004 г 107 больным выполнено радикальное оперативное лечение в объеме цистэктомии по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Нами выделено 3 группы пациентов, которым выполнена радикальная цистэктомия. 1. В первую группу включено 81 пациента, которым в качестве метода отведения мочи выбрана двухсторонняя уретерокутанеостомия. Во вторую группу пациентов вошло 11 пациентов, которым выполнена операция Штудера. В третью группу включены 15 пациентов, которым сформирован илеопроводник по Брикеру.

Результаты: При микробиологическом исследовании мочи наиболее часто высевались следующие микроорганизмы: *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Candida spp.*

В первой группе частота бактериурии составила 95%, наиболее часто отмечалась смешанная флора. Частота инфекции при сформированном искусственном мочевом пузыре составила 22%, и в основном наблюдалась у пациентов с нарушением анатомической структуры, т. е. техническими погрешностями при выполнении операции, и функциональной способностью резервуара (наличия неполного опорожнения резервуара или присутствие рефлюкса). В третьей группе пациентов частота бактериурии составила 78%. Наиболее часто

бактериурия проявлялась симптомами обострения пиелонефрита у пациентов в 1 группе и было связано в основном с неадекватным дренированием верхних мочевых путей, частота составила 84%, во второй группе частота обострения пиелонефрита составила 12% и 20% соответственно в 3 группе. Камнеобразование наблюдалось преимущественно у пациентов с высеваемым изолированно протем и псевдомонас. Во второй группе таких пациентов было 2 человека.

Выводы: в результате проведенного исследования нами установлено, что при формировании искусственного мочевого пузыря отмечается наименьшая частота бессимптомной бактериурии и как следствие обострение хронического пиелонефрита. Показанием к проведению антибактериальной терапии является бессимптомная бактериурия следующих микроорганизмов – протей и псевдомонас или наличие осложнений в виде обострения пиелонефрита.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Макаров А.И.¹, Добродеева Л.К.²

¹ Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

² Институт физиологии природных адаптаций УрО РАН, Архангельск, Россия

Актуальность проблемы обусловлена тем, что ограничение резервных адаптивных возможностей иммунной регуляции, свойственных постоянным жителям Европейского Севера, после различных стрессовых воздействий, в том числе и оперативных вмешательств, реально и существенно повышают риск более активного формирования вторичных иммунодефицитов.

Цель исследования: оценить динамику показателей иммунного статуса у больных после операций по поводу острых абдоминальных воспалительных заболеваний.

Материалы и методы: обследованы 122 больных, прооперированных по поводу острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости без признаков системного воспаления. В работе использованы стандартные иммунологические методики.

Результаты: получены достоверные различия показателей иммунного статуса у больных с неосложненным и осложненным течением послеоперационного периода. У всех больных после операции отмечено снижение в периферической крови количества Т-лимфоцитов (Тл) за счет уменьшения содержания субпопуляций CD4, CD5, CD7, CD8, CD25, CD71. В течение первой недели после операций повышаются титры антител к двухцепочной ДНК и рибонуклеиновому протеину, что свидетельствует о процессах аутосенсibilизации. Развитие инфекционных осложнений в высокой степени коррелирует с уровнями фенотипов CD25, CD71, HLA-DR, а также с достоверным увеличением в крови ИЛ-1 и ИЛ-2, ФНО-альфа, альфа-1-антитрипсина, ЦИКов. При уменьшении и купировании клинических проявлений острого местного воспалительного процесса нарастает тенденция, а в конечном итоге, и нормализация иммунного статуса.

Выводы: изменения показателей иммунного статуса у больных с локальным воспалительным процессом в брюшной полости можно характеризовать как проявления транзиторной иммунной недостаточности, способной к самостоятельному разрешению и не требующей иммуноотропной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Масленников Е.Ю.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Анализу подвергнуты 65 наблюдений тяжёлых открытых повреждений опорно-двигательного аппарата (переломы длинных трубчатых костей 3 и 4 групп по классификации Каплана-Марковой) на предмет диагностики «синдрома системной воспалительной реакции» (ССВР).

Материалы и Методы: Понятие о ССВР (Systematic inflammatory response syndrome – SIRS) было введено на Чикагской Согласительной Конференции в 1991 году и в настоящее время является распространённым в мировой практике. ССВР рассматривается как патологическое состояние, обусловленное одной из форм хирургической инфекции или альтерации тканей неинфекционной природы, в том числе и травмой.

Учитывались четыре клинических критерия ССВР:

- частота пульса (более 90 в минуту);
- частота дыхательных движений (более 20 в минуту, при ИВЛ рСО₂ менее 32 мм.рт.ст.);
- температура тела (выше 38°С или ниже 36°С);
- лабораторные изменения (количество лейкоцитов свыше 12×10⁹/л или ниже 4×10⁹/л, или количество незрелых форм /палочкоядерные, юные и пр./ превышающее 10%.)

Диагноз ССВР ставился на основании наличия минимум двух из вышеперечисленных признаков.

Результаты: Больные были условно разделены на 3 группы. В первой группе синдром проявился двумя клиническими признаками (чаще тахикардией и гипертермической реакцией). При этом местные инфекционные осложнения не развивались, или носили поверхностный и ограниченный характер (открытые переломы IIIБ – 34 наблюдения).

Сочетание трёх или четырёх признаков ССВР отмечено соответственно в 22 (вторая группа) и 9 (третья группа) наблюдениях. В четырёх случаях установлено прогрессирование ССВР на инфекционной основе, что позволило поставить диагноз «раневой сепсис». При этом признаками инфекционной природы прогрессирования ССВР являлись:

- устойчивая бактериемия (с наличием идентичной флоры) – 3 наблюдения;
- наличие длительно существующего несанированного обширного очага воспалительной альтерации – 1.

В соответствии с критериями и терминологией Согласительной конференции в 1 наблюдении III группы отмечено развитие сепсис-синдрома (тяжёлого сепсиса). У больного с тяжёлой формой клостридиального мионекроза конечности имело место развитие двух форм органной системной недостаточности – респираторного дистресс-синдрома и острой почечной недостаточности, приведшее к летальному исходу. Несостоятельность сосудистой регуляции, проявившаяся в выраженной артериальной гипотензии в условиях адекватно восполненного дефицита ОЦК (септический шок) отмечена в 1 наблюдении.

В 4 случаях пришлось прибегнуть к ампутации повреждённой конечности (клостридиальный мионекроз – 3 наблюдения, гнилостная инфекция – 1) при 1 летальном исходе.

Обсуждение: Следует признать, что в настоящее время существует реальная необходимость формализации диагностической процедуры при выявлении генерализованных форм воспалительной реакции организма на очаг повреждения и генерализованных форм хирургической инфекции (сепсиса). Критерии и терминология Согласительной Конференции (при всей их условности) несомненно заслуживают внедрения в рутинную клиническую практику, что будет способствовать устранению многовариантности терминологических понятий, столь характерного для данного раздела медицины. Это чрезвычайно важно для корректного сравнения результатов лечения в различных лечебных учреждениях.

НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕТОДОМ Г.А. ИЛИЗАРОВА.

Масленников Е.Ю.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель: Изучение возможностей оптимизации процессов дистракционного остеогенеза.

Материалы и Методы: Анализу подвергнуты результаты лечения 41 больного с дефектами длинных трубчатых костей. Основной причиной возникновения последних явился травматический остеомиелит, потребовавший радикальной секвестрнекрэктомии. Различали следующие виды дефектов: малые – 2–4 см (10 наблюдений); средние – 5–9 см (18); большие – 10–12 см (9); субтотальные – до 2/3 длины сегмента (2); краевые (1).

При дефектах до 5 см осуществлялся монолокальный последовательный компрессионно-дистракционный остеосинтез. При дефектах более 4 см основным методом лечения являлся биллокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез. В 32 наблюдениях

мы столкнулись с проблемой повышения механической прочности регенерата костной ткани как в зоне дистракционного остеогенеза так и на стыке костных отломков. Среди оперативных методик, разработанных в КНИИЭКОТ и направленных на повышение прочности сращения, наибольшее применение нашла методика дозированного перемещения отщипа малоберцовой кости в зону стыка фрагментов большеберцовой кости (11 наблюдений), реже использовались методики дублирования концов костных отломков (7) и замещения клиновидного дефекта (4).

Результаты и Обсуждение: В основе замещения дефектов кости лежит «эффект Илизарова» – рост тканей под влиянием возникшего в них, в определённых условиях, напряжения растяжения. Анализ динамики формирования костного регенерата позволяет однозначно высказаться в пользу значения ритма дистракции как обязательного условия проявления «эффекта Илизарова». Так при одинаковом темпе дистракции (0,25% в сутки от длины замещаемого дефекта) игнорирование ритма дистракции приводило к тому, что на контрольных рентгенограммах плотность тени регенерата была значительно меньше плотности ткани концов костных фрагментов, кортикальная пластина регенерата прерывалась в его средних размерах, а поперечные размеры последнего были меньше диаметра кости. Значительно чаще отмечено развитие локальных нейро-сосудистых расстройств. Лучшие клинические результаты получены в тех случаях, когда суточную величину дистракции достигали в 6 приёмов.

Применение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза позволили добиться замещения костных дефектов и восстановления длины сегментов конечности у 38 больных.

НЕКОТОРЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

Гребенник С. Ф.

1273 военный госпиталь МВО, г. Наро-Фоминск, Московская область

Несмотря на то, что современная комбустиология накопила значительный опыт лечения обожженных, оно до сих пор остаётся очень затратным, сроки лечения этих больных достигают 36–39 суток. Проблема улучшения качества и сокращения сроков лечения сохраняет свою актуальность до настоящего времени.

Цель исследования: изучить экономическую эффективность применения различных методов лечения ожоговых больных.

Материалы и методы: Для оценки эффективности применяемых методик лечения все пациенты ($n=73$) были распределены на три группы.

1. Контрольная группа пациентов ($n=29$) – лечение пострадавших проводили общепринятыми методами, в том числе: местное лечение ожоговых ран (мази на гидрофильной и гидрофобной основе, растворы антисептиков, при необходимости – аутодермопластика и т. п.), общее лечение (инфузионная терапия, антибактериальная терапия, общеукрепляющие и симптоматические средства и т. п.);

2. I основная группа пациентов ($n=25$) – в план общего лечения обязательным компонентом включали внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), а местное лечение осуществляли общепринятыми способами;

3. II основная группа ($n=19$) – местное лечение ожоговых ран осуществляли с помощью раневого покрытия «Фолидерм», в сочетании с сеансами ВЛОК на фоне общепринятой консервативной терапии.

Каждая из групп, в свою очередь, была разделена на две подгруппы по степени тяжести поражения:

А). Легкообожженные с площадью поражения 5–10% поверхности тела, индекс тяжести поражения (ИТП) которых составлял не более 30 Ед (по Франку), т. е. местные проявления преобладали над общими;

Б). Обожженные средней степени тяжести с площадью поражения более 10% поверхности тела, ИТП которых составлял от 30 до 90 Ед, у которых развивалась ожоговая болезнь, а общие проявления заболевания доминировали над местными.

Такое разделение больных по группам обусловлено преобладанием в структуре ожогового травматизма ожогов легкой и средней степени тяжести (97,5% случаев).

Сравнительный экономический эффект от применения того или иного метода лечения рассчитывали в соответствии со стандартами лечения, разработанными в госпитале.

Расчет общей стоимости лечения ожогового больного складывался из следующих показателей:

- стоимость одного базового койко-дня – 514 руб.
- стоимость расходуемых медикаментов за один койко-день (в среднем) – 298 руб.
- стоимость минимально необходимого комплекса лабораторных и функциональных исследований (за весь период лечения в целом) – 2635 руб.
- стоимость проводимых оперативных вмешательств:
 - а). этапная некрэктомия (за одну операцию) – 1800 руб.
 - б). аутодермопластика (за одну операцию) – 2750 руб.

При расчете условно принимали, что каждому из пациентов, в среднем, проводили по два оперативных вмешательства: одну этапную некрэктомию и одну аутодермопластику.

Результаты и их обсуждение: Средние сроки лечения (стоимость лечения) легкообожженных составили:

- Контрольная группа – 38 суток (38041 рубль).
- Первая основная группа – 18 суток (21801 рубль).
- Вторая основная группа – 15 суток (19360 рублей).

Средние сроки лечения обожженных средней степени тяжести составили:

- Контрольная группа – 65 суток (59965 рублей).
- Первая основная группа – 39 суток (38858 рублей).
- Вторая основная группа – 33 суток (33981 рубль)

Таким образом, экономический эффект от применения ВЛОК в лечении легкообожженных составил, в среднем, 16240 рублей (42,7%), при сочетанном применении ВЛОК и раневого покрытия «Фолидерм» – 18681 рубль (49,2%), а в группе обожженных средней степени тяжести – 21107 рублей (35,4%) и 25984 рубля (43,3%), соответственно.

Вывод: включение в базисную терапию ожоговых больных ВЛОК, применение в местном лечении ожоговых ран раневого покрытия «Фолидерм» является экономически оправданным за счёт существенного сокращения сроков и стоимости лечения при улучшении его качества.

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ФАСЦИИТ

Матвеев Н.В., Алейников А.Н., Серебряный А.В.

Токарский Гуз, Областная Больница №2, г. Ростов-на-Дону, Россия

За период 2004-2005г. мы располагаем пятью наблюдениями больных с некротизирующим фасциитом (Н.Ф.). Все больные соответствовали диагностическим критериям Н.Ф. по Fisher 1. Экстенсивный некроз поверхностной фасции с распространением на кожу. 2. Средняя до тяжелой системная интоксикация с нарушением сознания. 3. Отсутствие первичного вовлечения в процесс мышц. Отсутствие клостридий в мазке из раны. 4. Отсутствие сосудистой окклюзии как причины некроза. 5. Гистологически: лейкоцитарная инфильтрация, очаговый некроз фасции и окружающих тканей, а также микрососудистые тромбозы.

Из пяти пациентов 2 женщины 3-е мужчин. Средний возраст больных составил 50,6 лет. Пациенты имели сопутствующие заболевания: сахарный диабет, ХСН, давнее повреждение спинного мозга с нижней параплегией и нарушением тазовых функций, свищ прямой кишки, тубуловорсинчатая аденома прямой кишки. Сахарный диабет имел место у 4 больных(80%), Локализации Н.Ф. были следующие: верхняя конечность (1), площадь поражения 9%, нижняя конечность и промежность (2), площадь поражения 18%, обе нижние конечности и промежность (1), площадь поражения 38%, нижняя конечность, промежность, поясничная область, подвздошная область (1) 40%. Источниками инфекции явились: бартолинит – 1 больная, гнойно-некротические заболевания стоп при сахарном диабете – 1 больная, инъекция наркотического препарата – 1 больной, острый парапроктит после трансанального иссечения полипа прямой кишки – 1 больной, хронический парапроктит (свищ прямой кишки) – 1 больной. Микробиологический спектр E.coli – 2 больных, Klebsiella – 1 больной, Pseudomonas

aeruginosa – 1 больной, streptococcus epidermidis – 1 больной. Умерло 3 больных. Летальность составила 60%. Тактика лечения больных активная с выполнением обширных, этапных некрэтомий в пределах здоровых тканей (у 5 больных выполнено 27 этапных некрэтомий), интенсивной терапии в условиях отделения реанимации, направленной на борьбу с токсическим шоком, сепсисом, ПОН. У одного больного с хроническим парапроктитом (свищем прямой кишки) достичь выздоровления удалось за счёт наложения колостомы в сочетании с активными некрэтомиями. Характерна поздняя диагностика Н.Ф. до поступления в специализированный стационар. Так, среднее время до установления диагноза Н.Ф. составило 20,4 дня. До установления диагноза Н.Ф. данная патология рассматривалась как рожистое воспаление, флегмона конечностей, что приводило к неадекватной хирургической тактике, в виде небольших разрезов кожи, без выполнения некрэтомий и в дальнейшем к бесконтрольному распространению инфекции с захватом всё новых анатомических областей.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

*Ходырева Л.А.¹, Бондаренко В.М.², Вершинин А.Е.²,
Лавринова Л.Н.¹*

¹ ФГУ «НИИ урологии» Росздрава, Москва.

² ФГУ НИИ микробиологии и эпидемиологии им. Н.Ф.Гамалеи, Москва

Цель работы: определить этиологическую значимость, ассоциированную с патогенностью выделяемых штаммов микроорганизмов (*E.coli*) при инфекции верхних и нижних мочевых путей.

Материалы и методы: исследование, выделяемых культур на наличие геномных «островов» патогенности проводилось с помощью ПЦР.

Выбор указанных представителей бактерий обусловлен высокой частотой их обнаружения при урогенитальных инфекциях.

В процессе работы изучено 32 штамма *E.coli* (I-я группа), выделенных при остром гнойном пиелонефрите. Во II-ю группу включены 24 пациентки с инфекцией нижних мочевых путей и в III-ю группу – 11 пациенток с асимптоматической бактериурией. Штаммы эшерихий, выделенных от пациентов трех групп тестировали с помощью ПЦР на наличие генов *hlyA*, *hlyB*, *cnf-1*, *fimA*, *papC* и *irp-2*.

При статистическом анализе выявлена достоверная разница в исследуемых группах по выявлению *irp2* гена, контролирующего синтез высокомолекулярного белка, ответственного за транспорт ионов железа внутрь бактериальной клетки в условиях *in vivo* и подавление пролиферации Т-клеток, с наибольшим преобладанием в группе с острым гнойным пиелонефритом.

Выводы: в работе показана перспективность использования праймеров, выявляющих у микроорганизмов нуклеотидные последовательности генов патогенности, контролирующих синтез фимбриальных адгезинов (I типа и типа P), альфа-гемолизина (Hly) и цитотоксического некротизирующего фактора 1 (CNF-1) и железорегулируемых белков. Это дает возможность прогнозировать течение воспалительного процесса у больных с урогенитальной инфекцией.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ И ОЖГОВОМ СЕПСИСЕ

Звягин А.А., Ларионов И.Ю., Ушакова Т.А., Савин А.В.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Москва, Россия.

Разработка и внедрение в клиническую практику новых препаратов для парентерального питания повышает эффективность его проведения и снижает риск развития осложнений.

Причины развития сепсиса у 105 больных: обширные и глубокие термические поражения мягких тканей, развитие аэробной и анаэробной неклостридиальной инфекции мягких

тканей, послеоперационные гнойные осложнения – перитонит, панкреонекроз, кишечные свищи.

Питательный статус больных и метаболические потери определяли с помощью клинико-лабораторного обследования – определение азотистого баланса, общий и биохимический анализ крови, масса тела и ее дефицит, моторно-эвакуаторная (радиогастрография) и всасывательная (Д-ксилозный тест) функция ЖКТ.

Тяжелый сепсис сопровождается выраженными нарушениями функции ЖКТ – парез желудка, кишечника, нарушения моторно-эвакуаторной и всасывательной функции.

Метаболические потери при тяжелом сепсисе возрастали на 50–100% в зависимости от тяжести и особенностей течения сепсиса (уровень катаболизма), площади раневой или ожоговой поверхности, глубины поражения. Проведение парентерального питания по традиционной методике (сочетание препаратов), приводило к стабилизации белкового обмена через 10 дней.

Новые технологии и препараты для парентерального питания – «три в одном» и дипетивен (глутамин) позволяют более эффективно проводить парентеральное питание (метаболическую поддержку) больным с сепсисом. Уровень общего белка и альбуминовые фракции плазмы достигали нижней границы нормы к пятому дню.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Котельников Г.П., Сонис А.Г., Столяров Е.А., Шишкина А.А., Кричмар М.И.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Абсолютное большинство хирургов, занимающихся лечением больных с хроническим остеомиелитом, отмечают неуклонное увеличение количества пациентов с данной патологией. У этой категории больных имеется высокая толерантность к проводимому медикаментозному лечению, имеют место сосудистые нарушения и трофические расстройства в мягких тканях. Наличие микробного воспаления, ухудшение сосудистой и нервной трофики вызывают выраженное искажение репаративного остеогенеза.

Цель: Улучшение результатов лечения пациентов с хроническим остеомиелитом нижних конечностей.

Материалы и Методы: Начиная с 2003 г., в клиниках СамГМУ гравитационная терапия использовалась в комплексном лечении 124 больных с хроническим остеомиелитом нижних конечностей. Контрольную группу составили 119 пациентов, пролеченных по общепринятым методикам, без применения гравитационной терапии. Гравитационная терапия проводилась, курсом от 8 до 15 процедур, на разработанной специалистами СамГМУ центрифуге короткого радиуса действия. Создавались гравитационные перегрузки от +1,5 до +3Gz краниокаудального направления, с продолжительностью воздействия до 20 минут, скорость вращения 28–42 об./мин. Для профилактики венозного застоя, пациенты нажимали на педали с пружинами, вмонтированные в ложемент центрифуги. Не отмечалось воздействия на центральную гемодинамику, ЦНС и органы зрения, слуха и равновесия.

Помимо традиционных методик обследования, использовались радиоизотопная остеосцинтиграфия, эхография, компьютерная термометрия и термография, фотоплетизмография, остеоденситометрия.

Результаты: В основной группе по сравнению с контрольной, достоверно выявлено ускорение репаративного остеогенеза, более раннее восстановление мышечного тонуса и объема движений. За счет улучшения микроциркуляции и регионарного кровотока в пораженной области и улучшения оттока раневого экссудата отмечено быстрое купирование воспалительных явлений, уменьшение отека. В основной группе в два раза реже отмечались осложнения в ближайшем послеоперационном периоде. Динамика субъективного состояния больных также была лучше в основной группе.

Выводы: Полученные результаты клинического исследования, доказывают эффективность и целесообразность включения гравитационной терапии в комплекс лечения больных с хроническим остеомиелитом нижних конечностей.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ГОЛЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ РУБЦОВЫМ ПРОЦЕССОМ

Амирханов И.М., Кавалерский Г.М., Петров Н.В., Явлиева Р.Х.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Внеочаговый остеосинтез, показанный при осложненных рубцовым процессом последствий травм, при всех своих преимуществах имеет определенные недостатки, к которым, в частности, относится большая масса конструкций и некомфортность для пациентов, необходимостью постоянного ухода, частое воспаление костной и мягких тканей в местах проведения спиц.

Этих недостатков можно избежать, используя в качестве фиксирующей конструкции штифт АО с блокированием UTN (Unreamed tibial nail), предназначенный для стабильного остеосинтеза большеберцовой кости без рассверливания костномозгового канала и без обнажения костных отломков. Метод широко используется при лечении закрытых переломов, но при лечении последствий травм, особенно в сочетании с рубцовым процессом, практически не применяется.

Работа основана на изучении клиники и лечения 15 больных с ложным суставом голени в возрасте от 28 до 45 лет. У всех пострадавших ранее по поводу острой травмы отломки были фиксированы аппаратами внеочагового остеосинтеза.

Выделены 2 группы: 1. Больные, имеющие на передней поверхности голени мягкие подвижные рубцы – 9 человек и 2. Больные с изъязвляющимися, спаянными с костью рубцами – 6 человек.

У первой группы больных произведена стандартная операция закрытого внутрикостного остеосинтеза. Штифт вводится через небольшой разрез на передне-внутренней поверхности верхней трети голени.

Важной особенностью операции у наших больных является ликвидация замыкательных пластин на обоих концах отломков с помощью гибкого ручного сверла, введенного в костномозговой канал через небольшой разрез на передне-внутренней поверхности верхней трети голени. После этого вводится штифт и осуществляется под контролем ЭОПа блокировка в дистальном, а затем в проксимальном концах стержня.

У второй группы больных предварительно, первым этапом, производится иссечение рубцов с замещением дефекта несвободной (комбинированной) кожной пластикой. Методика этой части операции заключалась в следующем. После радикального иссечения рубцов и при необходимости тангенциальной секвестрэктомии дефект ликвидировался лоскутом необходимых размеров на питающей ножке, выкроенным из окружающих не пораженных тканей снаружи от дефекта. «Материнское ложе» замещалась свободным расщепленным, толщиной 0,4 мм, перфорированным кожным ауто трансплантатом, взятым с передне-наружной поверхности бедра. Для обеспечения адекватного кровоснабжения перемещенного лоскута длины его должна относиться к ширине, как 2:1 или меньше. Только после этого производятся все описанные выше этапы остеосинтеза.

Гипсовая иммобилизация не производится. Больные первой группы активизируются через 2-3 суток, второй – через 10-12 суток после операции. Им разрешается ходить на костылях, приступая на оперированную конечность. Увеличение периода постельного режима у больных второй группы связано с необходимостью адаптации кожных трансплантатов.

При использовании штифта UTN имеется возможность обеспечить полноценную раннюю нагрузки с достижением компрессии в области ложного сустава путем удаления через 4-6 недель после операции винта из круглого отверстия. Оставшийся в овальном отверстии винт при полной нагрузке на оперированную конечность позволяет осуществить микроподвижность по продольной оси большеберцовой кости.

Положительный исход в сроки от 1 до 2 лет после операции получен у всех 12 больных с изученным отдаленным результатом, что позволяет нам рекомендовать данную методику к практическому применению.

О ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА ПРИ АМПУТАЦИЯХ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зубрицкий В.Ф., Низовой А.В., Фоминых Е.М., Плохов Д.А.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии, г. Москва.

Важность разработки рекомендаций по профилактике фантомно-болевого синдрома связана с тем, что он часто достигает достаточно высокой интенсивности, с трудом поддается лечению и ухудшает качество жизни пациентов.

В исследуемую группу включено 133 пациента страдающих фантомно-болевым синдромом, которые наблюдались на протяжении 2001–2005 годов в консультативно-диагностическом центре ГКБ №29 г. Москвы. Ампутации нижних конечностей были выполнены на уровне нижней трети бедра. Показанием к операции являлось диабетическая и атеросклеротическая гангрена. Возраст пациентов варьировал от 45 до 94 лет, при этом женщин было 66, а мужчин – 67. Интенсивность фантомно-болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (оценочный диапазон от 0 до 10 баллов) в сроки от 5 месяцев до 1,6 года после выполнения операции.

Сравнивалась интенсивность фантомно-болевого синдрома у пациентов, которым седалищный нерв обрабатывался стандартным способом (по Вернею-Витцелю) и больные, которым алкоголизация нерва не проводилась по причине рассыпного строения седалищного нерва. Группы были сопоставимы по демографическим (пол, возраст) и медицинским критериям (анестезиологическое пособие, до- и послеоперационное ведение, наличие основных и сопутствующих заболеваний).

У 111 пациентов, которым ампутация проводилась по традиционной методике, интенсивность фантомно-болевого синдрома колебалась от 7,9 до 9,1, а в среднем составило 8,2 балла по визуально-аналоговой шкале.

У 22 больных, которым алкоголизация нерва не проводилась, интенсивность фантомно-болевого синдрома составила от 4,1 до 6,9 (5,5 баллов в среднем) по визуально-аналоговой шкале.

Полученные результаты позволяют подтвердить предположение о том, что алкоголизация нерва при ампутациях может способствовать усилению фантомно-болевого синдрома.

О ВЛИЯНИИ НАГНОЕНИЯ РАНЫ КУЛЬТИ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Зубрицкий В.Ф., Низовой А.В., Фоминых Е.М., Плохов Д.А.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии, г. Москва.

Актуальность профилактики фантомно-болевого синдрома определяется высокой частотой его возникновения и интенсивностью при ампутациях нижних конечностей (до 85% по данным Jensen T.1983, Sherman R. 1984).

Нами проведен анализ уровня интенсивности фантомно-болевого синдрома у 111 пациентов, после ампутаций нижних конечностей на уровне нижней трети бедра. Все операции выполнялись по поводу диабетических и атеросклеротических гангренов. Седалищный нерв выделялся и обрабатывался стандартно: после тщательного выделения нерва на 5-6 см выше уровня ампутации в периневрый вводили 1% раствор новокаина с последующим одномоментным пересечением нерва бритвой. Интенсивность фантомно-болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале на 60-й день после операции (оценочный диапазон от 0 до 10 баллов).

Сравнивалась интенсивность фантомно-болевого синдрома у пациентов с неосложнённым течением послеоперационного периода (первая группа, в которую вошло 88 пациентов)

и больных с нагноением и последующей несостоятельностью культи (23 наблюдения). Пациенты в группах были сопоставимы по возрасту, полу, виду анестезии, наличию сопутствующих заболеваний.

В первой группе интенсивность фантомно-болевого синдрома колебалась от до 4,1 до 6,9 балла и составила в среднем 5,5 баллов по визуально-аналоговой шкале.

В группе пациентов, у которых течение послеоперационного периода осложнилось несостоятельностью швов операционной раны и воспалением, вне зависимости от других факторов, интенсивность фантомно-болевого синдрома колебалась от 8,3 до 8,9 и составила в среднем 8,6 балла.

Таким образом, выраженность фантомно-болевого синдрома выше у больных с осложненным течением послеоперационного периода.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ – ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Исаев В.В., Павлов М.Ю., Щекочихин А.В., Снегур А.В., Погосов Н.В.

ГВКГ им. Н.Н.Бурденко г. Москва

Цель и задачи исследования: провести анализ диагностических и лечебно-тактических ошибок при оказании хирургической помощи раненым с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря и прямой кишки, а также разработать рекомендации по их профилактике.

Материал и методы исследования: Проведенное исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 67 раненых с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря и прямой кишки в возрасте от 18 до 54 лет, проходившим лечение в госпиталях МО РФ из зон военных конфликтов последних десятилетий.

Первичная хирургическая обработка проводилась всем раненым с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря и прямой кишки. Повторная хирургическая обработка потребовалась у 94,2% всех раненых.

На течение раневого процесса в органах таза неблагоприятное влияние оказывал не только сам факт повреждения ранящим снарядом мочевого пузыря и прямой кишки, но и непосредственно костные структуры таза, которые в последующем, в процессе ранения, являлись вторичными ранящими снарядами, зачастую приводящие к большим повреждениям, нежели само ранение. Вследствие этого шанс возникновения и, следовательно, развития забрюшинных флегмон, гнойных затеков клетчатки таза и остеомиелита костей многократно возрастал.

Сложность клинической картины при подобного рода огнестрельных сочетанных ранениях органов таза всегда вызывало затруднение в правильной диагностике и не позволяло четко определить характер и локализацию повреждений. Окончательное суждение о степени повреждения возможно только на основании проведения дополнительных исследований.

Результаты: Недостаточный объем специальных исследований на передовых этапах хирургической помощи явился причиной того, что у 75,0% раненых повреждение мочевого пузыря и прямой кишки было установлено только в ходе выполнения операции, у 14,7% лишь при возникновении послеоперационных осложнений спустя сутки и более после ранения, а у 12,3 % раненых повреждение мочевого пузыря и различных отделов прямой кишки распознали только посмертно. Даже в случаях, когда симптоматика ранения мочевого пузыря была очевидна и диагноз был установлен при поступлении на этап хирургической помощи, окончательная оценка и характер повреждения мочевого пузыря и прямой кишки уточнялся в ходе интраоперационной ревизии, что удлиняло время хирургического вмешательства и способствовало в последующем возникновению послеоперационных осложнений, вследствие увеличения времени выполнения оперативного вмешательства.

Часто причиной послеоперационных осложнений являлся отказ от проведения первичной хирургической обработки костно-мышечной раны с удалением из нее нежизнеспособных тканей, пропитанных мочевой инфильтрацией, что приводило к выраженным патоморфологическим изменениям и развитием трудноизлечимого, прогрессирующего огнестрельного остеомиелита в 13,6%, который зачастую приводил к сепсису и не исключаящему летальному исходу.

Отказ от раскрытия седалищно- и тазовопрямокишечных клетчаточных пространств и их адекватное дренирование способствовал образованию мочевого затека и каловых флегмон, которые также являлись причиной манифестации септических осложнений.

Кроме того, при проведении первичной хирургической обработки огнестрельных сочетанных ранений мочевого пузыря и прямой кишки не всегда соблюдалась рациональная последовательность в выполнении отдельных этапов оперативного вмешательства. Так, например, вначале обрабатывали рану прямой кишки, а только потом накладывали сигмостому, что способствовало инфицированию до этого интактной брюшной полости с развитием в последующем несостоятельности выведенной кишки и, как следствие, развитие перитонита. Или вначале производили хирургическую обработку раны мочевого пузыря, а потом приступали к хирургической обработке поврежденных различных отделов прямой кишки.

Выводы: Основными дефектами диагностики у раненых с сочетанными огнестрельными ранениями мочевого пузыря и прямой кишки являлись: отказ от выполнения восходящей цистографии с адекватным наполнением мочевого пузыря, пробы Зельдовича, ректографии, пальцевого исследования прямой кишки с анализом отделяемого из нее, лапароцентеза. Не соблюдение рациональной последовательности в выполнении оперативных вмешательств, а также неадекватно выполненная первичная хирургическая обработка, включая костно-мышечную рану, неэффективное дренирование ран и полостей, отказ от наложения надлобкового мочепузырного свища и невыполнение колостом – частые дефекты первичной хирургической помощи. Незнание и/или игнорирование данных постулатов зачастую ведет к отягощению состояния раненых, и как следствие, к неоднократным оперативным вмешательствам.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

*Братийчук А.Н.¹, Минаев Ю.Л.¹, Куляскин О.В.¹,
Боклин А.А.²*

¹ Самарский военно-медицинский институт, Самара, Россия;

² ММУ городская больница № 8, Самара, Россия.

Цель: Разработка способа определения степени тяжести гнойной хирургической инфекции (ГХИ) у наркозависимых, диагностического и лечебного алгоритма оказания им хирургической помощи.

Материалы и Методы: Основу настоящего исследования составили 187 клинических наблюдений за больными, у которых ГХИ протекала на фоне опийной наркомании.

Первоначально составили базу данных из 328 клинических признаков, выявленных в первые сутки лечения нахождения в стационаре у каждого из 187 пациентов. Затем применили многофакторный регрессионный анализ, который позволил выявить наиболее значимые признаки, оказавшие наибольшее влияние на исход. На основе полученных данных с помощью дискриминантных функций построили математическую модель прогнозирования исхода ГХИ у наркозависимых в виде оригинальной формулы. Это позволило, условно отождествляя степень тяжести инфекции с прогнозируемым исходом, выделить 4 степени тяжести ГХИ (легкую, среднюю, тяжелую и крайне тяжелую) и в численном выражении определить границы между ними. Ретроспективно проанализировав объём основных лечебных мероприятий, выполненных больным различной степени тяжести ГХИ, сформулировали диагностический и лечебный алгоритм оказания хирургической помощи больным с ГХИ на фоне опийной наркомании.

Результаты: Прогноз степени тяжести ГХИ совпал у 133 (71,1%) из 187 больных. Адекватная (согласно алгоритму) комплексная терапия способствовала повышению прогностической оценки у 36 (19,3%) человек, и в целом результаты лечения оказались благоприятными у 169 (90,4%) пациентов, что соответствует клиническому эффекту прогнозирования. Чувствительность и специфичность предложенного диагностического и лечебного алгоритма составили соответственно 70,1% и 96,5%.

Выводы: 1. Разработанный способ определения степени тяжести и прогнозирования исхода ГХИ у наркоманов позволяет дифференцировать четыре степени ее тяжести и четыре варианта исхода с итоговой клинико-прогностической оценкой, равной 90,4%;

2. Предложенный диагностический и лечебный алгоритм оказания хирургической помощи больным опийной наркоманией и ГХИ обладает высокой клинической эффективностью.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АКУСТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ПЕРИОДЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ

Притыко А.Г., Кравец В.И., Гончарова А.В.

ВПО ГОУ Российский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ,
г. Москва, Россия.

Цель: повысить эффективность комплексного лечения гнойных ран челюстно-лицевой области путем применения акустического скрининга, как функционального метода контроля за заживлением раны.

Материалы и методы исследования: объектом нашего исследования являлись 40 больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, с локализацией гнойно-воспалительного процесса в пределах одного (подчелюстная область) анатомического пространства находящиеся на лечении в стационаре челюстно-лицевой хирургии. В основной группе (20 пациентов) контроль за динамикой воспалительного и регенераторного процесса проводился акустическим кожным анализатором (АСА), в установленных точках в области гнойной раны ежедневно, весь период лечения.

Результаты исследования: опираясь на данные акустического скрининга в области гнойной раны, у больных основной группы процесс заживление протекал более динамично: осложнений (повторные ревизии раны, прогрессирование гнойно-воспалительных явлений, до вскрытия гнойных затеков) не наблюдалось. Вторичные ранние швы накладывались на 8–9 сутки, пребывание больного в стационаре сократилось по сравнению с контрольной группой на 3–4 дней.

Обсуждение: прогрессирование воспалительных явлений в области раны отображаются в изменении значений акустических параметров, характерных для того или иного этапа заживления раны. Акустическое сканирование снижения внутритканевого давления (отека, инфильтрации), дают возможность раннего наложения вторичных швов на гнойную рану, еще до видимых визуальных изменений в тканях.

Выводы: применение акустического сканирования на периоде заживления раны дает возможность более объективно оценить ход регенераторного процесса, динамику воспалительных явлений, прогнозировать развитие осложнений и проводить более активное хирургическое ведение раны.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

Трофименко А.В.

331 ВГ г. Буденновск, Россия

Среди гнойных заболеваний мягких тканей нижних конечностей, поверхностные флегмоны, нагноившиеся гематомы и длительно незаживающие раны, возникшие после вскрытия гнойных очагов, занимают одно из первых мест и остаются одной из актуальных проблем гарнизонного госпиталя. Особенностью лечения данной патологии в условиях гарнизонного госпиталя является отсутствие дорогостоящих препаратов, ограниченные возможности объективного контроля за раневым процессом.

Целью данной работы явилось оптимизация лечения и сокращение пребывания данной категории больных в хирургическом стационаре 331 ВГ, а также профилактика длительно незаживающих ран мягких тканей нижних конечностей.

Материалы и методы:

Проведен ретроспективный и проспективный анализ 129 историй болезни военнослужащих срочной службы, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении госпиталя по поводу флегмон и нагноившихся гематом нижних конечностей за период 2000–2005 г.г. Все больные были разделены на три группы: I группу 73 (56,6%) составили пациенты, которым проводилось вскрытие гнойного очага, санация раны растворами антисептиков с последующим консервативным лечением, включающим в себя антибиотикотерапию,

перевязки, физиотерапевтическое лечение. II группу 38 (29,4%) составили пациенты, которым после вскрытия гнойного очага проводилось удаление нежизнеспособных тканей, санация раны растворами антисептиков, наложение первичных швов на рану с последующей постановкой проточно-промывного дренирования остаточной полости. III группу 18 (14%) составили больные с поверхностными флегмонами нижних конечностей располагающихся преимущественно по передней поверхности голеней, по отношению к которым применялся щадящий метод лечения. Суть метода заключалась в следующем: под местной анестезией в верхнем и нижнем полюсах гнойного процесса в пределах здоровых тканей выполнялись разрезы длиной до 1,5 см. В рану заводились бранши зажима, которыми разрушались соединительно-тканые перемычки. После эвакуации гнойного содержимого, рана обильно промывалась растворами антисептиков, дренировалась ПВХ перфорированным дренажом, который одновременно служил распоркой, давая отток гнойному содержимому. В последующие дни на рану накладывалась давящая повязка из валиков с 0,02 % раствором хлоргексидина.

Обсуждение и результаты:

В I-й группе больных заживление ран происходило с образованием кожного дефекта различных размеров с последующим присоединением вторичной микрофлоры, торможением репаративных процессов и развитием длительно незаживающих ран. Срок лечения в данной группе составил до 30 суток, а в некоторых случаях и выше.

В II-й группе отмечалось заживление послеоперационных ран первичным натяжением и сокращением сроков лечения до 10–12 суток. Средняя длительность лечения составила 11,2 к.д.

В III-й группе отмечалось быстрое стихание воспалительных процессов, слипание полости, заживление ран первичным натяжением, сокращение сроков лечения. Средняя длительность лечения составила 8,5 к.д.

Вывод: Применение активных методов лечения во II–III группах позволило в 2–3 раза сократить сроки нахождения в стационаре больных с данной патологией, избежать такого осложнения, как длительно незаживающие раны, уменьшить расход перевязочного материала.

ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Максимец А.В., Ярош В.Н., Богурев Е.А.

1586 Окружной военный клинический госпиталь МВО, г. Подольск, Россия.

Цель: оптимизация нутритивной поддержки больных с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита

Материал и методы: проведено исследование двух групп больных находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии по поводу гнойно-деструктивных форм острого панкреатита. Первую группу (23 человека) составили больные, получавшие искусственное энтеральное питание стандартными смесями, вторую – 21 больной, получавших стандартные питательные смеси с добавлением ферментных препаратов. Базисная терапия не отличалась в двух сравниваемых группах. Всем больным питание проводилось через зонд установленный дистальнее связки Трейтца с начальной скоростью введения 30 мл/час. Оценивали переносимость питания по таким признакам, как частота и выраженность диареи, диспепсических расстройств, скорости достижения оптимального темпа введения питательной смеси.

Результаты: В первой группе (контроль) диспепсические расстройства отмечались у 14 больных (60%), во второй у 7 (33%). Скорость достижения оптимального темпа введения смеси была в основной группе выше.

Обсуждение: Применение ферментных препаратов в составе энтерального питания привело к снижению числа осложнений.

Выводы: При проведении интенсивной терапии больных с острыми деструктивными панкреатитами целесообразно включать в план лечения ферментные препараты в составе вводимых энтеральных смесей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

Сахаров А.В., Князев В.Н., Тукаев М.Ю.

Медицинская служба МВО, 339 Хлебниковский военный госпиталь, МВО, г. Долгопрудный

Лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями представляет собой трудную и сложную проблему, которая включает: идентификацию микрофлоры, целенаправленную антибактериальную терапию, активное хирургическое вмешательство с элементами восстановительной хирургии, иммунокорректирующую и стимулирующую терапию, эффективную дезинтоксикационную терапию.

Практически всем этим требованиям отвечает озонотерапия, методики которой были активно использованы в комплексном лечении данной патологии.

Цель исследования – показать возможности озона в улучшении клинических аспектов лечения хирургической инфекции.

Мы располагаем опытом лечения 2025 больных, из них в экстренном порядке поступили и оперированы 77%. Озонотерапию получал 671 пациент (33%).

Наиболее часто встречались: деструктивные панариции (21%), абсцессы и флегмоны (18,8%), осложненные формы карбункулов, пиодермии (12,5%), длительно незаживающие раны, язвы (7,5%), анаэробная инфекция, рожа, сепсис (3%), парапроктиты (1,1%), перитониты (1%), ожоги (1%).

Озонотерапия использовалась в отделении гнойной хирургии и других отделениях госпиталя.

Из всех методик наиболее часто (210 больных – 31,2%) применялась МАГТ – малая аутогемотерапия с озоном (с концентрацией озона 5–10 мкг/мл, 6–8 процедур на курс) у больных гнойного, дерматовенерологического, гинекологического, терапевтического отделений.

Во время операций, перевязок санация ран проводилась орошением и промыванием полостей озонированным раствором (концентрация озона составляла до 10 мкг/мл), а также введением озono-кислородной газовой смеси в ткани очага поражения. Эти методы применены у 232 больных (34,5%).

Внутривенное введение озонированного физиологического раствора осуществлялось 115 больным (17%) в количестве 200–400 мл (концентрация озона в жидкости – 15 мкг/мл), на курс 3–6 процедур.

Ректальная инсуффляция газообразной озонкислородной смеси (концентрация озона 5–30 мкг/мл, в количестве 50–300 мл) применена при лечении 77 больных (11,5%) с парапроктитом, эпителиальнокопчиковыми ходами, осложненными формами геморроя, гинекологическими воспалительными процессами. Газация в камере с применением «озоновых сапог» (концентрация озона от 8–10 до 25–30 мкг/мл) осуществлялась при лечении 12 больных (1,8%) с ангиопатиями, венозной недостаточностью, трофическими язвами нижних конечностей.

При тяжелых гнойных поражениях (сепсис, перитонит, деструктивные формы рожи, анаэробная инфекция, множественный фурункулез с абсцедированием), при сопутствующей хронической патологии (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца) 27 больных (4%) получали по две–три методики озонотерапии: внутривенное введение озона + аутогемотерапия с озоном + местное применение озона. Использование озонотерапии позволило сократить сроки лечения, уменьшить объем медикаментозной терапии, а в отдельных случаях она явилась методом выбора. Таким образом, озонотерапия заняла прочное место в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОЗОНОМ

Мормышев В.Н., Мартынов А.К., Сахаров А.В., Снигоренко А.С.

574 военный клинический госпиталь МО РФ, Москва, Россия.

Острый парапроктит, относится к числу наиболее распространенных заболеваний, составляя от 0,5% до 4% от общего числа больных хирургического профиля и 24%–50% проктологических больных. С 2000 года в госпитале при лечении больных проктологического профиля широко используется озонотерапия. В этой работе представлен опыт применения

комплексной озонотерапии при лечении 60 больных с острым парапроктитом в возрасте от 24 до 75 лет, из них 40 чел. (67%) – мужчины, 20 (32%) – женщины. У 36 пациентов (24 мужчины и 12 женщин) – диагностирован подкожно-подслизистый парапроктит, у 24 (16 мужчин и 8 женщины) – ишиоректальный. Все больные острым парапроктитом были экстренно оперированы под общим обезболиванием: 40 человек – радикально, с ликвидацией внутреннего отверстия гнойника; у 20 пациентов внутреннее отверстие обнаружено не было – им произведено широкое вскрытие и проточное дренирование гнойного очага. Всем пациентам проводилась комплексная местная и общая озонотерапия:

а) парентеральное введение озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией озона в растворе 1 мг/л, по 400,0 мл ежедневно в течение 7–10 дней;

б) местная проточная санация гнойного очага ОФР с концентрацией озона 8–10 мг/л в течение первых 2–3 суток послеоперационного периода;

в) газация озонкислородной газовой смесью в пластиковом мешке (по типу «штанов») с концентрацией озона в газовой смеси 20 мг/л в течение 10 минут, ежедневно, первые трое суток послеоперационного периода:

г) с третьих суток и до полного выздоровления – местное применение масла «Озонид» ежедневно 1–2 раза в сутки.

После окончания комплексного лечения и выписки из стационара больные наблюдались в сроки от 3 до 12 месяцев. В результате проведенного лечения из 18 случаев рецидивов заболевания и формирования хронических свищей не отмечено. Средний срок лечения в стационаре у пациентов с острым парапроктитом составил $10 \pm 2,5$ дней.

Выводы: обладая поливалентным лечебным воздействием на организм, озон является патогенетическим лечебным фактором в лечении хирургической гнойной инфекции аноректальной области.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Матвейчук М.В., Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»,
кафедра клинической фармакологии;

МУЗ Детская городская клиническая больница, г. Владивосток, Россия.

Цель: анализ лечения детей с острым аппендицитом (ОА), анализ качества использования периоперационной антибиотикопрофилактики (АБП), оценка адекватности антибактериальной терапии (АТ) в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Исследовано 380 историй болезни. Использовались микробиологический, описательный статистический, клинический методы.

Результаты: Средний возраст больных 9,8 лет±. Из 380 больных у 279 больных был флегмонозный ОА (73%), у 36 простой ОА (9,4%), у 65 больных (17%) деструктивный ОА. Перфоративный в 11% случаев. У 310 детей ОА сопровождался перитонитом. В большинстве случаев возбудитель интраабдоминальной инфекции E.Coli. АБП проводилась перед операцией в 75% случаев. Чаще использовались цефуроксим (65%) и цефазолин (20%). В 100% случаях проводилась послеоперационная парентеральная АТ. В 65% проводилась монотерапия препаратом из группы цефалоспоринов длительностью в среднем 7 дней. Эмпирическая терапия в случаях деструктивной формы ОА проводилась во всех случаях комбинацией из 3х антибиотиков. Средняя длительность терапии 12 дней. Средний койко-день составил 16,93. Инфекционные осложнения наблюдались в 12 случаях.

Обсуждение: Не во всех случаях проводится АБП. Препарата вводится более чем за 1,5 часа перед операцией. АТ проводится независимо от характера изменений в отростке и распространенности перитонита. Во всех случаях осложнения возникали на фоне отсутствия АБП, либо неадекватности ее проведения.

Выводы: У детей продолжают использоваться рутинные длительные схемы лечения и агрессивная АТ в послеоперационном периоде. Необоснованно назначаются препараты расширенного спектра, антибиотики резерва в отсутствии четких к этому показаний. Это объясняется отсутствием четких протоколов по выбору антибиотиков при ОА у детей. Совместная

работа хирурга и клинического фармаколога позволит оптимизировать протоколы периоперационной АБТ, снизить число случаев необоснованного назначения антибиотиков, сдержать развитие антибиотикорезистентности.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Абакумов М.М., Даниелян Ш.Н.

НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, Россия.

Цель: Совершенствование комплекса диагностических и лечебных мероприятий у больных с посттравматической эмпиемой плевры (ЭП).

Материалы и методы: Работа основана на анализе 126 наблюдений ЭП, в том числе – 57 после проникающих ранений (ПРГ) и 69 – после закрытой травмы груди (ЗТГ). При анализе наблюдений использовали результаты лучевых (рентгенография, УЗИ, КТ), иммунологических методов исследования и методов медицинской статистики.

Результаты: Выявлено, что основными факторами, способствующими развитию ЭП, являются: массивная кровопотеря (64,3%), позднее обращение пострадавших (35,7%), свернувшийся гемоторакс (34,9%) и неэффективное дренирование плевральной полости (21,4%). Рентгенография позволяла в 84% наблюдений выявить патологическое содержимое в плевральной полости, однако судить о характере содержимого не представлялось возможным. Признаки инфицирования полости плевры удавалось выявить при УЗИ (чувствительность метода 67,6%) и КТ (92,7%). Чувствительность метода плевральной пункции составила 86%, бактериологического исследования – 89,3%. При остром течении ЭП дренирование плевральной полости с промыванием и постоянной аспирацией содержимого позволило добиться полного выздоровления в 84,6% наблюдений после ПРГ и 60% – после ЗТГ. Показания для видеоторакоскопии или торакотомии в остром периоде нагноения чаще возникали при ЗТГ (33,3% против 12,8% при ПРГ). Подострое течение ЭП наблюдалось у 15,8% больных после ПРГ и у 40,6% – после ЗТГ, при этом плеврэктомия выполнена в 45,5% и 44,4% наблюдений соответственно. Выявлено, что основным иммунологическим «дефектом» при развитии острой или подострой ЭП являлась фагоцитарная недостаточность, проявляющаяся снижением поглотительной и бактерицидной активности нейтрофилов. Применение рекомбинантного интерлейкина –1 β (беталейкина) в комплексном лечении острой ЭП (внутриплеврально) позволило сократить длительность лечения в 1,5 раза, а при подостром течении ЭП (внутривенно) – уменьшить продолжительность гнойного процесса, в среднем, на 30%, сократить частоту развития хронических форм нагноения, с 46,7% до 20%.

Выводы: Диагностика ЭП должна быть основана на комплексе инструментальных методов, который включает в себя рентгенографию, УЗИ, КТ, пункцию плевральной полости и бактериологическое исследование пунктатов. Применение беталейкина в комплексном лечении острой и подострой ЭП позволяет сократить продолжительность гнойного процесса и частоту развития хронических форм нагноения, требующих плеврэктомии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (НИМТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА

Цветков В.О.¹, Молчанов В.В.², Истратов В.Г.³, Черепанова Г.В.⁴

¹ Кафедра хирургии ФППО в ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

² ГКБ №53, Москва, Россия

³ Институт хирургии им.А.В.Вишневского РАМН, Москва, Россия

⁴ Микробиологическая лаборатория детской городской поликлиники №121, Москва, Россия

Цель: выявление клинических признаков, позволяющих установить диагноз анаэробной инфекции мягких тканей до получения результатов объективных методов определения возбудителей.

Материалы и методы: исследование производилось путем ретроспективной оценки клинической картины в зависимости от выявленного состава раневой микрофлоры. Отобрано 78 больных с НИМТ, находившихся в ГКБ №53 в 2003–2006 гг. Критериями отбора в исследуемую группу являлись: быстрое или молниеносное прогрессирование некротического процесса, преимущественное поражение фасций или мышц, большая площадь поражения. Определение микробного пейзажа производилось при помощи развернутого бактериологического исследования, бактериоскопии нативного мазка, окрашенного по Граму, методов ГЖХ и масс-спектрометрии. В зависимости от результатов проведенных исследований пациенты разделены на 2 основные группы: I – больные с подтвержденным облигатноанаэробным характером микрофлоры, II группа – пациенты, у которых роста облигатных анаэробов получено не было и не выявлено характерных бактериоскопических признаков анаэробной инфекции. В 3,6% наблюдений роста микрофлоры не получено, эти пациенты исключены из исследования в связи с малочисленностью группы. В анализ включались следующие клинические признаки: локализация, площадь и характер поражения мягких тканей, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, оценка тяжести состояния по шкале SAPS II, а также результаты гистологического исследования пораженных тканей.

Результаты: при поступлении или на момент манифестации инфекции у 57% больных I группы и у 60% II группы имелась тахикардия (>100 в минуту), гипотензия (АД сист. < 100 мм рт. ст.) соответственно у 14,3% и 16,7%, высокий лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$ и более) у 79,1% и 71,4%. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево отмечен у 80% и 71,8% пациентов соответственно. Преимущественное поражение поверхностной или собственной фасции в I группе встречалось у 66,7% пациентов, у 16,7% отмечались клинические и гистологические признаки некротизирующего миозита. Во II группе некротизирующий фасциит и миозит отмечены в 43,8% и 41,6% соответственно. Объем поражения, оцененный в процентах от общей поверхности тела, в I группе превышал 9% в 33,3% случаев, во II – в 18,7% наблюдений. В I группе лишь в одном наблюдении выявлено газообразование, в то время как во II группе этот признак встречался в 18,8% случаев.

Обсуждение: полученные нами данные несколько расходятся с традиционными представлениями о некротизирующих инфекциях мягких тканей как о процессах преимущественно анаэробной природы. На сегодняшний день нам также не удалось выявить клинические симптомы, позволяющие до получения результатов объективной оценки характера возбудителей установить наличие того или иного вида раневой микрофлоры.

Вывод: до получения результатов бактериологического исследования правильнее говорить не об анаэробной инфекции, а о некротизирующей инфекции мягких тканей с указанием преимущественного морфологического субстрата (фасциит, целлюлит, миозит), а уточнение диагноза с указанием этиологии поражения производить после получения результатов бактериологического исследования

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ЭНДОТОКСЕМИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Розанов В.Е., Болотников А.И., Бондаренко Л.П., Майлова Г.Е.,
Кривцов А.В.*

Кафедра хирургии GIУВ МО РФ, клиническая больница №123 ФМБА РФ

Цель: Выявление особенностей некоторых механизмов развития эндотоксемии при травматическом перитоните.

Материалы и методы: Исследования проведены у 90 пострадавших с сочетанной травмой полых органов брюшной полости и перитонитом, преимущественно мужчин (77,2%), средний возраст которых составил $32,8 \pm 3,1$ лет. Средний балл общей тяжести травмы по шкале ISS составил $28,3 \pm 2,4$ балла, живота по PATI – $39,9 \pm 1,8$, состояния по APACHE-II – $30,1 \pm 2,1$, шока по [+T] критерию Цибина – $15,0 \pm 1,1$. Местный перитонит выявлен в 2,9% случаях, распространенный – в 97,1%. Серозный экссудат обнаружен в 18,2% случаев, серозно-фибринозный – в 58% и гнойный – в 23,8%. Тяжесть перитонита по МИП составила: $16,4 \pm 1,1$ баллов у 17,8% пострадавших, при этом летальности в этой группе не отмечалось; $28,1 \pm 1,9$ – у 68,2% (умерло 20,7%); $38,8 \pm 2,0$ – у 14,1% (умерло 67,3%). Обсемененность брюшины и экссудата была – до 106–1010 микробных тел в 1 мл экссудата. Используя метод ультра-

звукового дуплексного сканирования, определяли индекс периферического сопротивления (RI) и тонуса сосудов (PI), линейную (Лск) и объемную (Оск) скорости кровотока соответственно в чревном стволе, верхней брыжеечной, селезеночной, общей печеночной артериях, Оск и Лск, а также диаметр нижней полой, воротной и селезеночной вен. Выделяли полиморфноядерные лейкоциты (ПЯЛ) крови и определяли в них уровень функциональной активности с помощью измерения люминолзависимой хемилюминесценции (ПИХЛ), количество супероксидного аниона – спектрофотометрически. Бактериальную транслокацию изучали посевом биологического материала на селективные питательные среды, а также использовали флуоресцирующие моноклональные антитела по методикам, разработанным Eleftheriadis E. et al. (1996) и Diniz S. et al. (1999).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено снижение скорости артериальных и венозных потоков в системе спланхического кровообращения в ответ на СТЖ. Снижению скорости кровотока в артериальной системе предшествовало усиление сосудистого тонуса, а в венозной – «приросту» диаметра и увеличение русла емкостных сосудов спланхической системы, свидетельствующие о развитии у пострадавших синдрома «патологического депонирования крови».

Нарушение кровотока в системе спланхического кровообращения было обусловлено адгезией ПЯЛ к сосудистому эндотелию. Так, функциональная активность ПЯЛ увеличивалась по мере развития перитонита с одновременным увеличением количества вырабатываемого в них супероксида, что коррелировало с высокой степенью достоверности ($r_{xy}=+0,89\pm 0,003, p<0,01$) с изменениями показателей RI, PI, Лск и Оск. Уровень функциональной активности ПЯЛ коррелировал с продукцией супероксида ($r_{xy}=+0,79\pm, p<0,01$).

Значительное уменьшение спланхического кровотока и последующее повреждение интестинальной слизистой метаболитами кислорода (МК) приводили к транслокации бактерий и их токсинов из просвета кишки в брыжеечные лимфоузы, печень и системную циркуляцию. Из аутофлоры наиболее часто транслоцировались кишечная палочка (78,9%), протей (51,4%), энтеробактерии (47,1%), из транзитных штаммов – сенная палочка (41,2%). Следующими в ряду идут грамположительные аэробы (35,2%). В то же время уровень транслокации облигатных анаэробов был очень низкий (12,6%).

Заключение: Повышение супероксидгенерирующей энзиматической активности ПЯЛ у пострадавших с травматическим перитонитом, обуславливает нарушениями спланхического кровообращения, что сопровождается транслокацией кишечной микрофлоры и может являться одним из механизмов развития эндотоксемии при травматическом перитоните.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Асташов В.Л., Саморуков Ю.Н., Кучиц С.С., Зеленский А.А.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, г. Москва

Проблема лечения острого холангита остается одной из самых сложных в гепатобилиарной хирургии. Цель исследования состояла в определении роли микробного фактора и проводимой антибактериальной терапии при остром холангите.

Проведен анализ лечения 49 больных острым холангитом неопухолевого генеза за период с 2001 по 2003г., у которых исследовалась микрофлора желчевыводящих протоков и её чувствительность к современным антибактериальным препаратам после инструментальной или хирургической декомпрессии желчевыводящих протоков.

Причинами развития острого холангита были: холедохолитиаз у 24, сочетание стриктуры терминального отдела холедоха и холедохолитиаз у 11, сдавление наружных желчевыводящих протоков воспалительным перивезикальным инфильтратом у 7, сдавление наружных желчевыводящих протоков отечной головкой поджелудочной железы при вторичном панкреатите у 5, перихоледохеальный лимфаденит у 2 человек.

Проводили исследование после следующих оперативных и малоинвазивных вмешательств: холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу выполнена у 28, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому у 14, ЭРПСТ с назобилиарным дренированием у 4, чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих протоков под контролем УЗИ у 3 пациентов.

Качественный анализ бактериохолии выполняли на первые, третьи, седьмые, десятые сутки и перед удалением дренажа. Наиболее часто определялись: *Escherichia coli* – 63,3%, *Klebsiela* – 16,3%, *Enterobacter aerogenes* – 8,2%, *Proteus* – 6,1%, *Enterococcus faecalis* – 4,1%, *Pseudomonas aeruginosa* – 2,0%. В 27% случаев высеивались ассоциации микроорганизмов. При исследовании чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам наиболее устойчивой оказалась *Escherichia coli*, чувствительная только к имипинемам и цефалоспорином 3-4-го поколений. Несмотря на проведение антибактериальной терапии с учетом антибиотикограмм – полной стерильности желчи не удалось добиться в 40% случаев, при этом постоянно высеивалась *Escherichia coli*. Однако, клинико-лабораторные показатели у этих больных были в пределах нормальных величин, и все они были выписаны по завершении лечения. Отмечено, что при применении методики растворения конкрементов при холедохолитиазе путем введения в желчные протоки раствора гепарина по B.Gardner (1969) – неоднократно менялся спектр высеиваемых из желчи микроорганизмов, что подтверждают данные некоторых авторов о том, что конкременты являются самостоятельным источником инфекции, а при их растворении выделяются биликультуры, принимавшие участие на разных стадиях холелитиаза.

Таким образом, наиболее часто высеиваемым возбудителем при остром холангите является *Escherichia coli*, которая оказалась наиболее устойчивой к современным антибактериальным препаратам. Основная цель антибиотикотерапии при остром холангите заключается в предупреждении генерализации холангиогенной инфекции, а не полная санация желчевыводящих протоков.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Шевцов В.И., Ключин Н.М.

Федеральное Государственное учреждение науки «Российский научный центр
«Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А.Илизарова» Росздрави,
г. Курган, Россия

Хронический остеомиелит длинных трубчатых костей возглавляет заболевания хирургического профиля по разнообразию клинических проявлений, длительности течения, по количеству используемых способов лечения, частоте рецидивов и неблагоприятных исходов. При этом рецидивы заболевания могут возникать как в ранний послеоперационный период, так и через многие годы после окончания лечения.

Изучение отдаленных результатов лечения больных хроническим остеомиелитом до настоящего времени остается одним из наиболее объективных критериев оценки стойкости купирования гнойно-некротического процесса и качества проведенных лечебных мероприятий.

Известно, что до сороковых годов XX века большинством хирургов остеомиелит считался неизлечимым заболеванием, и нередко единственным путем избавления от недуга была своевременная ампутация конечности. Позднее были достигнуты заметные успехи в его лечении, но положительные исходы при использовании различных способов характеризовались непостоянством и довольно широкими диапазонами колебаний – от 8 до 94 %. При этом, критерии оценки устанавливаются самые различные и носят, как правило, частный характер, не отражающий в полном объеме результат лечения.

В силу этого мы были вынуждены разработать собственную систему оценки результатов лечения больных хроническим остеомиелитом, тем более, что в условиях использования метода управляемого чрескостного остеосинтеза эти результаты должны отражать как степень купирования гнойно-воспалительного процесса, так и качество ортопедической реконструкции пораженного сегмента и конечности в целом. Исходя из этого предлагаемая система оценки подразумевает, что:

- под достижением отличного результата понимается полное и стойкое купирование остеомиелитического процесса с одновременным полным решением ортопедической задачи;
- к хорошим результатам мы относим такие исходы лечения, которые характеризуются стойким купированием остеомиелитического процесса на фоне незавершенности решения ортопедической задачи: остающегося укорочения конечности, деформации, ограничения подвижности в суставах и т.д.;

– удовлетворительным результат лечения признается в случаях стойкого купирования остеомиелитического процесса без решения ортопедической задачи, но с обязательным восстановлением опороспособности конечности;

– под неудовлетворительным результатом понимаются случаи неустранения гнойно-воспалительного процесса в кости и окружающих тканях и его рецидивирование после проведенного в полном объеме курса лечения не зависимо от степени решения задачи ортопедической реконструкции пораженного сегмента или конечности в целом.

Для объективизации оценки результатов лечения нами дополнительно разработан специальный способ. Его сутью является учет соотношения клинико-рентгенологических показателей с данными результатов биохимических и радионуклидных исследований.

Согласно этому способу результаты лечения оценивались в системе индексов. Проведенные по данному способу анализ показал, что полученные результаты коррелируются с предложенной нами методикой клинико-рентгенологической оценки. На этой основе был проведен анализ результатов 1639 больных хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, пролеченных методом чрескостного остеосинтеза. Непосредственные результаты лечения изучены нами у всех больных – 100 %, ближайшие результаты в сроки до 1 года – у 1225 больных или у 74,7 %, отдаленные – свыше одного года – у 595 больных или 36,3 % от общего числа пролеченных.

Анализируя в целом результаты лечения больных хроническим остеомиелитом методом управляемого чрескостного остеосинтеза можно отметить, что данный метод является высокоэффективным, обеспечивающим достижение в 97,1 % случаев стойких положительных исходов лечения. При этом, что особенно важно, число рецидивов заболевания составляет только 2,9 % от общего числа пролеченных больных. Высоким является и количество «отличных» и «хороших» результатов, которые, соответственно, составили 27,3 % и 29,0 %.

ОТКРЫТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Буткевич А.Ц., Лапин А.Ю., Дудкин Б.П.

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России.

Цель: Изучить эффективность комплексной интенсивной терапии в сочетании с оментобурсостомией (ретроперитонеостомией) в лечении распространенного инфицированного панкреонекроза (ИПН).

Материалы и методы: проведен анализ 66 оперированных больных с ИПН. Все оперированные больные оперированы с применением открытых дренирующих операций из бисубкостального доступа, включающих формирование оментобурсостомы с этапными программными санационными релапаротомиями. Из них 18 больных (основная группа) кроме стандартной комплексной терапии получали сеансы гемоультрафильтрации, гипербарической оксигенации, карбапенемы с момента поступления; 48 пациентов (контрольная группа), оперированны аналогично и получали базисную терапию с включением цефалоспоринов I-III поколения.

Результаты: в основной группе послеоперационная летальность – 31,3%, в контрольной – 27,1%. Статистически достоверных отличий в результатах лечения указанных групп сравнения не получено. В тоже время в основной группе оперированы только больные с распространенной ФЗК (88,9%), в то время как в контрольной оперированы пациенты с менее распространенным деструктивным процессом в забрюшинной клетчатке. В основной группе удалось избежать смерти больных ИПН с парапанкреатической флегмоной, достоверно ($p < 0,05$) снизить (с 50% до 25%) летальность у больных с параколической флегмоной и добиться статистически высоко достоверного снижения летальности при тотальном поражении забрюшинной клетчатки – с 83,3% до 50,0% ($p < 0,001$). В целом в группе больных с ИПН, осложненным флегмоной забрюшинной клетчатки отмечено снижение летальности с 40,9% до 31,3% ($p > 0,05$).

Выводы: комплексная многокомпонентная терапия в сочетании с открытыми дренирующими операциями позволяет улучшить результаты лечения больных ИПН с обширными флегмонами забрюшинного пространства.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «КОЛЛАПАНА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Бордаков В.Н., Савицкий Л.Ф., Сухарев А.А., Вараницкий Г.Н.

Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Минск

Цель: оценка эффективности «Коллапана» для заполнения костных дефектов в комплексном хирургическом лечении хронического остеомиелита.

Материалы и методы: проведено 32 оперативных вмешательства: секвестрнекрэктомия с резекцией кости и пластикой «Коллапаном» – 21 (65,6 %), резекционная секвестрнекрэктомия с внеочаговым остеосинтезом аппаратом внешней фиксации – 10 (31,2 %), пластика «Коллапаном» в комбинации с мышечной пластикой – 1 (3,1 %). Количество применяемого препарата составляло от 9 до 125 грамм.

Результаты и обсуждение: после выполнения радикальной секвестрнекрэктомии и санации операционной раны, включающей промывание антисептиками, обработку ультразвуком, производилось дренирование двухпросветными трубками и тампонами с мазью «Левомеколь». Через 2–3 дня проводилась повторная ревизия раны, по необходимости некрэктомия, и костная полость заполнялась гранулами «Коллапана», с учетом чувствительности к антибиотикам. Рана ушивалась, дренировалась в режиме активной аспирации. В 7 (29,2 %) случаях произведена резекция концов кости, пораженных нагноительным процессом, в 4 (16,6 %) – проводился перемонтаж аппаратов внешней фиксации в связи с его нестабильностью. При проведении резекционной секвестрнекрэктомии, гранулы «Коллапана» вводили между фрагментами кости, создавали компрессию в аппарате внешней фиксации. В 9 (37 %) случаях после обработки гнойной костной полости и ее пластики «Коллапаном» рана зашивалась наглухо. Дренирование осуществляли в течении 2–5 суток в режиме активной аспирации. При дефекте мягких тканей и выраженном их рубцовом поражении в 2 случаях рана закрывалась перемещенным полнослойным кожно-фасциальным лоскутом.

Этапное изучение рентгенологической картины показало, что во всех наблюдениях воспалительный процесс ликвидирован, формирование костной мозоли и общее окончательное сращение происходили в пределах среднестатистических сроков. Через 6–7 месяцев отмечалось постепенное заполнение остеомиелитических полостей костной тканью.

Выводы: «Коллапан» является эффективным средством при лечении остеомиелита различной этиологии и локализации, а также открытых переломов костей, осложненных гнойной инфекцией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВЯЗОК С ТЕХНОЛОГИЕЙ SAFETAC ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ И ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИЕЙ

Жуков А.О.

Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН

У пациентов с некротическим васкулитом и гангренозной пиодермией характерным проявлением заболевания являются кожные язвы, нередко больших размеров, а на нижних конечностях могут развиваться циркулярные дефекты кожи. В таких ситуациях с одной стороны длительно требуются перевязки, в том числе ежедневные при обильном экссудате, а с другой – при использовании традиционных абсорбирующих марлевых повязок, антибактериальных мазей, бактробана, йодопирона или антисептиков каждая перевязка сопровождается выраженными болевыми ощущениями, что требует применения анальгетиков либо внутривенной анестезии.

Наш опыт применения в качестве первичной повязки Mepitel® (эластичная полиамидная сетка покрытая слоем мягкого силикона Safetac®) обнаружил следующие преимущест-

ва такого лечения: снижение либо полное отсутствие боли при перевязках, даже при обширных циркулярных язвах конечностей удавалось не прибегать к применению анальгетиков; возможность многократного использования (до 7–14 дней); в зависимости от качества и объема экссудата можно варьировать с выбором вторичной повязки. В качестве последней использовали марлевые салфетки с физиологическим раствором, раствором диоксидина, лавасептом. В наших наблюдениях (2 пациента с гангренозной пиодермией и 1 пациента с обширными циркулярными некротическими язвами нижних конечностей на фоне васкулита) перевязки осуществлялись в течение 18, 22 и 36 дней до полной эпителизации язвы в двух первых наблюдениях и очищения язв с появлением грануляционной ткани – во втором. Стоимость только медикаментозного обеспечения внутривенной анестезии на одну перевязку колеблется от 11,2\$ до 18,7\$, в течение месяца эта сумма может достигать 337–560\$. Кроме того, отсутствие боли дает возможность осуществлять местное лечение таких «проблемных» язвенных поверхностей в амбулаторных условиях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Антропова Н.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, г. Москва, Россия.

Цель: улучшение результатов комплексного лечения пациентов с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей (ОГНПМТ).

Материал и методы: За период с 2003 по 2005гг. в клинике проведено лечение 46 больных ОГНПМТ (40 мужчин и 9 женщин) с применением плазменных технологий. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 3,7$ лет (от 32 до 76). Площадь пораженной поверхности варьировала от 70 до 510 см² (в среднем $230,5 \pm 90$ см²). Наиболее распространенной областью локализации ОГНПМТ являлись ягодичная область (30,4%) и нижняя конечность (52,1%). На завершающем этапе механической некрэктомии раневую поверхность у всех больных дополнительно обрабатывали высокотемпературной аргонной плазмой в режиме резки и близкофокусной коагуляции (установка «Скальпель плазменный СП-ЦПТ»). Она хорошо дополняла обычную хирургическую обработку за счет эффекта вапоризации, обеспечивая ускоренное выведение из раны девитализированных структур. В послеоперационном периоде во время перевязок постнекрэктомическую рану ежедневно облучали плазменным потоком в режиме стимуляции (10–15 секунд экспозиции на 1 см²).

Результаты и их обсуждение: Эффективность лечения оценивали путем наблюдения за общим состоянием пациента и динамикой раневого процесса, а также по данным морфологического исследования. Для объективизации результатов, полученные данные сравнивались с таковыми у 51 пациента с ОГНПМТ, пролеченных стандартно (некрэктомию + перевязки с антисептиками). Технология плазменного скальпеля позволила в 1,6 раза сократить число этапных некрэктомию и в 1,8 раза уменьшить интраоперационную кровопотерю ($p < 0,05$). По основным параметрам раневого процесса (сроки окончательного некролиза, начало грануляции и эпителизации) наблюдаемая группа в 1,4–1,6 раза опережает группу сравнения, что подтверждалось далее результатами морфологических исследований. Терапевтический плазменный луч (озон, ультрафиолет) оказывал выраженный противовоспалительный, бактериостатический и биостимулирующий эффект, заметно ускоряя регенераторные процессы, а также улучшал исход восстановительных вмешательств. В целом, благодаря успешному внедрению инновационной методики удалось снизить общую летальность более чем в 1,8 раза, что еще подтверждает ее эффективность.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ СЕПСИСЕ: КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Хорошилов И.Е., Лебединский К.М.

ВМедА, СПб МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Тяжелый сепсис характеризуется наличием общей системной воспалительной реакции организма в сочетании с органной (полиорганной) дисфункцией (недостаточностью, несостоятельностью). Клиническое течение тяжелого сепсиса может сопровождаться развитием сердечно-сосудистой, почечной, дыхательной, печеночной, желудочно-кишечной недостаточности. Поэтому к числу направлений интенсивной терапии сепсиса в последнее время относят гемодинамическую, респираторную и нутриционную поддержку.

Прогностически важным при лечении больного с тяжелым сепсисом является оценка метаболического статуса и интенсивности катаболизма. В конечном итоге именно потеря белков приводит к критическому нарушению функций различных органов и выраженному иммунодефицитному состоянию.

С развитием методов нутриционной поддержки арсенал интенсивной терапии пополнился средствами парентерального и энтерального питания. В последнее время считается, что при первой возможности следует переходить от парентерального к энтеральному питанию через рот или назогастральный зонд. Однако наши собственные данные показывают, что даже полноценное и сбалансированное энтеральное питание не позволяет нормализовать содержание белков в крови и предотвратить критическое снижение тощей (мышечной) массы тела. При тяжелом сепсисе только одновременно проводимое парентеральное питание с использованием аминокислот, жировых эмульсий, глюкозы, а в ряде случаев и глутамина, витаминов, микроэлементов, способствует нормализации статуса питания пациентов и клиническому выздоровлению при тяжелом сепсисе. Проведенное в 2003 г. в Италии рандомизированное исследование (Bertolini G. и др.) показало, летальность больных с тяжелым сепсисом, получавших полное парентеральное питание в 3 раза ниже по сравнению с полным энтеральным иммунным питанием.

ПАТОГЕНЕЗ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кузнецов А.Н.

Центральная поликлиника ФТС РФ, Москва, Россия.

Внедрение современной хирургической и анестезиологической техники открыло перед клиницистами большие перспективы. Однако многие вопросы абдоминальной хирургии далеки от своего окончательного разрешения. Наиболее важным из них является проблема профилактики легочных осложнений при острых хирургических заболеваниях.

Свидетельством тому служат высокие показатели летальности при этом осложнении, не снижающиеся ниже 50% даже в тех учреждениях, которые специально занимаются изучением данной проблемы.

Целью нашей работы являлось изучение патогенеза легочных осложнений при острой кишечной непроходимости.

Материалы и методы: Состояние гемомикроциркуляторного русла в стенках тонкой кишки и в легких в норме и при обтурационной острой кишечной непроходимости изучено на 40 взрослых беспородных собаках обоего пола весом 7–20 кг с соблюдением «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных».

Результаты: При моделировании низкой обтурационной тонкокишечной непроходимости в ГМЦР оболочек стенок приводящей петли тонкой кишки отмечается уменьшение диаметров просветов микрососудов артериального звена и расширение микрососудов венозного отдела, достигающее наибольшей выраженности в приводящей петле к 6 суткам после экспериментального моделирования острой обтурационной тонкокишечной непроходимости.

С увеличением сроков эксперимента в легких при микроскопическом исследовании гемодинамические расстройства также нарастают, наиболее выраженные в нижних долях

легких. На ранних сроках эксперимента отмечается рефлекторный спазм артериол и прекапилляров. Через 6 суток от начала опыта по формированию низкой обтурационной тонкокишечной непроходимости развивается паралитическая (обусловленная гипоксическим повреждением нервного аппарата) вазодилатация всего артериального звена ГМЦР, включая капилляры.

Уже с 3-х суток эксперимента в нижних долях легких выявляется выраженное полнокровие, сопровождающееся участками межальвеолярного некроза, множественные дисковидные ателектазы. В альвеолах наблюдается скопление серозно-геморрагического экссудата, в котором много лейкоцитов и макрофагов, слущенного альвеолярного эпителия. Число эритроцитов в просвете альвеол с увеличением сроков эксперимента несколько уменьшается, так как они подвергаются гемолизу. В просвете альвеол накапливается фибрин в виде густой сетки, в петлях которой много полинуклеарных лейкоцитов. Иногда можно видеть, как нити фибрина через поры Кона проникают из одной альвеолы в другую. Межальвеолярные перегородки резко полнокровны. Просветы бронхов в этих участках выполнены таким же экссудатом и небольшим количеством серозной жидкости. Эпителий бронхов большей частью слущен. Междольковая, а также и окружающая бронхи и сосуды соединительная ткань в резкой степени отека. Висцеральная плевра отечная, утолщена, покрыта фибринозными наложениями с включением форменных элементов крови в состоянии дезорганизации.

Таким образом, морфологической основой патогенеза возникновения и развития легочных осложнений при острой обтурационной тонкокишечной непроходимости является уменьшение диаметра просвета сосудов артериального отдела гемомикроциркуляторного русла в легких на сроке наблюдения от 1 до 3 суток, с их паралитической дилатацией на 6 сутки эксперимента, а также увеличение диаметра просвета веноулярного отдела ГМЦР при сроке наблюдения 1 сутки и уменьшение диаметра просвета сосудов веноулярного отдела гемомикроциркуляторного русла из-за паравазального отека тканей, нарастающего с увеличением срока эксперимента.

ПЕРВИЧНЫЕ СЕГМЕНТАРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ

Борисов В.Ю., Рушай А.К., Бодаченко К.А., Кривенко С.Н., Колосова Т.А., Чучварев Р.В.
Донецкий НИИ травматологии и ортопедии ДонГМУ им. М. Горького
отдел политравмы и костно-гнойной инфекции

Повышенный интерес к проблеме лечения открытых многооскольчатых переломов костей голени в последнее время связан с исследованиями глубоких изменений в организме пострадавших. Широкое применение находит традиционная тактика на основе прогрессивных реконструктивных вмешательств. Правильно выбранный метод лечения обеспечивает возможность адекватного лечения и полноценное восстановление структур и функции, профилактику осложнений. При тяжелых открытых многооскольчатых переломах остается высокий процент осложнений в виде травматического остеомиелита и ложных суставов большеберцовой кости. Прогнозирование и профилактика осложнений уже на начальных этапах имеют ведущее значение для получения хорошего результата. При открытых многооскольчатых переломах после применения традиционной тактики оперативного вмешательства процент гнойных осложнений составляет около 86%. Целью настоящей работы является формулировка тактики по профилактике осложнений и улучшение результатов лечения.

Материалы и методы. В отделении с 2003 по 2006 год лечилось 274 больных с осложнениями при традиционной тактике лечения открытых переломов голени. В развитии воспалительного процесса наиболее важное значение имело состояние организма пострадавшего, состояние мягких тканей пораженного сегмента, адекватность терапии. Ведущую роль в профилактике гнойных осложнений открытых многооскольчатых переломов голени играет тактика, то есть проведение первичной хирургической обработки по типу сегментарной резекции. Проперировано 24 больных. Нежизнеспособные отломки удалялись, костные фрагменты адаптивно резецировались и нейтрально фиксировались, дефект замещался по Илизарову.

Проведение первичной хирургической обработки открытых оскольчатых переломов голени по типу сегментарной резекции большеберцовой кости сократило сроки лечения на $44 \pm 2,3$ дня и позволило уменьшить частоту развития остеомиелита до 17% (4).

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОЗОНОМ

Снигоренко А.С.

Центральный клинический госпиталь Федеральной Таможенной Службы России, г. Москва

По данным ВОЗ, в мире более 150 млн. больных сахарным диабетом (СД). Синдром диабетической стопы (СДС) встречается у 30–80% больных СД, что увеличивает риск развития гангрены нижних конечностей в 20 раз и обуславливает 50–70% всех ампутаций нижних конечностей с послеоперационной летальностью 10–15%.

Цель: улучшение результатов лечения СДС, путем включения в его комплексную терапию озона.

Материал и методы: пролечено 16 больных с СДС в возрасте от 52 до 68 лет. Женщин было 6 чел. (37,5%), мужчин – 10 чел (62,5%); преобладал сахарный диабет II типа (87,5%). Нейропатическая форма выявлена у 3 чел. (18,7%), нейроишемическая – у 7 чел. (43,8%), ишемическая – у 6 чел (37,5%) больных. Так, гиперкератоз и трещины кожи – у 3 чел (18,7%), трофические язвы – у 7 чел (43,8%), сухая гангрена одного или нескольких пальцев – у 2 чел (12,5%), влажная гангрена одного или нескольких пальцев у 2 чел (12,5%), гнойно-некротическая флегмона стопы – у 2 чел (12,5%). Асептическая стадия отмечена в 37,5%, инфицированная – в 62,5% случаев. Дифференцированная (в зависимости от формы СДС) комплексная терапия включала: компенсацию сахарного диабета, антибактериальную терапию, применение вазопроста, вессел дуэ ф, сермиона, никотиновой кислоты, фрагмина, малых доз гепарина, аспирина, а также местное лечение гнойно-некротического очага с использованием йодовидона, лизосорба, йодопириновой мази, УФО. Озонотерапия применялась в виде: ежедневного внутривенного введения 400 мл озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией озона 1 мг/л, ректального введения 150 см³ озонородной газовой смеси (ОКГС) с концентрацией озона 30 мг/л, газации стоп в пластиковом контейнере ОКГС с концентрацией озона 20 мг/л в течение 15 минут, местная кавитационная (УЗИ) обработка гнойно-некротических очагов в емкости с ОФР при концентрации озона в растворе 8–10 мг/л.

Результаты и обсуждение: на фоне проводимого лечения отмечались: быстрая коррекция сахара крови, уменьшение интоксикации (МСМ и малоновый диальдегид в 2 раза), снижение микробной обсемененности в гнойном очаге (с 105 до 10³ /1 г ткани), а также ишемии тканей (увеличение насыщения тканей кислородом в 1,5 раза). Летальных исходов не было. Выполнена 1 ампутация стопы на уровне сустава Лисфранка.. Средний срок лечения составил 28±1,5 койко-дней.

Выводы: обладая инсулиноподобным, антигипоксическим, противовоспалительным, детоксикационным, бактерицидным, иммуномодулирующим эффектами, улучшая реологию крови и микроциркуляцию в тканях, озонотерапия является экономичным эффективным методом лечения СДС, воздействуя на основные звенья его патогенеза.

ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И МНОГОФАКТОРНЫМИ ОЖГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кравцов С.Н., Воронцов И.Б.

1586 Окружной военный клинический госпиталь, г. Подольск, Россия.

Анализ результатов оказания медицинской помощи пострадавшим с комбинированными ожоговыми поражениями в ходе первой военной кампании на Северном Кавказе, позволил высказаться в пользу ее двухэтапной организации. Реализуя данную концепцию, предусматривается, что раненые после оказания им доврачебной или первой врачебной медицинской помощи, через 1-2 ч будут доставляться в военный госпиталь для оказания им специализированной медицинской помощи в полном объеме. Эвакуация в госпиталь, находящийся на удалении 40-50 км от зоны боевых действий должна осуществляться вертолете-

тами армейской авиации. При этом этапы квалифицированной медицинской помощи, к которым следует отнести отдельную медицинскую роту полка (бригады), отдельный медицинский батальон дивизии, отдельный медицинский отряд специального назначения, как таковые минуются. Такая организация позволяет осуществлять раннее патогенетическое лечение пострадавших с тяжелыми комбинированными ожоговыми поражениями, включая необходимую инфузионно-трансфузионную и респираторную терапию, а также позволяет выполнять радикальное хирургическое лечение, соответствующими специалистами. Все перечисленное позволяет существенно снижать риск развития у пострадавших тяжелых осложнений комбинированных поражений и, прежде всего, синдрома полиорганной недостаточности и сепсиса.

Двухэтапная система оказания медицинской помощи пострадавшим с комбинированными поражениями была реализована в период второй кампании (1999–2001 гг.). Она предусматривает, что после оказания первой медицинской (первой врачебной помощи) раненые санитарными вертолетами в сопровождении врача-эвакуатора и анестезиста в пределах 1 часа с момента ранения (в среднем, спустя $1,6 \pm 0,15$ ч) доставляются в военные госпитали Моздока и Владикавказа, находящиеся на основных эвакуационных направлениях первого эшелона специализированной медицинской помощи. При этом специализированную хирургическую помощь оказывают соответствующие специалисты по ведущему компоненту боевого повреждения – полостному ранению, нейротравме, ожогу и др. Содержание медицинской помощи и последовательность всех лечебных мероприятий при комбинированных ожоговых поражениях определяются ведущим на данный момент клиническим компонентом. Диагностический процесс при комбинированной ожоговой травме проводится уже в приемном отделении военного госпиталя и заключается в установлении повреждения, формирующего ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пострадавшего. Для этого различными специалистами осуществляется активная диагностика повреждений по соответствующим областям и системам организма.

Нарушения функции внешнего дыхания служило показанием для активного диагностического поиска повреждений плевральных полостей, включающего рентгенографию груди, а при необходимости бронхоскопию, диагностическую плевральную пункцию и даже торакоскопию.

При термоингаляционных поражениях ведущая роль в диагностике отводится фибробронхоскопиям, которые позволяют с высокой степенью точности определить уровень и степень тяжести поражения дыхательных путей, эффективно осуществлять санацию трахеобронхиального дерева и вводить лекарственные средства. Ведущая роль при тяжелых поражениях отводится мероприятиям по восстановлению проходимости дыхательных путей и респираторной терапии направленной на нормализацию газообмена.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С КРИМИНАЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДИ И ЖИВОТА В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Коробицын А.П.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия.

Цель: Исследовать структуру и причины осложненного течения послеоперационного периода у пострадавших с криминальными ранениями груди и живота в сельских районах Архангельской области.

Материалы и Методы: 128 пострадавших с огнестрельными ранениями и 377 пострадавших с колото-резаными ранениями груди и живота, госпитализированных в Архангельскую областную клиническую больницу и ЦРБ в 1985-2004 гг.

Результаты: Изолированные колото-резаные и огнестрельные ранения груди составляют 44,2%, изолированные ранения живота – 30,4% и торакоабдоминальные ранения – 25,4%. Структура первичных экстренных оперативных вмешательств: торакотомия – 39,7%; лапаротомия – 40,3%; торакотомия и лапаротомия – 20,0%. Осложненный послеоперационный период наблюдали у 63,3% пострадавших с огнестрельным и у 30,0% колото-резаным ранением. Структура послеоперационных осложнений: нагноение ран – 43%; травматический экссудативный плеврит – 27%; разлитой перитонит – 10%; внутрибрюшные абсцессы –

9%; эмпиема плевры – 4%; послеоперационное кровотечение в серозные полости – 4%; прочие – 3%.

Обсуждение: Осложненное течение послеоперационного периода чаще наблюдали при огнестрельных, чем при колото-резаных ранениях, соответственно, $63,3 \pm 4,3\%$ и $30,0 \pm 3,2\%$ наблюдений ($P < 0,01$). Инфекционные осложнения огнестрельных и операционных ран имели самый высокий удельный вес – $45,3 \pm 3,8\%$ против $22,5 \pm 3,2\%$ ($P < 0,01$) при колото-резаных ранениях. Это объясняется значительной зоной некроза тканей в зоне огнестрельного канала и сложностью некроэктомии, более частыми огнестрельными переломами костей и наличием инородных тел, нередкими ошибками при ПХО хирургов ЦРБ. Удельный вес осложнений в грудной полости оказался выше при колото-резаных, чем при огнестрельных ранениях, соответственно, $69,2 \pm 3,6\%$ и $30,2 \pm 3,5\%$ ($P < 0,01$). Удельный вес абдоминальных осложнений при огнестрельных ранениях составил $18,0\%$, при колото-резаных – $19,5\%$.

Выводы: В структуре послеоперационных осложнений преобладают инфекционные процессы, которые увеличивают длительность стационарного лечения при огнестрельных ранениях в 5,4 раза, при колото-резаных в 3,3 раза.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ И ОЖоговым СЕПСИСОМ

Звягин А.А., Ларионов И.Ю.

ГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва.

Частота развития госпитальной инфекции возрастает в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) у больных с тяжелым течением хирургической инфекции и обширными ожогами.

Основные причины развития госпитальной инфекции связаны с необходимостью многократных оперативных вмешательств и длительностью и особенностями проведения интенсивной терапии.

Цель и задачи исследования – определить основные причины развития и возможные пути предупреждения госпитальной инфекции в условиях специализированного ОРИТ.

Материал и методы исследования.

Интенсивную терапию с 1999 по 2006 г. проводили 475 больным с тяжелым сепсисом (классификация согласительной конференции РАСХИ, 2004 г.) и 115 больным с обширными (более 30% поверхности кожных покровов) глубокими ожогами.

Больным выполняли бактериологические исследования биоптатов ран, мочи, крови, посевы с эндовенозного участка катетера центральной вены, посевы секрета трахеобронхального дерева, дренажей брюшной или грудной полости.

Условия клинической работы ОРИТ для больных с хирургической инфекцией или ожоговой травмой имеют неблагоприятные факторы, способствующие развитию госпитальной инфекции:

1. Эпидемиологические условия – концентрация больных с тяжелыми формами аэробной и анаэробной инфекцией.
2. Широкий диапазон микрофлоры (аэробная Грамм+, Грамм–, неклостридиальная анаэробная), вызвавшей у больных развитие хирургической инфекции.
3. Высокий риск дополнительного госпитального инфицирования, связанный с условиями работы операционно-перевязочного блока и палат ОРИТ.
4. Необходимость длительной катетеризации центральной вены, проведения многократных диагностических и лечебных мероприятий:

Возрастает риск развития «катетерного» сепсиса, особенно у больных с обширными термическими поражениями кожных покровов в проекции центральных вен. Поэтому в условиях ОРИТ возрастает роль специализированных расходных материалов и современных технологий стерилизации.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Ачилов Ш.Д. Шамирзаев Б.Н.

Центральный военный клинический госпиталь министерства обороны,
Ташкент, республика Узбекистан.

Цель: поиск оптимальных методов лечения больных с различными формами перитонита, используя передовые технологии.

Материалы и методы: проанализированные нами в работе, охватывает 185 больных с распространенным перитонитом и 35 больных с послеоперационным и ограниченным перитонитом.

Результаты: лапаростомия с этапной санацией выполнена у 114 (61,62%) больных с распространенным гнойным перитонитом, у 98 (52,97%) использована трансназальная интубация кишечника, у 45 (24,3%) вынуждены были дренировать кишечник через один из вариантов стомы и у 42 (22,7%) больных по той или иной причине декомпрессия кишечника не выполнялась. С внедрением в практику госпиталя эндоскопических методов лечения (видеолапароскопии, «открытой» лапароскопии через минилапаротомный доступ), подход к лечению больных с перитонитом несколько изменился. У 10 пациентов при «открытой» лапароскопии, в подвздошной области разрезом до 5 см, в брюшную полость устанавливаем хирургическую перчатку с подвязанной к ней полихлорвинильной трубкой диаметром до 1,0 см, для проведения в послеоперационном периоде механического массажа органов брюшной полости с профилактикой спаечного процесса и увеличения внутрибрюшного давления с вытеснением скапливающего экссудата. Санация и дренирование брюшной полости лапароскопическим методом выполнена у 4 больных с послеоперационным перитонитом и у 18 больных во время диагностической лапароскопии. В 3 случаях выполнена традиционная аппендэктомия у больных с деструктивными формами аппендицита после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости.

Выводы: таким образом, диагностика и лечение перитонитов приобрело свое новое направление, которое по нашему мнению необходимо шире развивать и активнее внедрять в клиническую практику. Уменьшился процент диагностических лапаротомий и послеоперационных релапаротомий, что привело к улучшению качества жизни больных, сократило сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшило процент послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРУГЛЕРОДНЫХ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ И КОМПЛЕКСНЫХ СУБСТРАТНЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Винник Ю.С., Фаттахов В.Л., Соседов К.А.

Красноярская государственная медицинская академия, кафедра общей хирургии,
Красноярск, Россия

Цель: улучшение результатов лечения больных с синдромом диабетической стопы в стадии инфекционно-трофических нарушений.

Материалы и методы: было исследовано 38 больных. Пациентам 1 группы (10 человек) в комплексе хирургического и консервативного лечения дополнительно проводили внутривенное введение газотранспортного кровезаменителя «Перфторан» и комплексного субстратного антигипоксанта «Цитофлавин». Пациентам 2 группы (11 больных) проводили внутриартериальное введение оксигенированного перфторана и цитофлавина по разработанной оригинальной методике. Группу сравнения составили 17 пациентов, которые получали традиционный комплекс хирургического и консервативного лечения.

Результаты: у пациентов всех 3 групп наблюдалось повышение активности процессов ПОЛ и угнетение антиоксидантной системы.

Традиционная терапия не оказывала существенное влияние на эти показатели. Во 2 группе было отмечено более выраженное влияние на ингибирование процессов ПОЛ и стимуляции ферментов антиоксидантной защиты. При изучении раневого процесса было установлено, что

внутриартериальное введение оксигенированного перфторана и цитофлавина оказывало более значительное влияние на раневой процесс по сравнению с внутривенным введением.

Выводы: применение газотранспортных фторуглеродных кровезаменителей и комплексных субстратных антигипоксантов в комплексном лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы способствует улучшению результатов лечения. Внутриартериальное введение препаратов, оказывает более выраженное действие на течение раневого процесса на всех его стадиях, что позволяет уменьшить количество высоких ампутаций и увеличить число операций, сохраняющих опорную функцию конечности.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В СТАДИИ ИНФЕКЦИОННО-ТРОФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Галкин Е.В., Фаттахов В.Л., Овчинникова В.П.

Красноярская государственная медицинская академия, кафедра общей хирургии,
Красноярск, Россия

Цель: изучение возможности рентгенэндоваскулярной девитализации левого надпочечника (РЭДЛН) в коррекции метаболических нарушений у больных с синдромом диабетической стопы в стадии гнойно-некротических осложнений.

Материалы и методы: методика применена на 7 больных с синдромом диабетической стопы в стадии инфекционно-трофических осложнений, у которых определялась повышенная функция коры надпочечников.

Операции выполнялись путем транскutánной чрезвенозной гидродинамической деструкции ткани левого надпочечника с последующей эмболизацией центральной надпочечниковой вены металлической спиралью Гиантурка. Отличительной особенностью данной методики является невозможность восстановления функции надпочечника, что часто происходит при простой эмболизации. Группу сравнения составили 12 пациентов с аналогичной патологией, которые получали традиционный комплекс хирургического и консервативного лечения. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, состоянию компенсации сахарного диабета, уровню повышения гормонов надпочечников, характеру гнойно-некротического поражения стоп.

Результаты: у больных 1 группы в послеоперационном периоде было отмечено снижение уровня кортизола в крови и суточной моче в пределах нижней границы нормы. При этом у всех больных снизилась гликемия, что потребовало уменьшения доз сахаропонижающих препаратов. Компенсация диабета позволила ускорить и качественно улучшить раневые процессы в области стоп, что дало возможность в более ранние сроки по сравнению с группой сравнения применить пластические операции.

Выводы: предлагаемый метод позволяет эффективно корригировать метаболические нарушения у больных с осложненными формами диабетической стопы и вторичным гиперкортицизмом, отличается малой инвазивностью, отсутствием послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ III ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Воротынцев А.С., Кириллин А.В., Евсеев М.А., Ханин А.Г.

Кафедра общей хирургии ММА им. И.М. Сеченова

Цель: Разработать рациональную хирургическую тактику у больных острым холециститом, осложненным гнойным холангитом. Исследовать эффективность применения цефалоспоринов III поколения для профилактики послеоперационных гнойных осложнений.

Материал и методы: Оперировано 300 больных с острым холециститом и гнойным холангитом, пациенты пожилого и старческого возраста составили 72%. Комплексное обследование включало эхографию, ЭРПХГ, ЧЧХГ, сцинтиграфию. Лабораторное обследование позволило установить степень эндогенной интоксикации. Цитологическое и микробиологическое исследование желчи, мазков-отпечатков с БДС позволяло более четко оценить выраженность и динамику воспалительного процесса, литогенность желчи. Основной причиной холангита был холедохолитиаз, выявленный у 77%. Инфильтрат гепато-дуоденальной связки, перихоледохеальный лимфаденит установлены у 34%. В 40% ОГХ сопровождался папиллитом. Деструктивный холецистит подтвержден у 37%, флегмонозный холецистит подтвержден у 56%, эмпиема желчного пузыря – у 28%, гангренозный холецистит – у 10%, гангренозный перфоративный у 6% пациентов, перитонит у 19%. У 70% больных использовалась этапная тактика лечения с предварительной декомпрессией и санацией желчных путей, желчного пузыря эндоскопическими и малоинвазивными методами. С целью исследования возможностей профилактического применения цефалоспоринов у 60 пациентов исследовалась концентрация препарата в коже, подкожно-жировой клетчатке, мышцах, брюшине после введения 1 г цефотаксима за 30 мин до начала операции и клиническая эффективность антибиотикопрофилактики.

Результаты: Комплексное обследование позволяет в ранние сроки установить диагноз и причину холангита. Установлена идентичность микрофлоры желчного пузыря и протоков, аэробы выявлены в 94%, наиболее часто встречались кишечная палочка и протей, среди анаэробов-бактероиды и фузобактерии. У больных, леченных этапным методом, отмечались более раннее купирование эндотоксикоза (4-5 сут), в 3 раза меньше летальность, в 4 раза меньшее количество осложнений. Установлено, что концентрация цефотаксима в тканях через 30, 60, 90 и 180 мин составляет (M+m, мг/л): в коже 12,5+7,3, 8,4+0,1, 3,5+2,4, 2,1+0,1, в подкожно-жировой клетчатке 0,72+0,8, 0,33+0, 0,1+0, 0,1+0, в мышцах 1,64+0,2, 1,21+0, 0,65+0, 0,6+0, в брюшине 1,65+0,1, 1,37+0,2, 0,6+0, 0,1+0 соответственно. МПК 90 цефотаксима для наиболее значимых в развитии гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии составляет (мг/л): *E. coli* – 0,9–1,5; *Enterobacteriaceae spp.* – 0,125–1,0; *S. aureus* – 1,0–2,0; *S. pyogenus* – 0,04–0,06; *Enterococcus spp.* – 0,28–1,5. Таким образом, концентрация цефотаксима в тканях через 30–60 мин от момента введения достаточна для элиминации не менее 90% микроорганизмов указанных видов. В более поздний период необходимо повторное болюсное введение препарата для обеспечения адекватной концентрации антибиотика в тканях. Местных гнойных осложнений, случаев сепсиса, аллергических реакций в исследуемой группе пациентов не было.

Заключение: Разработанная дифференцированная хирургическая тактика при остром холецистите и гнойном холангите позволила значительно сократить число осложнений, снизить послеоперационную летальность, ускорить выздоровление. Цефотаксим и другие цефалоспорины III поколения показаны для предоперационной антибактериальной профилактики у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом и гнойным холангитом.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРАХ г. ТБИЛИСИ

Рухадзе Н., Махвиладзе М.

Национальный противосепсисный центр им. акад. В. Бочоришвили.

В последние годы наблюдается рост резистентности микроорганизмов не только к традиционным антибактериальным препаратам, но и к резервным антибиотикам широкого спектра действия.

Целью работы являлось выявить чувствительность госпитальных штаммов не только к резервным, но и к традиционным антибиотикам.

Методы исследования и их результаты. Для идентификации микробов был использован бактериологический метод исследования. Сбор материала проводился в отделениях реанимации и гнойной хирургии 9-ти многопрофильных стационаров г. Тбилиси, выделены больничные микробные штаммы (125); а так же обследованы пациенты с осложненными гнойными инфекциями (91), т.е. с высоким риском госпитальной инфекции.

Самыми частыми возбудителями нозокомиальной инфекции оказались: *E.coli* (20,8%), *P.aeruginosa* (17,6%), *S.aureus* (16,2%). Среди грамотрицательных микробов выявилась высокая резистентность к цефалоспорином. К фторхинолонам устойчивыми оказались: *E.coli* – 80%, (к моксифлоксацину – 52%); *P.aeruginosa* – 60%, (к моксифлоксацину только в 24%); что касается *Citrobacter* spp., то выявлен довольно высокий показатель чувствительности к фторхинолоновой группе (ципрофлоксацин, офлоксацин, моксифлоксацин) – 80–90%.

По данным 2004 года по анализу бактериограмм, выявились чувствительные штаммы к гентамицину и амикацину: *P.aeruginosa* – 67–71%, *Citrobacter* spp. – 90%. Однако, остается резистентным *E.coli*.

Что касается грамположительных микробов, 16,2% составил *S.aureus*, 15% – *S.epidermidis*, 15,3% – *E.faecalis*.

Чувствительность внутрибольничных грамположительных микробов к β -лактамам антибиотикам пенициллиновой группы (ампицид, амоксиклав) низкая, в пределах 20–37%. К названным препаратам особенно высокая резистентность выявилось у золотистого стафилококка (83%), что обусловлено наличием метицилинрезистентных штаммов (MRSA); тем же объясняется тот факт, что 80% *S.aureus* резистентный к имипенему. В мире самый широко рекомендуемый препарат в лечении грамположительных инфекции, в том числе, вызванных MRSA – ванкомицин, остается высокоэффективным. По нашим данным, 17–21% грамположительных микробов (в том числе *S.aureus* – 4%), оказались резистентными к ванкомицину.

Результаты нашего исследования показали, что грамположительная микрофлора, особенно *S.epidermidis* (81–88%), высокочувствительна к гентамицину и амикацину; по отношению к цефалоспоринов грамположительная микрофлора оказалась резистентной (47–63%), относительно высокая чувствительность выявилось к цефепиму, цефтазидиму и цефоперазону – 51–53%, однако для эмпирического лечения госпитальной инфекции, в виде монотерапии они ненадежны.

Что касается препаратов фторхинолоновой группы (ципрофлоксацин, офлоксацин), степень резистентности максимальная – 95%. Высокоактивным оказался препарат относительно нового ряда, моксифлоксацин, к которому чувствительны 95% грамположительных микробов.

Суммируя результаты наших исследований можно сказать:

1. В г. Тбилиси степень резистентности микробов среди госпитальных штаммов высокая, что является серьезной проблемой лечения осложненных инфекции, в том числе сепсиса;
2. Выявлена тенденция роста резистентности к антибактериальным препаратам нового ряда, т.е. к резервным антибиотикам (цефалоспорины IV ряда, карбапенем).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМЫ

*Гельфанд Б.Р.¹, Проценко Д.Н.^{1,2}, Ярошецкий А.И.²,
Игнатенко О.В.²,*

¹ Российский государственный медицинский университет, г. Москва, Россия.

² Городская клиническая больница №7, г. Москва, Россия.

Цель: Определение возможности прогнозирования легочных осложнений тяжелой политравмы (пневмонии, острого повреждения легких/острого респираторного дистресс-синдрома) при помощи интегральных шкал оценки тяжести состояния.

Материал и методы: В исследование включили больных в возрасте от 18 до 65 лет ($35,5 \pm 18,3$), поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии за период 2003–2004 годы с тяжелой политравмой ($n=101$). При помощи корреляционного и регрессионного анализа оценили возможность прогноза легочных осложнений травмы (пневмонии, острого повреждения легких (ОПЛ), острого респираторного дистресс-синдрома – ОРДС) на основании оценок по шкалам APACHE II, SAPS II, SOFA и MODS. Проверку достоверности прогноза осуществили при помощи анализа рабочих характеристических кривых (ROC) и площади под кривой (AUROC). Достоверность различий между группами оценили при помощи дисперсионного анализа.

Результаты и обсуждение: Пневмония была диагностирована у 58 пациентов (57,4%). Мы не наблюдали достоверных различий частоты развития пневмонии в зависимости от исходной тяжести состояния, оцененной по шкалам APACHE II, SAPS II, шкале комы Глазго, SOFA и MODS ($p>0,05$).

Прогноз развития пневмонии у больных с тяжелой политравмой возможен на 6-е сутки на основании оценки состояния больных по шкалам полиорганной дисфункции (SOFA и MODS) и шкале комы Глазго, при этом более достоверный прогноз по шкале MODS:

Прогноз пневмонии на 6-е сутки = 1,479–0,075 MODS на 6 сутки (баллы).

Полученные данные свидетельствуют, что пневмония осложнит течение травматической болезни, если на 6-е сутки оценка по шкале MODS равна или более 4 баллов (AUROC=0,758, чувствительность 52%, специфичность 85%).

Мы проанализировали частоты и причины развития острого повреждения легких и ОРДС у пациентов с тяжелой политравмой. Основанием для установления диагноза ОПЛ/ОРДС считали критерии Европейско-Американской согласительной конференции ACCP/SCCM (1994). Клиника ОПЛ/ОРДС по данным нашего исследования диагностирована у 41 больного (40,6%). Летальность при развитии ОРДС не отличается от летальности среди пациентов без ОРДС ($p=0,135$). Прогноз развития ОПЛ/ОРДС при тяжелой травме на основании объективной оценки тяжести состояния больного при политравме невозможен. Установлено, что у пациентов с разными подтипами ОРДС и/или пневмонией значительно возрастает длительность ИВЛ ($p<0,001$).

Заключение: Прогноз развития пневмонии у больных с тяжелой политравмой возможен на 6-е сутки на основании оценки состояния больных по шкале MODS и индекса прогноза пневмонии. Прогнозирование развития ОПЛ и ОРДС при помощи объективных шкал оценки тяжести состояния невозможно.

ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ ПРИ СТЕРИЛЬНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Буткевич А.Ц.¹, Лапин А.Ю.¹, Дудкин Б.П.¹, Богданов С.Н.²

¹ Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России.

² Главный клинический военный госпиталь ФСБ России.

Цель: изучить эффективность комплексной интенсивной терапии и ранней антибиотикопрофилактики в лечении стерильного панкреонекроза и профилактике его гнойных осложнений.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находился 41 пациент со стерильным панкреонекрозом (СПН), подтвержденным при клинико-инструментальном обследовании, включающим динамические КТ-исследования, у которых в результате лечения удалось избежать гнойных осложнений или они умерли до их развития. Эти пациенты не были оперированы и часть из них выписаны с выздоровлением. При этом, у 30 больных (основная группа) в комплексную консервативную терапию включали сеансы гемоультрафильтрации, гипербарической оксигенации, карбапенемы с момента поступления, препараты соматостатина; у 11 больных (контрольная группа) указанные мероприятия не могли быть включены в комплекс терапии, а антибиотики резерва включали только при развитии гнойно-деструктивных осложнений.

Результаты: из 30 пациентов основной группы умерло двое больных в первые сутки после поступления от токсико-инфекционного шока: летальность среди не оперированных больных – 6,7%; из 11 больных контрольной группы СПН, которым не проводилась экстракорпоральная детоксикация, ГБО и не получавших карбапенемы с момента поступления умерло 6: летальность – 54,5% ($p<0,01$). У остальных 5 больных контрольной группы и 28 пациентов основной, получавших консервативную терапию достигнуто выздоровление и больные выписаны на амбулаторное долечивание.

Выводы: 1. Проведение массивной адекватной антибактериальной терапии с момента поступления пациента в сочетании с подавлением секреторной активности поджелудочной железы на фоне реанимационной терапии с экстракорпоральной детоксикацией и гипербарической оксигенацией позволяет избежать инфицирования очагов панкреатической деструкции и достичь их асептической резорбции.

2. Применение указанной терапии позволяет резко сократить группу пациентов с инфицированным панкреонекрозом, у которых развиваются гнойные осложнения и которым необходимо оперативное лечение.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

*Бодаченко К.А., Рушай А.К., Климовицкий В.Г., Борисов В.Ю., Кривенко С.Н.,
Колосова Т.А., Чучварев Р.В., Щадько А.А.*

Донецкий НИИ травматологии и ортопедии ДонГМУ им. М. Горького
отдел политравмы и костно-гнойной инфекции

Использование аппаратов внешней фиксации предполагает применение спиц и стержней, которые длительное время остаются введенными через кожу в кость. Таким образом, существуют условия для проникновения микроорганизмов в ткани и развития гнойных осложнений. Процент гнойных осложнений колеблется от десятых долей до нескольких процентов. Целью настоящей работы является формулировка мер по профилактике гнойных осложнений. В отделении с 2000 по 2006 год лечилось 674 больных с осложнениями после применения чрескостного остеосинтеза. В развитии воспалительного процесса важное значение имело состояние организма пострадавшего, состояние мягких тканей пораженного сегмента, адекватность терапии. Ведущую роль в профилактике гнойных осложнений чрескостного остеосинтеза играет его техника. Время операции не должно затягиваться, модуль аппарата должен быть собран перед началом оперативного вмешательства, должен быть четко определен объем вмешательства и этапы его выполнения. На операционном столе отломки должны быть сопоставлены, стабильно фиксированы. Проведение спиц должно производиться преимущественно со стороны важных анатомических образований. Применение спиц с напаями увеличивает риск осложнений. Проведение спиц через костную ткань должно производиться со скоростью не более 300 оборотов в минуту, вращение должно прерываться через каждые 8–10 секунд. Важным является качество применяемых спиц, форма заточки их концов. На всем протяжении остеосинтеза спицы должны быть хорошо натянуты, а стержни жестко закреплены. При появлении гнойного отделяемого погружные элементы конструкции должны удаляться и перепроводиться в другом месте, рана дренироваться и лечиться по общим принципам гнойной хирургии. Таким образом, соблюдение в практической деятельности всех правил фиксации и ведения в послеоперационном периоде пострадавших с внеочаговым чрескостным остеосинтезом привело к тому, что воспалительные явления носили эпизодический, кратковременный характер.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ПОЛИКЛИНИКЕ

Фидаров Э.З., Бородин И.А., Жданович В.В., Огнев В.П.

Федеральное государственное учреждение 52 консультативно-диагностический центр
министерства обороны Российской Федерации, г. Москва.

Одной из важнейших проблем современной хирургии являются послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения. Основными мерами, направленными на профилактику гнойных осложнений, являются совершенствование хирургической техники, строгое соблюдение правил асептики и антисептики и санитарно-гигиенического режима, изоляция больных с острой хирургической инфекцией. Однако, несмотря на соблюдение этих условий число гнойных осложнений после плановых хирургических операций достигает 5–10%, а в абдоминальной хирургии – 40–60% (Кукош М.В. и соавт., 2003), что влечет за собой ухудшение исходов хирургических вмешательств и удлиняет сроки лечения. Даже с применением интенсивной предоперационной профилактики антибиотиками частоту послеоперационных осложнений удается снизить лишь до 3,3% (Д.А.Гаджиев, 2003).

Цель: обосновать возможность лечения больных с хирургической инфекцией мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях

Материалы, методы: В хирургическом отделении 52 консультативно-диагностического центра в период 2000–2005г.г. выполнено 2527 плановых операций повышенной для амбулаторно-поликлинического этапа сложности: 54 герниопластики, 58 флебэктомий, 51 гемор-

роидэктомия, 63 операции по поводу анальной трещины, эпителиального копчикового хода и свищей прямой кишки, 66 остеосинтезов при переломах, 82 операции по поводу контрактуры Дюпюитрена и деформаций пальцев стоп и другие. Работа была организована так, что пересечение потоков больных с гнойной инфекцией и «чистых» больных было полностью исключено. Больные с гнойными заболеваниями оперировались и перевязывались в «гнойной» перевязочной, «чистые» больные оперировались только в операционной и перевязывались в «чистой» перевязочной.

Основой лечения больных с послеоперационными осложнениями и гнойными ранами, в том числе и выписанных из стационара на амбулаторное долечивание после хирургических операций, была активная хирургическая тактика, направленная на санацию раны, и микробиологический мониторинг раны в целях проведения адекватной антибактериальной терапии, иммунокоррекции и местного медикаментозного лечения. При лечении гнойных ран широко применяем мази (диоксидиновую, левомеколь, ируксол, левосин и др.).

Больным с распространенным фурункулезом и гидраденитом, с несколькими нагноившимися ранами проводилась хирургическая обработка одновременно выполнение нескольких оперативных вмешательств с применением сочетанной или внутривенной анестезией, а также выполнялись ряд дополнительных мероприятий: инфузионная терапия, сложное медикаментозное лечение, послеоперационное наблюдение.

С 2002 года мы стали применять антибиотикопрофилактику: за 30-60 минут до операции однократно внутримышечно вводили препараты из группы цефалоспоринов I-II поколения в стандартных дозировках. При выборе антибактериального препарата с целью профилактики следует исходить, прежде всего, из требования обеспечения необходимого антимикробного спектра в отношении наиболее распространенных возбудителей хирургической инфекции. Эти препараты должны обладать способностью постепенно проникать в ткани, наиболее подверженные риску инфицирования во время операции и оказывать быстрое бактерицидное действие, а также минимальной токсичностью. Большое значение имеет и период полувыведения из организма, который должен обеспечивать достаточную концентрацию в течение всего времени операции и ближайшего послеоперационного периода. Этим основным требованиям лучше всего отвечает парэнтеральное введение цефалоспоринов, а для местного лечения гнойных ран – водорастворимые мази.

Результаты: До 2002 года было проведено 1102 чистых операции, из них в трёх случаях имели место осложнения в виде нагноения операционной раны, что составило 0,27%. Все случаи нагноений операционных ран явились предметом эпидемиологического расследования. При этом выяснено, что в одном случае причиной осложнения была вынужденная травматичность операции, в двух случаях из раны была высеяна условно-патогенная флора. При этом на 1425 последующих плановых операции осложнений не наблюдалось.

Всего с гнойными ранами лечилось 702 больных: три после плановых амбулаторных операций, 16 после стационарного хирургического лечения и 683 после амбулаторного вскрытия абсцессов, флегмон и других острых гнойных заболеваний. Все больные выздоровели.

Выводы: Таким образом, лечение в амбулаторно-поликлинических условиях может проводится у подавляющего числа больных с хирургической инфекцией мягких тканей при наличии условий, препятствующих развитию внутригоспитальной инфекции (отсутствие пересечения потоков больных), и является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Предоперационная антибиотикопрофилактика является эффективным средством профилактики гнойных осложнений, но ни в коей мере не заменяет общепринятых методов асептики и антисептики, а также компенсировать недостаточный опыт и технические ошибки хирурга.

Амбулаторное хирургическое лечение больных в условиях центра позволяет значительно сократить число послеоперационных гнойных раневых осложнений, что позволяет значительно сократить сроки лечения и материальные затраты на так называемые «гостиничные услуги».

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Горбуленко В.Б., Козлов С.В., Замураев В.Ю., Сучкова Н.Г.

ГВКГ им. академика Н.Н.Бурденко, г. Москва, Россия

Цель исследования: Изучить причины послеоперационных осложнений у онкологических больных после комбинированного лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Проблема послеоперационных осложнений при комбинированном лечении больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области по сей день сохраняет свою актуальность.

Материалы и методы: В отделении челюстно-лицевой хирургии проведено комбинированное лечение у 405 больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. У 75% больных диагностирован рак слизистой оболочки полости рта (из них рак дна полости рта – 42%, рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти – 22%, рак языка – 20%, рак слизистой оболочки щеки – 10%, рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти – 6%), у 21% – рак нижней губы и у 4% – рак кожи.

Результаты: Послеоперационные осложнения развились почти у 40% больных. Инфекционные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны диагностированы у 32% от числа всех послеоперационных осложнений. При анализе полученных данных выявлено, что на развитие послеоперационных осложнений в наибольшей мере влияла распространенность и локализация опухолевого процесса, требующая большого объема оперативного вмешательства с формированием обширных операционных дефектов и необходимостью закрытия их. Также отмечено влияние микрофлоры полости рта, обладающее агрессивной протеолитической активностью. Развитию ранних послеоперационных осложнений способствовали неудовлетворительный уход за полостью рта, нарушение трофики тканей в зоне ранее проводимой лучевой терапии, наличие хронической бронхопульмональной патологии, возраст и пол больного. Отмечено, что инфекционные осложнения чаще развивались у больных с распространением опухоли на три и более анатомические области, что соответствует III-IV стадиям рака. Процессы заживления гнойных ран у больных, подвергшихся предоперационному облучению, обычно замедлены.

Выводы: При комбинированном лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области необходимо обращать особое внимание на профилактику послеоперационных осложнений. В этих случаях помимо местного лечения инфицированной раны, включающего в себя раннюю хирургическую обработку очага инфекции, применение антисептических растворов, мазей, протеолитических ферментов, для повышения эффективности лечения целесообразно применение гипербарической оксигенотерапии, гемотрансфузий, витаминотерапии, переливание иммунных препаратов и белковых растворов. Уменьшение микробной нагрузки из полости рта, активизация окислительно-восстановительных и репаративных процессов, активное удаление продуктов аутолиза из зоны операции, – являются предпосылками для первичного заживления ран челюстно-лицевой области.

Профилактика и комплексная терапия послеоперационных инфекционных осложнений у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области позволяет улучшить исходы заболевания и сократить длительность лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Пазычев А.А., Названцев И.В., Турищева В.В., Левкова О.Ю., Лапшина Т.И., Мухтарулина С.В., Саркисян Л.Г.

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко

Вопрос профилактики инфекционных осложнений после гинекологических операций продолжает оставаться актуальным. Особенно актуальной профилактика инфекционных осложнений становится с развитием техники оперативного вмешательства, когда наряду с тра-

диционными методами применяются влагалищный доступ, эндоскопическая техника. Наряду с медицинскими показаниями имеют место косметические показания к проведению различных пластических операций на половых органах.

Причин для возникновения послеоперационных осложнений множество. Особенно это касается онкологических больных, иммунитет которых значительно снижен. Не последнее значение имеет и наличие экстрагенитальной патологии. Все это требует от гинеколога максимум умения и внимания, а также соблюдения всех правил асептики и антисептики.

Уже несколько десятилетий в оперативной гинекологии обязательной является антибактериальная профилактика. В настоящее время многие исследователи настаивают именно на предоперационном, а не послеоперационном применении антибактериальных препаратов, так как обычно инфицирование происходит в течение первых 3 часов от начала операции, а потому хирургическое вмешательство желательнее проводить в максимально безопасных условиях. Ряд исследований доказывает высокую эффективность местного назначения антибактериальных препаратов в гинекологической практике, так как необходимая концентрация действующего вещества создается именно в тех органах и тканях, в пределах которых проводится оперативное вмешательство.

Существенная часть инфекционных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, обусловлена предшествующей патологией. Пожалуй, самой частой из таких патологий являются вагиниты. В практике врача акушера-гинеколога вагиниты занимают существенное место, и в 90% случаев вагиниты представлены кандидозным вульвовагинитом, бактериальным вагинозом и трихомонозом.

В своей хирургической практике мы используем Нео-пенотран в качестве предоперационной деконтаминации влагалища и назначаем его в течение 2-3 дней перед различными гинекологическими операциями по одной свече на ночь (дважды в день – по 1 свече утром и вечером). При повышенном риске инфекционных осложнений применение Нео-пенотрана продолжается и после операции. Общий курс терапии составляет 7 дней.

Положительный эффект санации наблюдается практически в 100% наблюдений пациенток. Побочные реакции отсутствуют практически у всех пациенток. При назначении Нео-пенотрана сокращается необходимость длительного парентерального применения цефалоспоринов в послеоперационном периоде. При сочетании Нео-пенотрана с офлоксацинами (или уросептиками) после пластических операций на стенках влагалища нами отмечено быстрое купирование дизурических расстройств.

Достаточно часто вагиниты протекают бессимптомно, поэтому проведение предоперационной деконтаминации влагалища необходимо даже в случае отсутствия каких-либо субъективных проявлений вагинитов. Таким образом, использование влагалищных свечей Нео-пенотран рекомендуется для деконтаминации влагалища в предоперационной подготовке женщин в течение 2-3 дней даже в отсутствие клинических признаков вагинитов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ

Кавалерский Г.М., Петров Н.В., Катунян П.И., Смирнов А.Е., Явльева Р.Х.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова.

Переломы голени являются наиболее частым видом повреждений среди открытых переломов конечностей. Особенности анатомии сегмента обуславливают при тяжелой травме с дефектом мягких тканей выраженное локальное нарушение периферического кровообращения, гипоксию тканей поврежденной части конечности. При не адекватном лечении в остром периоде эти нарушения неизбежно приводят к ишемическим расстройствам с образованием некроза, с развитием воспаления с исходом в остеомиелит и нередко с последующим образованием ложного сустава.

Работа основана на анализе лечения 27 больных и изучении архивного материала, включающего 22 истории болезни пострадавших с аналогичной травмой. Всем больным при поступлении производился внеочаговый остеосинтез отломков большеберцовой кости.

Как показал анализ архивного материала, основными причинами развития гнойных осложнений явились погрешности первичной хирургической обработки, включающие оставление раны открытой (3 пострадавших), швы с натяжением (12 больных) и попытка

ликвидировать дефект мягких тканей с помощью кожно-пластических операций местными тканями (4 больных). Последние два способа в остром периоде не могут в большинстве случаев привести к положительному результату из-за локального нарушения микроциркуляции, коллоидно-осмотического равновесия и т.д. в области поражения.

Учитывая вышеизложенное, у 21 из 27 наших больных раневой дефект был ликвидирован с помощью свободной кожной пластики расщепленным перфорированным аутоотрансплантатом, который может быть помещен на любую, включая костную, ткань. Этим достигается основная цель операции – профилактика воспаления.

С целью улучшения местного кровообращения перед свободной кожной пластикой рана насыщается суспензией оксигенированного до 200 мм рт. ст. перфтораном, который за счет газотранспортных свойств и активации микроциркуляции улучшает кислородное обеспечение в пораженных и окружающих рану ишемизированных тканей. Помимо этого перфторан активизирует фагоцитарную функцию макрофагов, стимулирует процессы регенерации.

В последующем на протяжении 7–10 суток перфторан вводится в количестве 20 мл путем обкалывания зоны поражения 1 раз в день.

Принимая во внимание, что свободная кожная пластика, особенно при помещении трансплантата на кость, является неполноценным кожным покровом, в последующем уже в ранней стадии лечебного периода (через 10–14 дней после травмы) при продолжающейся внеочаговой фиксации отломков предусмотрена операция комбинированной кожной пластики лоскутом на питающей ножке, выкроенным из окружающих непораженных тканей с замещением «материнского ложа» свободным кожным аутоотрансплантатом. Доказано, что несвободный лоскут несет в себе сосуды, которые, анастомозируя с сосудами непораженных тканей, улучшают кровоснабжение зоны перелома. Это способствует нормализации остеогенеза, что в условиях стабильной фиксации обеспечивают консолидацию перелома. Кроме того, полноценный кожный покров при условии радикального удаления очага воспаления препятствует его рецидиву.

Применение разработанной методики позволило добиться консолидации у 22 больных, а у 24 (из 27 пострадавших) стойко ликвидировать воспалительный процесс.

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ

Жидков С.А., Баешко А.А., Попченко А.Л.

Военно-медицинский факультет

в Белорусском государственном медицинском университете, г. Минск, Беларусь.

Осложнения со стороны ран после флебэктомии удлиняют период временной нетрудоспособности, что увеличивает стоимость лечения и в целом снижает его эффективность.

Цель: уменьшить частоту раневых осложнений после флебэктомии.

Материалы и методы: комбинированная флебэктомия по стандартной методике по поводу варикозной болезни выполнена 106 больным в поликлинике (1-я группа) и 156 – в стационаре (2-я группа). По полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологии и объему вмешательства больные обеих групп были сопоставимы. После операции больных 1-ой группы доставляли домой, 2-ой – госпитализировали на 5–9 сут. Антибактериальных препаратов с профилактической целью не применяли. У всех пациентов изучили характер и частоту послеоперационных раневых осложнений.

Результаты: в 1-ой группе раневые осложнения зарегистрированы у 7 (6,6%) больных. Так, потребовавшая дренирования гематома развилась в 3,8% наблюдений, серома – в 1,9%, лигатурный свищ – в 0,9%, нагноение раны – в 0,9% случаев. Среди больных 2-ой группы аналогичные осложнения выявлены у 28 пациентов, что составило 17,9%. При этом статистически достоверно чаще диагностировали гематому – 8,8%, лигатурный свищ – 3,8% и нагноение раны – 4,4% ($P < 0,05$).

Обсуждение: снижение частоты послеоперационных осложнений у амбулаторно оперированных больных мы объясняем отсутствием госпитальной инфекции в операционных блоках поликлиники, более адекватному дренированию (через кожные разрезы) неизбежно образующихся при удалении вен гематом.

Выводы: проведение флебэктомии при варикозной болезни в условиях поликлиники и ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде являются эффективными методами профилактики послеоперационных раневых осложнений, позволяющими значительно уменьшить их распространенность в сравнении с группой стационарно оперированных больных, что значительно улучшает результаты лечения пациентов с данной патологией.

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ВНЕБРЮШИННЫХ РАНЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Исаев В.В., Павлов М.Ю., Щекочихин А.В., Новожилов А.А.,
Погосов Н.В., Снегур А.В.*

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, г. Москва

Появление в медицинской практике новых методов диагностики и лечения привело к значительному снижению послеоперационных осложнений при сочетанных огнестрельных ранениях органов малого таза .

Однако, по сравнению с изолированными огнестрельными ранениями органов или костей таза , при одновременном ранении нескольких органов возникают осложнения, связанные не столько с увеличением их количества, сколько с увеличением их тяжести, сложностью своевременной их диагностики и выбором оптимальной хирургической тактики. При этом особой тяжестью отличаются сочетанные ранения органов таза с повреждением мочевого пузыря. В этой связи, в зависимости от характера ранения мочевого пузыря, все послеоперационные осложнения у раненых в таз целесообразно разделить на осложнения, возникающие при внутрибрюшных или внебрюшинных ранениях, а так же по срокам возникновения – на ранние и поздние.

Внутрибрюшинные ранения мочевого пузыря характеризуются развитием мочевого перитонита, непроходимости кишечника, абсцессов брюшной полости и малого таза, сепсиса.

При внебрюшинных сочетанных ранениях таза с повреждением мочевого пузыря возникают, прежде всего, мочевые затеки и флегмоны , развивается остеомиелит тазовых костей, нагноение раны кожи и подкожной жировой клетчатки .В зависимости от сочетания ранения мочевого пузыря с ранениями костей таза или с ранениями тонкой и толстой кишок преобладают осложнения, возникающие со стороны органов таза или со стороны брюшной полости. Так ,при сочетанном ранении таза с повреждением мочевого пузыря и тонкой кишки развивается перитонит, что обусловлено затеканием мочи в свободную брюшную полость, а так же ранением кишечника. Прогрессирование клинических проявлений огнестрельного перитонита в послеоперационном периоде у данной категории раненых в основном связано с мочевой инфильтрацией, а также несостоятельностью швов тонкой кишки, множественными ее ранениями и дефектами хирургической тактики при выполнении оперативного вмешательства .

Основными наиболее характерными осложнениями при огнестрельных сочетанных ранениях таза с внебрюшинным повреждением мочевого пузыря являются гнойные осложнения, мочевые затеки и флегмоны тазовой клетчатки. Воспалительный процесс при флегмоне таза имеет разлитой характер и распространяется до фасциальных перегородок, которые служат до некоторых пор барьером на пути продвижения гнойного процесса.

Важное значение в прогрессировании гнойной инфекции, как показали патологоанатомические исследования, имеют некротические изменения, наступающие в стенках мелких сосудов клетчатки малого таза и мочевого пузыря с образованием в их просвете гнойных тромбов. Однако при широком раневом канале и свободном оттоке мочи из раны, т.е. в условиях отсутствия давления мочи на ткани – инфильтрации клетчатки и ее некроза, как правило не наступает.

Поэтому максимальное раннее, широкое вскрытие и дренирование патологического очага со всем комплексом хирургических мероприятий является залогом успешного лечения данной категории раненых и пострадавших.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Фидаров Э.З., Бородин И.А.

Федеральное государственное учреждение 52 консультативно-диагностический центр министерства обороны Российской Федерации, г. Москва.

В амбулаторной хирургической практике мирного времени более 30% пациентов страдают различными гнойно-воспалительными заболеваниями и их осложнениями. До 70–80% больных поступают в «гнойные» стационары по экстренным показаниям. Амбулаторному хирургу широко известны клинические критерии «банальных» гнойно-воспалительных заболеваний (панариций, абсцесс, флегмона, карбункул и т.д.). Наряду с социальными факторами свою роль играют такие факторы как появление антибиотико-резистентных штаммов возбудителей гнойной инфекции, изменение иммунобиологической реактивности организма (возраст, воздействие окружающих факторов, «химизация» образа жизни). Важное значение имеет необоснованное и нерациональное использование антибактериальных препаратов самими пациентами, что значительно удлиняет сроки от момента начала заболевания до обращения к врачу и изменяет клиническую картину заболевания (Долидзе Н.Г. и др. 1989г.). Среди хирургических пациентов нашего центра доля больных с гнойными заболеваниями в различные периоды времени составляет от 20 до 45%.

Очень часто допускается неправильная трактовка клинической картины заболевания и не распознается анаэробная инфекция мягких тканей (АНИМТ). Все вышесказанное нередко приводит к развитию и генерализации инфекции. По литературным данным, в 50% случаев причиной послеоперационной летальности являются инфекционные осложнения. В 40–95% случаях в возникновении хирургической инфекции принимают участие анаэробные неклостридиальные микроорганизмы. Летальность при АНИМТ по данным литературы достигает 40–60%.

Цель: совершенствование амбулаторно-поликлинической медицинской помощи больным с хирургической инфекцией

Материалы, методы: Работа хирургического отделения организована так, что пересечение потоков больных с гнойной инфекцией и «чистых» больных полностью исключено. Больные с гнойными заболеваниями оперировались и перевязывались в «гнойной» перевязочной, «чистые» больные оперировались только в операционной и перевязывались в «чистой» перевязочной. Все случаи нагноений операционных ран являлись предметом эпидемиологического расследования.

Основой лечения больных с послеоперационными осложнениями и гнойными ранами, в том числе и выписанных из стационара на амбулаторное долечивание после хирургических операций, была активная хирургическая тактика, направленная на санацию раны, и микробиологический мониторинг раны в целях проведения адекватной антибактериальной терапии, иммунокоррекции и местного медикаментозного лечения. При лечении гнойных ран широко применяли мази (диоксицилиновую, левомиколь, ируксол, левосин и др.).

Безусловно, важнейшим компонентом комплексного лечения хирургической инфекции является адекватно, своевременно и радикально проведенное оперативное вмешательство. Укомплектованность хирургического отделения штатным врачом-анестезиологом и койками дневного стационара позволяет выполнять ряд оперативных вмешательств повышенной сложности: широкая ревизия очага с иссечением всех нежизнеспособных тканей, рассечение фасциальных футляров и ревизия мышц в очаге инфекции (при подозрении развития анаэробной инфекции мягких тканей), одновременное выполнение нескольких оперативных вмешательств (распространенный фурункулез, гидраденит, хирургическая обработка нескольких нагноившихся ран), и выполнить ряд дополнительных мероприятий: инфузионная терапия, сложное медикаментозное лечение, послеоперационное наблюдение.

Своевременная операция может быть выполнена только тогда, когда, в свою очередь, своевременно диагностируется гнойно-воспалительный процесс. С целью улучшения качества санации гнойного очага использовались высокоэнергетические потоки (лазер, плазма), а также обкалывание очага озонкислородной смесью. Завершающим этапом оперативного лечения являлось адекватное дренирование раны, которое обеспечивалось аспирационно-промывным, проточно-промывным методами или рыхлой тампонадой раны салфетками с высокоосмотическими мазями на водорастворимой основе. Надо твердо помнить, что при анаэробном характере инфекционного процесса ушивание раны с различными видами дренирования недопустимо.

Параллельно с подготовкой и проведением оперативного лечения, а также в послеоперационном периоде проводилась целенаправленная антибактериальная терапия, направленная на борьбу с инфекцией и интоксикацией, с использованием при необходимости внутривенного и внутриартериального путей введения антибиотиков. При локализации инфекционного очага на кисти внутривенно вводили антибиотики под жгутом по общепринятой методике. С целью выведения из организма экзо- и эндогенных токсических продуктов, а также для поддержания функциональной активности жизненно важных органов и систем проводилась дезинтоксикационная терапия. При этом необходимо помнить, что профилактическое применение антибиотиков ни в коей мере не заменяет строгого выполнения правил асептики и антисептики, а также не может компенсировать недостаточный опыт и технические ошибки хирурга.

При выборе антибактериального препарата с целью профилактики мы исходили, прежде всего, из требования обеспечения необходимого антимикробного спектра в отношении наиболее распространенных возбудителей хирургической инфекции. Эти препараты должны обладать способностью постепенно проникать в ткани, наиболее подверженные риску инфицирования во время операции и оказывать быстрое бактерицидное действие, а также минимальной токсичностью. Большое значение имеет и период полувыведения из организма, который должен обеспечивать достаточную концентрацию в течение всего времени операции и ближайшего послеоперационного периода. Этим основным требованиям лучше всего отвечает парэнтеральное введение цефалоспоринов 2-3-го поколения, а для местного лечения гнойных ран – водорастворимые мази.

В поисках путей совершенствования хирургической помощи больным с хирургической инфекцией особое внимание мы обращаем на улучшение системы подготовки врачей-хирургов амбулаторного звена в вопросах хирургической инфекции. Кроме того, своевременная диагностика различных гнойно-воспалительных заболеваний подкреплялась использованием современной аппаратуры и медицинской техники (УЗИ, КТ, ЯМРТ), а также современными методами бактериологического анализа (газожидкостная хроматография, микроскопия мазка, посев раневого отделяемого на анаэробную и аэробную флору, исследование микрофлоры в УФ-свете). Но важнейшим компонентом комплексного лечения всех форм хирургической инфекции было и остается местное лечение. Последнее должно быть направлено на скорейшее очищение раны от микроорганизмов и некротических тканей и включать в себя помимо эффективного дренирования применение высокоосмотических мазей на водорастворимой основе, углеводородных тканевых сорбентов, гелиевых повязок, фиксированных ферментов (в зависимости от фазы раневого процесса), а также лечение ран в абактериальной среде. Кроме того, для местного лечения полезно использовать физические факторы санации раны (ультразвуковая низкочастотная кавитация, обработка ран пульсирующей струёй антисептиков, импульсное УФ-облучение).

Результаты: В нашем центре за период 2000–2005гг. выполнено 3710 хирургических операций. Всего с гнойными ранами лечилось 702 больных: три после плановых амбулаторных операций, 19 после стационарного хирургического лечения и 683 после амбулаторного вскрытия абсцессов, флегмон, панарициев, острого парапроктита, нагноившегося эпителиального копчикового хода и других острых гнойных заболеваний. Все больные выздоровели.

С 2002 года для профилактики послеоперационных гнойных осложнений после «чистых» операций (герниопластика, флебэктомия, геморроидэктомия, остеосинтез при переломах и другие) мы стали применять антибиотикопрофилактику: за 30–50 минут до операции однократно внутримышечно вводили препараты группы цефалоспоринов 2–3-го поколения в рекомендуемых дозах 0,5–1,0г. При этом на 1425 последующих плановых «чистых» операций осложнений не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, комплексный подход к лечению больных хирургической инфекцией позволяет значительно сократить сроки лечения и уменьшить количество серьезных осложнений.

Наличие штатных анестезиолога и дневного стационара позволяет проводить расширенный объем хирургической помощи больным в амбулаторно-поликлинических условиях.

Проведение предоперационной однократной антибиотикопрофилактики, разделение потоков больных позволяет значительной степени предотвратить возникновение гнойных осложнений у «чистых» больных.

Постоянная подготовка и совершенствование амбулаторных хирургов является неотъемлемой частью совершенствования хирургической помощи больным с хирургической инфекцией в амбулаторно-поликлинических условиях.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА И ШЕИ

Притыко А. Г., Гончарова А.В., Кравец В.И.

ВПО ГОУ Российский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ,
г. Москва, Россия.

Цели: совершенствование методов диагностики течения воспалительного процесса и улучшение результатов лечения больных с фурункулами лица и шеи.

Материалы и методы: в открытом контролируемом исследовании принимали участие 45 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет. Больные находились на стационарном лечении. В исследуемую группу вошли 25 женщин и 20 мужчин. Больные были разделены на 3 группы: I группа из 15 человек явилась контрольной. Диагностика и лечение в ней проводились по традиционной схеме.

Во II группе из 10 человек диагностика динамики воспалительного процесса проводилась аппаратом акустическим кожным анализатором (АСА) в установленных точках ежедневно весь период лечения. В лечение помимо традиционной антибактериальной терапии были включены Полиоксидоний в свечах по 12 мг 1 раз в сутки курсом 10 дней и Бифидумбактерин форте по 2 пакетика 3 раза в день курсом 15 дней. В III группе диагностика воспалительного процесса проводилась аналогично аппаратом АСА, в лечебную схему включены Ликопид по 10 мг 1 раз в сутки per os и Бифидумбактерин форте по 2 пакетика 3 раза в день курсом 15 дней.

Результаты: во II и III исследуемых группах больных применение акустического кожного анализатора для оценки динамики воспалительного процесса позволило во всех случаях избежать развития воспалительных осложнений течения абсцедирующих фурункулов. Включение в комплексное медикаментозное лечение препаратов Полиоксидоний и Ликопид, результат действия которых был одинаково эффективен, позволили сократить срок лечения больных на 3-4 дня; и полностью исключить рецидивы заболевания в отдаленном периоде.

Выводы: применение акустического кожного анализатора позволяет на основании объективных данных разработать хирургическую тактику лечения, прогнозировать осложнения и избегать их. Включение в медикаментозную схему лечения препаратов Полиоксидоний, Ликопид и Бифидумбактерин форте позволяют сократить сроки лечения и избежать рецидивов в отдаленном периоде.

РАННЯЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПРОФУЗНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Баширов С.Р., Скочилова Ю.А., Домнич О.Ю., Селезнев Ю.А., Арсеньев Д.В.

Томский военно-медицинский институт, г. Томск, Россия.

Цель: раскрытие метода ранней нутритивной поддержки и анализ его эффективности в послеоперационном периоде у больных с профузными кровотечениями (Forrest Ia) из гастродуоденальных язв на фоне геморрагического шока.

Оперировано 57 больных с профузными гастродуоденальными кровотечениями. Легкая степень кровопотери диагностирована у 47,7% больных, средняя – у 38,2%, тяжелая – у 14,1%.

После выведения из шока всем пациентам проводилось зондовое энтеральное питание Нутризоном (Nutricia), Нутрикомпом (B-Braun). Зонд оригинальной конструкции устанавливали ниже связки Трейца на 20-25 см. Энтеральное питание начинали через 1-1,5 часа после операции продолжительностью до 5-6 суток. Для определения энергетических потребностей использовали формулу Харриса-Бенедикта в нашей модификации с учетом объема кровопотери и фактических расходов энергии. С учетом этого в 1-е сутки вводили до 500 мл полусубстратных смесей, во 2-е – до 1000 мл, 3-и – до 1500 мл, 4-5 сутки – 2000 мл, увеличивая скорость введения с 25 мл/ч в 1-е сутки до 150 мл/ч к 5-м суткам. Для парентерального

питания применяли концентрированные растворы глюкозы, аминокислот и жировых эмульсий со скоростью введения аминокислот 1-1,5 мл/мин, глюкозы – 5г/кг/ч, жировых эмульсий 50–100 мл/ч. При этом учитывали, что для усвоения 1 г азота (6,25 г аминокислоты) требуется не менее 150 ккал небелкового происхождения (моносахариды, этанол, жировые эмульсии). Применение данной схемы нутритивной поддержки, позволило обеспечить в первые сутки общей энергетической ценностью 1550 ккал (1050 ккал – за счет парентерального питания и 500 ккал – за счет энтеральных полисубстратных смесей), во вторые сутки – 2550 ккал (1550 ккал и 1000 ккал), третьи – 3050 ккал (1550 ккал и 1500 ккал), 4-5 – 3050 ккал (1050 ккал и 2000 ккал).

Выводы: использование данной схемы нутритивной поддержки позволило снизить послеоперационную летальность до 5,2%, количество гнойных осложнений до 5,2%, послеоперационный койко-день до 11 ± 2 дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЧИНОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Зограбян А.С.

Хирургическое отделение Центрального Военного Клинического госпиталя
Министерства Обороны, Ереван, Республика Армения, 2006 г.

Цель: Гнойно-некротические раны наблюдаются при большинстве огнестрельных ранений и наблюдаются в зависимости от их локализации 17–70% случаев. В некоторых случаях сложность анатомического строения стопы в сочетании с тяжелым гнойно-некротическим процессом без четких границ поражения не позволяет добиться радикальности хирургической обработки во время оперативного вмешательства.

Материалы и методы: В 90-х годах прошлого столетия в ряде развитых стран возрос интерес к биологическим методам лечения гнойно-некротических ран, в частности к личиночной терапии. Личинки зеленой мясной мухи являются естественными природными санитарами. С медицинской точки зрения они являются универсальным природным инструментом, которые самостоятельно определяют зону поражения, продуцируют лекарственное средство (комплекс протеолитических ферментов), инъецируют его во всю толщу некротического налета, лизируют последний и поглощают выделения. При этом лизису подвергаются все болезнетворные микроорганизмы, в том числе и антибиотико-устойчивые штаммы. Личинки идеально выполняют микрохирургическую операцию по очищению раны от гнойно-некротического налета и раневой инфекции.

С 2004 года в Центральном Военном Клиническом госпитале организована биохирургическая лаборатория и получен стерильный биоматериал благодаря которому удалось достигнуть ожидаемых результатов у ряда больных со сложными и длительно незаживающими гнойно-некротическими ранами.

Результаты: Личиночную терапию получали больные, у которых длительное традиционное лечение оказалось безуспешным. Всего было 36 больных в возрасте от 20 до 70 лет. Из них 22 мужчин и 14 женщин. По структуре заболевания сгруппировались следующим образом: диабет, диабетическая стопа – 15; пролежни – 7; очаговый остеомиелит после минно-взрывного ранения-2; посттравматический очаговый остеомиелит – 4; трофические раны конечностей спинальных больных-3; гнойный свищ передней брюшной стенки после пластики вентральной грыжи проленовой сеткой – 1; гангрена Фурнье – 1; нагноение культи нижней конечности после ампутаций – 2; хронический абсцесс ягодичной области – 1.

Длительность заболеваний до начала личиночной терапии колебалась от 4 месяцев до 2 лет. Повязки с биоматериалом накладывались от 1 до 4 раз с интервалом 3 суток. После очищения ран от некрозов и раневой инфекции дальнейшее лечение проводилось согласно общепринятых методов (кожная пластика, наложение вторичных швов или лечение под мажевыми повязками).

Обсуждение: На период личиночной терапии все медикаменты были отменены. Все пациенты находятся под наблюдением. Рецидивов или поздних осложнений по настоящее время не отмечено.

Выводы:

1. Личиночная терапия является эффективным средством очищения ран от некротического налета и раневой инфекции, включая антибиотикоустойчивые штаммы;

2. Применение личинок в большинстве случаев стимулирует рост грануляций и облегчает процесс заживления;
3. Личиночная терапия позволяет достигать результатов в безнадежных ситуациях и укорачивает процесс лечения;
4. Техника лечебного процесса проста и не требует специальных условий, что позволяет применять ее в амбулаторных условиях;
5. С экономической точки такое лечение обходится дешевле традиционных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ

Авраменко Е.А.¹, Паклина К.А.¹, Бубнова Н.А.¹, Супрун К.С.²

¹ Государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова,
г. Санкт-Петербург, Россия.

² Городская больница Св.Георгия, г. Санкт-Петербург, Россия.

Проблема рожистого воспаления в настоящее время становится все более актуальной для специалистов как стационарного, так и амбулаторного звена хирургической помощи.

Цель исследования: изучить изменение состояния иммунного статуса и некоторых клинических показателей у больных рожистым воспалением, получавших стандартную терапию, а также системную энзимотерапию (СЭТ) препаратом Флогэнзим.

Материалы и методы: обследовано 33 больных с неосложненными формами рожистого воспаления. Проводился анализ таких показателей, как пол, возраст, форма заболевания, наличие сопутствующей патологии, результаты лабораторных исследований, в т.ч. иммунограмм до и после проведения СЭТ. Пациенты получали антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, а также Флогэнзим.

Результаты: клинические проявления рожистого воспаления и отклонения в гемограмме купировались раньше, чем при назначении только стандартной терапии, сократился койко-день, нормализовались некоторые показатели иммунного статуса пациентов.

Выводы: у больных рожистым воспалением по данным исходных иммунограмм присутствуют наиболее выраженные нарушения различных звеньев клеточного иммунитета, начиная от антиген-презентирующих клеток. СЭТ оказывает стимулирующее влияние на функциональную активность лимфоцитов, а также нормализует некоторые показатели гуморального звена иммунитета. Таким образом, препарат системной энзимотерапии Флогэнзим целесообразно включать в схему комплексного лечения рожистого воспаления.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ

Янукьян А.Г., Власова Н.В.

БСМП, Краснодар, Россия.

Цель: Создание алгоритмов ведения больных с плевральным выпотом (ПВ) на основании международных рекомендаций.

Материалы и методы: Произведен поиск в базе данных Medline, а также осуществлен ручной поиск в рецензируемых журналах с 1995 года по 2005 год с использованием ключевых слов «плевральный выпот», «рекомендации», «плеврит», «эмпиема плевры», «торакоцентез».

Результаты: Были найдены две рекомендации Британского торакального общества 1 – Maskell NA, Butland RJA. BTS guidelines for the investigation of a unilateral pleural effusion in adults. Thorax 2003;58:ii8. 2 – Davies CWH, Gleeson FV, Davies RGO. BTS guidelines for the management of pleural infection. Thorax 2003;58:ii18., а также обнаружены 5 обзорных статей.

Обсуждение: Диагностика основана на рентгенографии в задне-передней и боковой проекциях и ультразвуковом исследовании. Наличие жидкости в плевральной полости является показанием к пункции диагностической и/или лечебной. Определяется кол-во белка, ЛДГ, глюкозы. Выполняется мазок по Грамму, по Цилю-Нильсену, а также цитология и микробиологическое исследования. Уровень белка плевральной жидкости ниже 25 г/л свидетельствует в поль-

зу трансудата, выше 35 г/л – экссудата. Если содержание белка в пределах 25–35 г/л, то используют критерии Light. Если при плевральной пункции аспирируется гнойная жидкость, то ставится диагноз эмпиемы и проводится безотлагательное дренирование плевральной полости. В сомнительных случаях дренирование проводится после получения анализов, подтверждающих злокачественный, осложнённый парапневмонический, а также рецидивирующий экссудат. Препаратами выбора при внебольничном происхождении являются ингибитор-защищенные пенициллины (Ко-амоксиклав) или цефалоспорины 2-3 поколения + метронидазол. Показания к торакопсии: невозможность установить этиологию экссудативного плеврита менее инвазивными методами, ухудшение состояния пациента или отсутствие положительной динамики в течение 4-х–7-ми дней после выполнения дренирования, посттравматический гемоторакс, необходимость выполнения плевродеза при злокачественном выпоте.

Выводы: Разработанные протоколы используются в двух медицинских учреждениях Краснодар (БСМП, Военный госпиталь) и позволили стандартизировать и оптимизировать ведение больных с плевральным выпотом.

РОЛЬ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ КИСЛОРОДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Розанов В.Е., Болотников А.И., Бондаренко А.В., Майлова Г.Е., Кривцов А.В.
Кафедра хирургии ГИУВ, Москва, клиническая больница №123 ФМБА РФ

Цель: Выяснение роли активных метаболитов кислорода (АМК) в механизмах развития инфекционных осложнений тяжелой сочетанной травмы (СТ).

Материалы и методы: Исследования проводили у 117 пострадавших с СТ, преимущественно мужчин (76,9%), средний возраст которых составил 33,9±3,7 лет. Средний балл общей тяжести травмы по шкале ISS составил 28,3±2,4, состояния по APACHE-II – 30,1±2,1, шока по [+T] критерию Цибина – 15,0±1,1. В I группу включили 50 пострадавших с не осложненным течением травматической болезни, во II – 67 пострадавших, у которых в последующем развились инфекционные осложнения. Контроль составили 11 доноров. Полиморфоядерные лейкоциты (ПЯЛ) крови выделяли по методу А.Г. Глобы и соавт. (1991г.), уровень функциональной активности их определяли с помощью измерения люминолзависимой хемилюминесценции (ПИХЛ), количество супероксидного аниона – спектрофотометрически, НАДН-зависимых оксидаз (NADH-O) – биoluminesцентным, плазмембранного сигнального АТФ (АТР-м) – спектрофлуориметрическими методами.

Результаты исследования и их обсуждение: У пострадавших с СТ выявлена усиленная генерация супероксида ПЯЛ (6,99±0,32 нМ/10⁹кл) по сравнению с контролем (4,77±0,15 нМ/10⁹кл), которая оставалась на этом же уровне при не осложненном течении (7,18±0,45 нМ/10⁹кл) травматической болезни (ТБ) (p<0,05). В то время как при развитии инфекционных осложнений, отмечено достоверное снижение генерация супероксида ПЯЛ (1,99±0,12 нМ/10⁹кл) по сравнению с контролем в 2,4 раза (p<0,05) и по сравнению с не осложненным течением ТБ в 3,6 раза (p<0,05).

Уровень функциональной активности ПЯЛ коррелировал с продукцией супероксида (rxy=+0,79±0,006, p<0,01). Сравнивая изменение синтеза АТР-м ПЯЛ по мере развития ТБ с продукцией супероксида, мы выявили корреляционную связь между этими показателями (rxy =+0,80±0,004, p<0,01), а также между АТР-м и NADH-O (rxy=+0,78±0,009, p<0,01). Наблюдаемое нами уменьшение продукции супероксида была обусловлена снижением синтеза АТР-м и активности NADH-O, так как известно, что АТР-зависимый этап активации ПЯЛ, связан с фосфорилированием ключевых регуляторных белков и NADH-O, приводящей к активации этого фермента и продукции супероксида.

Полученные данные позволяют сделать следующее предположение, что основу развития инфекционных осложнений при СТ составляет либо недостаточная экспрессия рецепторного аппарата на иммунокомпетентных клетках, либо нарушение образования и выделения медиаторов межклеточного взаимодействия, либо сочетание этих причин. Снижение же супероксидгенерирующей ферментативной активности ПЯЛ у пострадавших с СТ может использоваться как один из критериев их способности к незавершенности фагоцитозу и являться одной из причин развития инфекционных осложнений.

РОЛЬ АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ В ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Розанов В.Е., Болотников А.И., Бондаренко А.В., Майлова Г.Е., Кривцов А.В.

Кафедра хирургии ГИУВ МО РФ, клиническая больница №123 ФМБА РФ

Цель: Анализируя проблему апоптоза не просто как молекулярный механизм гибели клеток, а как биологическое явление, представляется целесообразным рассмотреть его как один из механизмов регуляции иммунокомпетентных клеток у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 87 пострадавших с ТСТ, у которых развились инфекционные осложнения. Относительное содержание различных субпопуляций лимфоцитов (CD3, -4, -8, -16, -20, -95) с высоким уровнем экспрессии HLA-DR-молекул (HLA-DRhigh) определяли на проточном цитофлуориметре (FACS, Becton Dickinson) с использованием соответствующих моноклональных антител («Сорбент», Москва), при этом также оценивали средний уровень флуоресценции (mean fluorescence, MF) CD95 (Fas-антигена) на лимфоцитах. Методом проточной цитофлуориметрии определяли также и процентное содержание апоптотических лимфоцитов в крови.

Результаты исследования и их обсуждение: Известно, что реализация программы активационного апоптоза периферических, зрелых Т-клеток прямо зависит от уровня экспрессии на их поверхности молекул Fas-рецептора (APO-1, CD95). По сравнению со здоровыми донорами, у пострадавших с СТ было обнаружено повышение относительного количества CD95+ лимфоцитов и уровня экспрессии Fas-рецептора в среднем на $18,9 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$), в то время как при развитии инфекционных осложнений такое повышение было двукратным ($p < 0,01$).

Обнаруженная повышенная экспрессия функционального Fas-лиганда (FasL), выполняющего функцию апоптотического сигнала для Fas+ лимфоцитов, позволяет предположить, что выявленное нами повышение количества CD95+ клеток и уровня экспрессии на них Fas-рецептора является адаптационной реакцией, направленной на усиления апоптоза лимфоцитов. Вероятно, именно поэтому средний уровень апоптоза повышен, а абсолютное количество лимфоцитов в крови снижено.

Такая повышенная регуляция экспрессии Fas-антигена имеет клиническое значение, т.е. средняя интенсивность флуоресценции антигена на CD4+, CD8+-Т-субпопуляции лимфоцитов коррелировала ($r_{xy} = +0,83 \pm 0,004, p < 0,01$) с абсолютным количеством CD4+ и CD8+-Т-популяции в периферической крови именно у пострадавших, у которых течение травматической болезни осложнилось инфекционными процессами.

Заключение: Нормальное функционирование CD95-рецепторно-лигандной системы поддерживает функционирование лимфоцитов, а при нарушении функции ее развиваются многочисленные инфекционные осложнения ТСТ.

РОЛЬ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Болотников А.И.¹, Бондаренко А.В.², Розанов В.Е.²

¹ Клиническая больница №123 ФМБА России.

² Кафедра хирургии ГИУВ МО РФ, Москва, Россия.

Цель: оценить возможности видеоторакоскопии воздушно-плазменными потоками в лечении посттравматической эмпиемы плевры

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 26 пострадавших с травмой груди (ISS-21,0±1,3 баллов), у которых в комплексном лечении эмпиемы плевры была использована NO-терапия. Воздушно-плазменные потоки из аппарата «Плазмон» в режиме «терапия» подводили в плевральную полость через дренаж для санации эмпиемы плевры у 12 пострадавших. Температура потока составляла 30–35°C, расстояние от выходного отверстия до ткани (с учетом дренажа) было 7–15 см. Длительность воздействия не превышала 45–90 сек ежедневно в течение 7 дней.

Хирургические вмешательства с использованием видеоторакоскопической техники и NO-терапии в режиме коагуляция осуществлены у 14 пострадавших с эмпиемой плевры с деструкцией легочной ткани. Во время операции производили удаление гноя, детрита, фибрина, вапоризацию висцеральной плевры, скарификацию карбонизированного слоя коагуляционного некроза, обработку бронхиальных свищей, установку двух дренажей под визуальным контролем.

Эффективность использования воздушно-плазменных потоков в лечении посттравматической эмпиемы плевры оценивали клинически, рентгенологически, по результатам цитологического и бактериологического исследований.

Результаты исследования и их обсуждение: использование видеоторакоскопической техники в сочетании с NO-терапией для лечения посттравматической эмпиемы плевры, способствовало выздоровлению 96,2% больных и сокращению сроков их пребывания в стационаре в 2,5 раза с «традиционными» методами лечения ($p < 0,05$). Это было связано с тем, что «малоинвазивный» способ определяет возможность выполнения операции без осложнений, а оксид азота, обладая антимикробными, противовоспалительными и иммуностимулирующими свойствами, способствовал активизации макрофагальной реакции, вел к усилению пролиферации фибробластов, усилению фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами.

Заключение: полученные данные позволяют рекомендовать включать в комплексную терапию лечения посттравматической эмпиемы плевры видеоторакоскопическую технику в сочетании с воздушно-плазменными потоками.

РОЛЬ ФАКТОРОВ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Гостищев В.К.¹, Липатов К.В.¹, Фархат Ф.А.¹, Хрупкин В.И.²

¹ Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

² Городская клиническая больницы №23 им. «Медсантруд», Москва, Россия.

Цель исследования: оценить эффективность применения комбинированной озono-ультразвуковой и плазменной обработки постнекрэктомических ран у больных с флегмонозно-некротической рожей и глубокими отморожениями конечностей.

Материалы и методы: использована методика обработки ран после выполнения хирургической некрэктомии воздушно-плазменным потоком (аппарат «Плазон») в режиме «щадящей коагуляции». В последующие дни в I фазу раневого процесса ежедневно применялась ультразвуковая кавитация ран (аппарат УРСК-7Н-22) через озонированный 0,9% раствор хлорида натрия (озонирование производилось с помощью аппарата «Озотрон-1», концентрация озона в растворе 0,5-0,7 мг/л) – до 5 обработок. В период перехода раневого процесса во II фазу выполнялась обработка раневой поверхности воздушно-плазменным потоком в режиме NO-терапии (концентрация оксида азота 300 ppm) – 6-7 обработок. Таким образом, проводилась подготовка ран к хирургическому закрытию с помощью свободной кожной пластики расщепленным лоскутом, наложения вторичных швов, реконструктивно-пластических операций. Оценка эффективности проводимого лечения с помощью анализа клинических данных, а также результатов микробиологического, цитологического, патоморфологического методов исследования и микроциркуляции в околораневой зоне с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и чрескожной оксигенометрии. В основную группу вошли 34 больных с флегмонозно-некротической рожей и 22 пациента с отморожениями стоп IV степени. Группу сравнения составили 30 и 24 больных соответственно, у которых физические факторы в лечении постнекрэктомических ран не применялись.

Результаты и их обсуждение: высокотемпературная плазменная обработка ран позволила снизить их бактериальную обсемененность в 10–100 раз. Восстановление показателей микроциркуляции в основной группе происходило на $6 \pm 1,9$ ($p < 0,05$) суток быстрее у больных осложненной рожей и на $3 \pm 1,2$ ($p < 0,05$) суток быстрее у пациентов с отморожениями. Данные использованных методов исследования показали, что для подготовки постнекрэктомических ран к хирургическому закрытию в основной группе потребовалось значительно меньше времени: на $7,1 \pm 1,4$ ($p < 0,05$) суток у больных рожей и на $2,8 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) суток у пациентов с глубокими отморожениями.

Выводы: использование низкочастотного ультразвука в озонированном растворе в сочетании с воздушно-плазменным потоком патогенетически обосновано и является высокоэффективным дополнительным методом лечения гнойных ран, характеризующихся осложненным течением раневого процесса.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ И МЕХАНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖГОВЫХ РАН

Писаренко Л.В.¹, Вагин А.Л.², Гребенник С.Ф.³

¹ Государственный Институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва.

² 301 Окружной военный клинический госпиталь ДВО, г. Хабаровск

³ 1273 военный госпиталь МВО, г. Наро-Фоминск, Московская область.

Основным способом лечения ран и раневой инфекции является хирургический. Только скальпель хирурга позволяет в короткие сроки и с минимальной травматичностью полноценно санировать гнойный очаг, вскрыть гнойные затеки и создать условия для адекватного дренирования раны. Тем не менее, в дальнейшем, для благоприятного течения раневого процесса необходим целый комплекс лечебных мероприятий как общей, так и местной направленности. Особенно это актуально для лечения больных с ожоговой травмой, так как ожоговые раны имеют обширную площадь. Под воздействием высокотемпературных агентов, рана в начальный период после травмы является стерильной, хотя, как правило, и инфицированной, загрязненной продуктами горения и грязью. В период ожоговой септикотоксемии рана представляет собой громадную всасывающую поверхность, через которую в кровеносное русло поступают продукты распада тканей и микробные токсины, что значительно ухудшает общее состояние больного.

В данной ситуации основными задачами лечащего врача являются:

- Предотвратить, насколько это возможно, развитие гнойного процесса в ране в периоды ожогового шока и ожоговой токсемии;
- В кратчайшие сроки подготовить рану к закрытию ее оперативными методами (ауто- и аллодермопластика) или раневыми покрытиями;
- Максимально сократить время, необходимое для отторжения ожоговых струпов и ускорить очищение раны, не допуская, при этом, развития гнойного процесса в ране в период ожоговой септикотоксемии.

Среди методов местного лечения раневой инфекции необходимо выделить такую многочисленную и широко используемую группу, как факторы физического воздействия.

Последние десятилетия хирургия лечения ран и раневой инфекции неразрывно связана с использованием лазерного излучения. Наряду с высокоэнергетическим лазерным излучением в лечении раневой инфекции широко используется низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) как местно (терапевтический лазер), так и для облучения крови. Использование НИЛИ возможно во всех фазах раневого процесса.

Воздействие лазерного излучения на ткани приводит к образованию свободных радикалов и синглетного кислорода, обладающих бактерицидной активностью. С успехом используется фотодинамическая терапия для ускорения заживления обширных гнойных ран мягких тканей.

Помимо лазеров, в последние годы все большее распространение получают аппараты, генерирующие воздушный плазменный поток (ВПП). В результате плазменной обработки раневой поверхности происходит сокращение первой фазы раневого процесса.

Кроме того, воздействие ВПП вызывает мощный биостимулирующий эффект, проявляющийся на 3-5-е сутки после начала облучения резким уменьшением воспалительной реакции, возникновением ярких грануляций, начальными признаками эпителизации. Подобное течение раневого процесса обеспечивает заживление раневого дефекта на 20–25% быстрее, чем при лечении общепринятыми методами.

С целью интенсификации лечебного процесса, в наших отделениях с успехом применяется следующая тактика.

Внутривенное лазерное облучение крови включено как обязательный компонент в базисную терапию ожогового больного.

При поступлении больного, под общим обезболиванием, производится первичная хирургическая обработка ожоговых ран, включающая в себя: мытье ран щетками с хозяйствен-

ным мылом до чистых вод и появления «кровяной росы»; обработка раневой поверхности ВПП аппаратом «Плазон» в режиме коагуляции; закрытие ожоговых ран II–IIIa степени раневым покрытием «Фолидерм», а в области глубокого ожога – влажно-высыхающими или мазовыми повязками с мазями на гидрофильной основе.

При отторжении ожоговых струпов производятся этапные санации ожоговых ран один раз в 2-3 дня по вышеописанной методике до полного очищения ран.

Применение подобной активной хирургической тактики в отношении ожоговой раны позволило добиться следующих результатов:

- к началу третьего периода ожоговой болезни раны в местах поверхностного ожога надежно закрыты, эпителизируются или эпителизировались;
- сроки отторжения ожоговых струпов и санации ран сокращаются, по сравнению с традиционной тактикой, в среднем, на 4-5 дней;
- после механической санации раны все больные отмечают значительное улучшение самочувствия, уменьшается выраженность интоксикационного синдрома, лихорадка уменьшается, снижается лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг, значительно снижается микробная обсемененность ран ;
- риск развития ожогового сепсиса и угрожающих жизни инфекционных осложнений прогрессивно уменьшается;
- средние сроки лечения больных значительно сокращаются.

РОССИЙСКИЕ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ СРЕДСТВА НПО «ВЕЛТ» – ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ

Иванова Е.Б., Романова Т.В.

Научно-производственное объединение «ВЕЛТ», Москва, Россия

Стратегия применения современных антисептических и дезинфицирующих средств в системе профилактики послеоперационной инфекции должна быть основана на комплексной оценке препаратов, включая широкий спектр антимикробной активности, безопасности, экологичности и экономичности.

Оптимальными препаратами выбора для решения указанных задач являются российские дезинфекционные средства научно-производственного объединения «ВЕЛТ». Линия дезинфекционных средств нового поколения включает дезинфицирующие средства в виде концентратов, таблеток, гранул; кожные антисептики, дезинфицирующие салфетки.

Композиционный состав средств на основе высокоактивной биоцидной субстанции ВЕЛТОН позволяет обеспечить надежную дезинфекцию в отношении бактерий, включая возбудителей внутрибольничных, анаэробных и особо опасных инфекций, туберкулеза, легионеллеза, вирусов, патогенных грибов, в т.ч. плесневые.

У всех средств отсутствует сенсibiliзирующее, кумулятивное действие, а также отдаленные проявления (мутагенное, эмбриотоксическое, тератогенное, канцерогенное), что сводит к минимуму вредное воздействие дезинфектантов на персонал и позволяет снизить отрицательную экологическую нагрузку на внутреннюю среду лечебно-профилактического учреждения. Указанные характеристики позволяют применять средства для проведения текущей дезинфекции и генеральных уборок в присутствии пациентов, что важно для обеспечения противоэпидемического режима в палатах интенсивной терапии.

Средства характеризуются физико-химической индифферентностью к обрабатываемым материалам, что позволяет без ограничений использовать для обеззараживания дорогостоящих изделий медицинского назначения (ИМН) из термо- и хемолабильных материалов и увеличить их срок эксплуатации.

Кожные антисептики и дезинфицирующие салфетки обладают всеми преимуществами спиртовых растворов: высокой антимикробной активностью, быстротой воздействия и пролонгированным действием, не вызывают сухости и раздражения кожи; не являются аллергенами, не обязательно частое мытье рук, что позволяет поддерживать кожу в хорошем состоянии.

«СЕЛЕНАЗА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мумладзе Р.Б.

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии
с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава

Острый панкреатит – дегенеративно-воспалительное поражение поджелудочной железы, вызываемое разными причинами. В основе заболевания лежит аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов – это ферментативно-химический процесс, к которому вторично может присоединиться инфекция.

В настоящее время разработаны этиология, патогенез, патологоанатомические формы, клиника и лечение острого панкреатита; летальность при нем снизилась до 10 – 20%. Однако актуальность проблемы сохраняет свое значение, так как: 1) растет частота этого заболевания – в последние годы оно стоит на 3-ем месте после острого аппендицита и острого холецистита. 2) В диагностике – все еще допускается значительное количество ошибок. 3) Все еще высока летальность, особенно при деструктивных формах, как при консервативном, так и при оперативном лечении.

На кафедре общей, лазерной и эндоскопической хирургии ГОУ ДПО РМАПО на базе хирургических отделений ГКБ им. С.П. Боткина в период с марта по сентябрь 2006 года было обследовано 38 пациентов с острым панкреатитом с использованием качественного теста для экспресс-диагностики острого панкреатита «Актим-Панкреатитис». Все больные поступили в клинику с направляющим диагнозом «острый панкреатит». Наряду с традиционными методами обследования, включающими в себя клиническую оценку течения заболевания, стандартные лабораторные исследования (амилаза крови, диастаза мочи), ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, оценивалась диагностическая эффективность использования экспресс-теста «Актим-Панкреатитис» в констатации острого панкреатита.

Клинические наблюдения показали, что у 37 из 38 больных с острым панкреатитом имело место совпадение клинических и традиционных лабораторных данных с результатами экспресс-анализа «Актим-Панкреатитис». Следует отметить эффективность данного теста уже при незначительном повышении амилазы крови до 250 ЕД, а диастазы мочи до 128 ЕД. Мы считаем, что получение информации при столь незначительных данных амилазы и диастазы является подтверждением высокой чувствительности данного теста, а если учесть простоту использования данного теста и время получения качественного результата в течение 5 минут, то можно утверждать, что он является чрезвычайно эффективным в экспресс-диагностике острого панкреатита. Надо полагать, что он может быть использован не только в крупных стационарах, но и в условиях поликлиник, имеющих биохимические лаборатории.

Исследования ряда авторов показывают, что больные с острым панкреатитом имеют значительно более низкий уровень селена, чем здоровые люди. Этот факт имеет существенное значение для диагностики острого панкреатита.

Известно, что применение селеносодержащих препаратов, в частности «Селеназы», дало хороший положительный эффект в комплексном лечении больных с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Мы целенаправленно выделили больных с острым панкреатитом, поскольку именно эта группа больных в настоящее время превалирует в хирургических стационарах и является основным контингентом больных в клиниках, занимающихся urgentной патологией органов брюшной полости. В связи с этим можно утверждать, что чрезвычайно полезно включение в стандарты лечения больных с острым панкреатитом и препарата «Селеназа». Установлено, что активизация и стабилизация концентрации селеносодержащих элементов при пероральной ее форме в дозе 100-300 мг в сутки приводит к восстановлению нормальной функции поджелудочной железы. При этом мы подчеркиваем, что «Селеназа» должна применяться в комплексе с инфузионной, антибактериальной, антисекреторной терапией.

Полученные нами результаты использования «Селеназы» позволяют рекомендовать ее для широкого использования в клинической практике. Однако, надо помнить, что недопустима передозировка препарата и следует обращать внимание на возможные аллергические реакции на его применение. Необходимо обратить внимание, что существует ряд препаратов (витамин С и др.), которые не следует смешивать при приеме с «Селеназой».

Таким образом, применение экспресс-теста «Актим-Панкреатитис» в ранней диагностике острого панкреатита является высокоинформативным и может быть рекомендовано для использования в клинической практике. Применение препарата «Селеназа» в комплексном лечении больных с острым панкреатитом высокоэффективно и требует дальнейшего клинического изучения.

СЕПСИС В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М.

Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет, кафедра хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия.

Цель: формирование критериев диагностики, разработка принципов профилактики и лечения.

Материалы и Методы: при ретроспективном анализе лечения 3077 пострадавших с травмами и ранениями живота и поясничной области, за 15 летний промежуток (1990–2004 гг.) в больнице Святой Преподобномученицы Елизаветы, было установлено повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) в 65 (2,11%) наблюдениях. У 12 (18,5%) пациентов была выявлена забрюшинная флегмона. У 6 (9,25%) пострадавших флегмона была следствием позднего обращения. Развитие забрюшинной флегмоны, в послеоперационном периоде, отмечалось у 6 (9,25%) потерпевших. Причиной развития флегмоны были не выявленные при первичной операции повреждения ДПК (3), массивное пропитывание забрюшинной клетчатки желчью (2) и кровью (1). В раннем послеоперационном периоде все больные были подвергнуты повторному оперативному вмешательству. Во время релапаротомии, после устранения дефектов первичной операции, производили вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, санацию и дренирование брюшной полости. Сепсис развился у 7 пациентов. Во всех случаях диагноз был установлен с помощью бактериологического исследования крови, мочи, мокроты, гноя и экссудата из раны. В посевах были выделены микробные ассоциации стафилококка и кишечной палочки. При исследовании мочи отмечалось низкая относительная плотность и протеинурия. Быстро нарастающая гипопротеинемия, с снижением альбуминов до 30% и увеличением уровня глобулинов, в основном за счет альфа-1 и альфа-2 фракций, плохо корригировалось гемотрансфузиями. Изменение в составе крови носили постоянный характер: отмечалось снижение гемоглобина до 65–85 г/л, с одновременным уменьшением эритроцитов; нейтрофильный лейкоцитоз в пределах $7,5-21,5 \times 10^9/\text{л}$.

Результаты: несмотря на проводимое лечение, летальность у данной группы пациентов составила 85,7% (6). Причиной смерти во всех случаях был молниеносный сепсис.

Выводы: пациентам с повреждениями ДПК, особенно забрюшинной части, антибактериальную терапию необходимо проводить, не дожидаясь инфекционных осложнений, с использованием цефалоспоринов-4 поколения или карбапенемов до верификации возбудителя с последующим переходом на препараты узкого спектра действия.

СЕПСИС: СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ИЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ДЕФОЛТ? ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Хорошилов И.Е., Лебединский К.М.

ВМедА, СПб МАПО, г. Санкт-Петербург, Россия.

По современным представлениям сепсис представляет собой патологический процесс, сущностью которого является системная воспалительная реакция организма на внедрившийся инфекционный агент.

Среди причин, способствующих возникновению инфекционно-септических осложнений после хирургических вмешательств, рассматривают иммуносупрессию, вызванную операционной травмой. Установлено, что хирургическая травма, стресс и даже анестезия приводят к значительному угнетению клеточного звена иммунитета вследствие апоптоза

CD-8 лимфоцитов в раннем послеоперационном периоде, что может играть ведущую роль в развитии послеоперационных инфекционных осложнений.

Выброс провоспалительных цитокинов (TNF α , IL-1 β , IFN γ) сменяется выработкой противовоспалительных медиаторов иммунного ответа (IL-4, IL-10, TNFR), ведущей к вторичной иммуносупрессии (синдром «иммунного паралича»).

Вместе с тем вследствие воздействия гормонов стресса (адреналина, норадреналина, кортизола) и медиаторов воспаления в организме отмечаются глубокие нарушения энергетического и белкового метаболизма, получившие название синдрома «гиперметаболизма-катаболизма» («аутоканнибализма»). Гиперметаболический синдром обусловлен несоответствием между возросшими фактическими потребностями организма и возможностями для его удовлетворения, поскольку утилизация жиров и углеводов существенно нарушается, а белки используются в качестве более доступного, хотя и весьма дорогостоящего источника энергии.

Преодоление септического катаболизма возможно путем направленной метаболической и нутриционной терапии с использованием парентерального, энтерального питания.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА

Матвеев Н.В., Серебряный А.В., Алейников Д.Н.

Токарский ГУЗ Областная больница №2, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Результаты лечения гнойно-некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом нельзя признать удовлетворительным диабетом, т.к. остаются достаточно значимыми количество ампутаций и летальность.

За период 1999-2005 гг. в отделении гнойной хирургии находилось на лечении 903 пациента с синдромом диабетической стопы, что составило 27,74% от общего числа больных. В экстренном порядке было оперировано 629 человек (69,66%), еще 183 (20,27%) больным оперативное вмешательство в течение 1-2 суток, после стабилизации витальных функции организма, коррекции уровня гликемии и отграничения процесса. Хронические трофические процессы имели место у 91 пациента (10,07%). Большинство оперированных за мед. помощью обратились впервые. Экономные операции были выполнены 564 (69,49%) больным. Среди них, некрэктомии у 186 (33,06%) больных, экзартикуляции пальцев с резекцией головки плюсневых костей у 378 (66,94%). Раны заживали вторичным натяжением с продолжением амбулаторного лечения и в большей части без повторных хирургических вмешательств.

Оценив результаты экономных операций выполненных у 564 больных сделан вывод о адекватности избранной тактики, так как у этих пациентов была сохранена опорная функция стопы. Приведенные данные показывают, что число пациентов с деструктивными процессами стоп, приведших к вынужденным операциям, весьма высокое. По нашему мнению, причиной данной проблемы являются поздняя обращаемость больных за мед. помощью и отсутствие подиатрической службы.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

*Ярешко В. Г., Шаповал С.Д., Рязанов Д. Ю., Гребенников С.Е.,
Поталов С.А., Сицинский С.А.*

Запорожская медицинская академия последипломного образования.

Острый панкреатит (ОП) – одна из актуальных проблем современной медицины. Актуальность обусловлена увеличением частоты возникновения панкреонекроза (ПН) 15–30% (H.G.Beger, R.Berling, K.Takeda, A.A.Шалимов), развитием грозных осложнений: гнойно-некротических изменений; полиорганной недостаточности; эндотоксического шока; высокой летальности.

В Украине отмечается рост заболеваемости ОП, частота которого в настоящее время составляет 5,3 случая на 10 000 населения. Основной причиной летальности при ОП является

вторичная инфекция, развитие тяжелого абдоминального сепсиса с органной дисфункцией, при котором летальность достигает 25-60%.

За период 1991–2005гг. оперировано 186 больных с инфицированными формами ОП: инфицированным панкреонекрозом (ИПН) – 75 (40,3%), панкреатическими абсцессами (ПА) – 73 (39,3%), инфицированными псевдокистами (ИПК) – 38 (20,4%). Из них малоинвазивные операции выполнены у 118 (63,4%), лапаротомные – у 68 (36,6%). Малоинвазивные операции при ИПН выполняли двухэтапным способом с применением на первом этапе наружного чрезкожного дренирования очага ПН под УЗК, на втором – плановой секвестрнекрэктомии поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки из селективных минидоступов. Лапаротомные операции заключались в секвестрнекрэктомии ПЖ и забрюшинной клетчатки с дренированием остаточных полостей.

Решение о наличии у пациентов инфицированного панкреатита принимали на основании результатов бактериологического исследования аспирата, полученного при тонкоигольной пункции, а также отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде на 7, 14, 21 сутки. Всего выполнено 574 микробиологических исследования, из которых в 537 (93,5 %) посевах выявлены аэробные, в 96 (16,7 %) – неспорообразующие анаэробные бактерии, в 79 (13,7 %) – грибы. В ассоциации возбудители выявлены у 132 (22,9 %) больных.

В послеоперационном периоде проводили комплексную терапию:

1) энтеральную нутриционную поддержку (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца);

2) системную антибиотикотерапию по показаниям в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений;

3) иммунокоррекцию.

Результаты исследований позволили оптимизировать антибактериальную терапию абдоминального сепсиса, которая предусматривает:

- эмпирическую системную дэскалационную антибактериальную терапию;
- направленную антибактериальную терапию по результатам определения видового состава и чувствительности микрофлоры;
- динамический микробиологический контроль (микробиологический мониторинг);
- соблюдение фармакокинетических принципов терапии;
- сочетание системного введения антибиотиков с селективной деконтаминацией ЖКТ и местным применением бактерицидных средств;
- коррекцию системных нарушений гомеостаза (прежде всего — транспорта кислорода и метаболизма);
- детоксикацию (в том числе энтеральную).

Представленные принципы профилактической антибактериальной терапии позволили снизить частоту вторичного инфицирования при неинфицированном панкреонекрозе с 34,8 до 7,9%. Разработанная тактика хирургического лечения с оптимизированной антибактериальной терапией и выполнением существующих рекомендаций интенсивной терапии позволили снизить летальность при абдоминальном сепсисе у больных инфицированным панкреатитом до 9,2%.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПОЗИЦИЙ НОВЫХ ВЗГЛЯДОВ НА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ

*Бодаченко К.А., Климовицкий В.Г., Рушай А.К., Борисов В.Ю., Кривенко С.Н.,
Колосова Т.А., Чучварев Р.В., Щадько А.А.*

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого ГМУ им. М. Горького, г. Донецк, Украина.

Профилактика и лечение гнойных осложнений после открытых переломов длинных костей остаются достаточно актуальной и сейчас. Травматический остеомиелит рассматривается нами как период травматической болезни - период поздних осложнений. В течение последнего десятилетия представления о механизмах воспалительной реакции существенно обогатились. Реакцию организма на воспаление, в том числе и обусловленную инфекцией, принято считать синдромом системного воспалительного ответа ССВО. Целью данного

исследования было формулирование принципов терапии гнойных осложнений травмы с позиций понимания их как первого-второго периодов ССВО. На основе анализа данных литературы и собственных наблюдениях нами предлагается комплекс мероприятий для лечения гнойных осложнений при травмах с учетом современных взглядов на патогенез ССВО. Ряд исследований подтвердил, что основу патогенеза ССВО составляет именно диссеминированная воспалительная реакция, сопровождающаяся активацией и выбросом большого количества биологически активных соединений. В нормальных условиях неспецифические, естественные, иммунные механизмы обеспечивают адекватную местную защиту от инфекции, локализируют воспаление, ограничивают избыточную продукцию медиаторов воспаления, препятствуют развитию тяжелой общей реакции в ответ на воспаление. Наиболее эффективно медикаментозно процесс удавалось стабилизировать в 1–2 стадиях. Пострадавшим с травматическим остеомиелитом вводились белковые препараты, раствор глюкозы с инсулином, пентоксифилин, витамин Е, и витамин С до 1–2 граммов в сутки, ингибиторы протеаз, проводилась иммуннокоррекция полибиолоином и циклофероном, во время оперативных вмешательств и перевязок использовали интерферон. Предложенный комплекс мероприятий для лечения гнойных осложнений при травматическом остеомиелите с учетом современных взглядов на патогенез ССВО позволил снизить уровень гнойных осложнений и длительность пребывания в стационаре, улучшить исходы лечения

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ

*Кильдяшов А.В., Болотников А.И., Юдин В.Е., Розанов В.Е.,
Сухоруков А.Л.*

150 ЦВГ КВ, Краснознаменск

Введение. Исследования, направленные на улучшение или совершенствование известных методов диагностики и лечения гнойно-воспалительных осложнений повреждений органов живота и изыскание новых, никогда не потеряют своей актуальности. Современные достижения медицинской науки и технологий позволяют внести существенные коррективы в алгоритм борьбы с данной патологией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 86 пострадавших с закрытой травмой органов брюшной полости. В группы исследования были включены пострадавшие, у которых травма осложнилась развитием внутрибрюшного абсцесса различной локализации. В 34,0% случаев были межпетельные абсцессы, в 22,0% – подпеченочные, в 13,0% – поддиафрагмальные, в 8,0% – печени, в 7,0% – сальниковой сумки, в 16,0% – множественные. Определяли роль видеолапароскопии в диагностике и лечении внутрибрюшных абсцессов на современном этапе развития малоинвазивных технологий; изучали диагностическую и прогностическую ценность лабораторного определения уровня ряда провоспалительных цитокинов; рассматривали вопросы иммуноткорректирующей терапии для профилактики внутрибрюшных абсцессов. Все пострадавшие были разделены на две группы: I составили 22 пациента, лечение которых осуществлялось по стандартной общепринятой схеме ведения больных с внутрибрюшным абсцессом; II – 64 чел., в диагностике и лечении которых была применена методика видеолапароскопии, выполнялось определение уровня цитокинов и использовалась иммуномодулирующая терапия. Малоинвазивные операции выполнялись с помощью видеолапароскопической стойки, с использованием комплекта соответствующих инструментов. Для определения концентрации провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF α) использовали наборы реагентов ТОО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Измерение их уровня проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью двойных антител и применением пероксидазы хрена. Иммуноткоррекцию осуществляли с помощью препарата «Вилон».

Результаты исследования и их обсуждение. К выполнению диагностической видеолапароскопии прибегали в тех случаях, когда неинвазивные методы диагностики (рентгенография, УЗИ, КТ) оказывались безрезультатными или спорными. Применение этой методики в диагностике гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости позволило выявить внутрибрюшной абсцесс в 74,5% случаев при выполнении манипуляции. В остальных случаях (13,8%) абсцесс был либо визуально недоступен (внутриорганная локализация, глубокое

расположение), либо отсутствовал вовсе (11,7%). В последнем случае была исключена напрасная лапаротомия.

При локализации абсцесса, доступной малоинвазивному хирургическому вмешательству, видеолапароскопия из диагностической переходила в стадию лечебной манипуляции. Из 64 пациентов II группы удалось видеолапароскопически выполнить вскрытие, санацию и дренирование полости гнойника у 47 (73,4%) пациентов. Переход на лапаротомию был обусловлен техническими трудностями и невозможностью выполнения радикальной хирургической обработки гнойного очага.

В нашем исследовании умеренное снижение уровня IL-1 β и повышение практически в 3 раза, по сравнению с нормальными величинами, концентрации IL-8 и TNF α наблюдались уже в первые сутки послеоперационного периода после перенесенной операции по поводу повреждения органов брюшной полости и явились предвестниками развития послеоперационных гнойных осложнений. Вместе с этим традиционно исследуемые показатели эндотоксикоза (лейкоциты, МСМ, ЛИИ и ГПИ) достоверно повышались лишь на 3-и-5-е сутки, т.е. к моменту формирования абсцесса.

Пациентам II группы, у которых на основании результатов исследования уровня цитокинов был предположен риск развития гнойного осложнения, комплекс медикаментозной терапии был дополнен иммуномодулирующим препаратом «Вилон», который использовался в течение 5 дней.

Средняя продолжительность лечения в I группе 19 \pm 3 сут, во второй – 12 \pm 2 сут. В I группе летальность составила 9,1%, во II – 4,7%.

Заключение. Использование в комплексе диагностических мероприятий видеолапароскопической техники и исследование уровня провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-8 и TNF α с последующей их коррекцией позволило достоверно ($p < 0,01$) сократить срок пребывания пациентов в стационаре и практически в 2 раза снизить летальность у больных с внутрибрюшными абсцессами.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Саморуков Ю.Н., Асташов В.Л., Манцеров М.П., Антоненко А.С.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, г. Москва.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с острыми осложнениями желчнокаменной болезни. С 1999г. по 2003г. в Главном военном клиническом госпитале находилось на лечении 56 больных с острым холангитом при острых и осложненных формах желчнокаменной болезни.

Материал и методы: Основными причинами развития острого холангита явились: холедохолитиаз – у 26 (46,4%), стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ) – у 13 (23,2%), сочетание холедохолитиаза и стриктуры терминального отдела холедоха – у 9 (16,1%), сдавление наружных желчевыводящих протоков воспалительным перивезикальным инфильтратом – у 4 (7,1%), перихоледохеальный лимфаденит – у 2 (3,6%), сдавление наружных желчевыводящих протоков головкой поджелудочной железы при вторичном отечном панкреатите – у 2 (3,6%) пациентов.

Все больные были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии. 1 группа – 16 (28,6%) пациентов, у которых оперативное лечение в объеме холецистэктомии, холедохотомии с наружным дренированием холедоха было окончательным видом лечения. 2 группа – 18 (32,1%) пациентов – оперативное лечение сочеталось с эндоскопическим вмешательством на большом дуоденальном сосочке. 3 группа – 22 (39,3%) пациента, у которых выполнялось только эндоскопическое вмешательство на большом дуоденальном сосочке.

В 1 группе – у 12 (75%) больных острый холангит развился на фоне острого деструктивного холецистита, что потребовало срочного оперативного пособия. Умерло 3 (18,7%) пациентов от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. Во 2 группе умерло 2 пациента (11,1%) от прогрессирующей полиорганной недостаточности. У обоих больного на фоне хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи РПХГ с ПСТ перед операций не удалось выполнить из-за парафатерального дивертикула. В 3 группе умерло 2 пациента (9,1%): один – от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности после

эндоскопической литоэкстракции по поводу резидуального холедохолитиаза; второй – от ТЭЛА после папиллосфинктеротомии по поводу стриктуры терминального отдела холедоха.

Заключение: Использование эндоскопических вмешательств в комплексном лечении гнойного холангита позволяет уменьшить число первичных операций и послеоперационной летальности, улучшить результаты хирургического лечения. В случаях неудачных попыток эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей требуются неотложные оперативные пособия, которые на фоне имеющейся желтухи, холангита и печеночно-почечной недостаточности сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений и высоким процентом летальности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ В ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

Кравцов С.Н., Сахаров А.В., Воронцов И.Б., Пономарев С.Ю.

1586 Окружной военный клинический госпиталь, г. Подольск, Россия.

Знания о патогенезе ожоговой болезни, особенностях течения раневого процесса при комбинированных поражениях существенно расширились за счет опыта, полученного в ходе медицинского обеспечения боевых действий в рамках военных конфликтов в Афганистане и на Северном Кавказе. Анализ этого опыта позволяет предложить следующие меры по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим с ожоговыми поражениями, лечения ожогового шока и местного лечения ожоговых ран.

1. Для оптимизации системы оказания медицинской помощи больным с термической травмой в условиях вооруженного конфликта необходимо:

- сократить число этапов медицинской эвакуации до двух по схеме «первая помощь+специализированная» либо «первая врачебная + специализированная»;
- все категории обожженных считать авиатранспортабельными при условии проведения интенсивной протившоковой терапии в ходе эвакуации;
- усилить многопрофильные госпитали, расположенные на основных эвакуационных направлениях, хирургами-комбустиологами,

2. Для повышения эффективности лечения ожогового шока:

- использовать высокоэффективные отечественные фумаратсодержащие инфузионные препараты;
- при термохимических поражениях дыхательных путей в ранние (до 6 часов) сроки выполнять лечебные бронхоскопии;

3. Для повышения эффективности местного лечения ожоговых ран:

- применять мази на водорастворимой основе;
- вести ожоговые раны под раневым покрытием;
- внедрить в практику метод лечения ожогов дистальных отделов конечностей во влажной воздушной среде;
- при глубоких ожогах выполнять ранние (на 3-5 сутки после травмы) хирургические некрэктомии на площади до 10 % поверхности тела с оперативным восстановлением кожного покрова расщепленными перфорированными аутодермотрансплантатами.

Применение предложенных мер позволит улучшить результаты лечения обожженных, в частности, снизить летальность, сократить количество развивающихся осложнений и сроки пребывания в стационаре.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАЩИТЫ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Акимкин В.Г.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются сегодня одной из важнейших проблем лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Мировая практика показывает, что в 80% случаев ведущим фактором передачи и распространения ВБИ являются руки медицинского персонала, поэтому чрезвычайно важным является вопрос о технологии защиты рук медицинского персонала от инфицирования.

Ключевыми звеньями комплекса мер по защите рук медицинского персонала является обработка рук и использование перчаток.

Согласно статистическим данным обработка рук производится лишь в 40% из 100%, когда она должна проводиться и хуже всех руки обрабатывают хирурги и реаниматологи.

Основными причинами неправильной обработки рук или отказа от нее являются:

- отсутствие достаточных знаний и навыков по правильной технике обработки рук;
- риск возникновения профессиональных дерматитов.

Согласно Европейскому стандарту (EN 1500), существует три вида обработки рук: гигиеническое мытье, гигиеническая и хирургическая антисептика. Эта классификация находится в прямой зависимости от требуемого уровня деконтаминации рук при различных медицинских манипуляциях, что и определяет выбор моющего средства и кожного антисептика. По окончании обработки рук на них в обязательном порядке одеваются перчатки. Критерий выбора перчаток зависит от многих факторов:

- от соответствия размеров руки и перчаток;
- от вида проводимой работы: лабораторные исследования или медицинские манипуляции или уборка помещения;
- от вида инфицированности объекта: кольчужные перчатки или нет;
- от производимых медицинским работником манипуляций: длина перчаток, их толщина, химический состав.

Необходимо понимать, что халатное отношение к обработке и защите кожных покровов рук недопустимо: в противном случае это приводит к развитию профессионального заболевания медработников – дерматиту, к формированию устойчивости госпитальных штаммов к антисептикам, а не к эффективности всех мер по защите медперсонала и пациентов от ВБИ.

Основными критериями качества медицинских перчаток являются: прочность, гипоаллергенность, высокая химическая стойкость, комфорт.

В последнее время активно внедряются медицинские перчатки, разработанные на основе новейших технологий, имеющие все вышеназванные критерии качества: неопудренные перчатки из натурального латекса и новых синтетических материалов (неопрен, нитрил, полиуретан).

Использование неопудренных перчаток позволяет не только снизить риск послеоперационных осложнений, избежать возникновения контактного дерматита, но и существенно снизить уровень загрязнения операционной и стерильного инструмента. Синтетические перчатки являются абсолютно гипоаллергенными, т.к. не содержат латексных протеинов и химических аллергенов, вызывающих протеиновую аллергию тип I и аллергический контактный дерматит тип IV, но и более устойчивыми к механическим повреждениям и спирто-содержащим дезинфицирующим средствам.

При проведении хирургического вмешательства повреждается каждая четвертая перчатка, создавая угрозу инфицирования. Использование двойных перчаток во время хирургических операций позволяет в 2-3 раза сократить количество перфораций внутренней перчатки. С целью обеспечения более высокого уровня защиты в качестве внутренней перчатки рекомендуется использовать синтетическую (неопреновую) перчатку яркого цвета. Синтетические перчатки устойчивы к механическим повреждениям, а яркий цвет является индикатором прокола внешней перчатки.

Недопустимо повторное использование хирургических перчаток, т.к. при их повторной обработке разрушается структура латексной или синтетической защитной пленки, образуются микродефекты, которые визуально определить невозможно, а значит перчатки не обеспечивают необходимый уровень защиты, а создают лишь ее иллюзию. Новые стандарты на хирургические и диагностические перчатки ГОСТ Р 52238-2004 и ГОСТ Р 52239-2004, введенные с 1 января 2005 года, предусматривают одноразовое использование медицинских перчаток.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Князев В.Н., Лубянов В.И., Белых В.И., Левкин Е.И.

339 Хлебниковский военный госпиталь, МВО, г. Долгопрудный.

Обобщен опыт лечения в условиях отделения гнойной хирургии гарнизонного военного госпиталя 3456 больных с хирургической инфекцией (за последние 5 лет). В экстренном порядке поступило и прооперировано 77% пациентов. Оперативная активность составила в среднем 88,8%. Процент загрузки достигал от 74 до 90%.

Основными нозологическими формами болезни были: панариции (23,6%), абсцессы и флегмоны (18,3%), осложненные формы карбункулов, фурункулов (16,2%), длительно незаживающие раны, язвы (7%), анаэробная инфекция, рожа, сепсис (2,5%), пилонидальные кисты (2,5%), парапроктиты (1,2%), ожоги (1,1%), остеомиелиты (0,5%)

Наряду с основными принципами лечения гнойно-хирургической инфекции использовались наиболее современные, рациональные и доступные методы лечения для каждой патологии.

Ведущая роль оставалась за хирургическим вмешательством. Объем и характер операции определялся с учетом фазы и локализации процесса. Предоперационный период составил 1-1,5 часа. Под общей анестезией оперировано 62% больных.

Непременным условием завершения хирургической обработки гнойной раны является дренирование. Предпочтение отдается активной дренажно-промывной системе, что позволяет проводить адекватную санацию и раннее закрытие раневых дефектов первичными, первично-отсроченными и вторичными швами.

В организации работы перевязочной используется поточный метод, где важно соблюдение очередности больных в зависимости от локализации и чистоты их ран.

При лечении деструктивных форм панарициев костные дефекты заполнялись препаратом «Коллапан» с наложением швов. Абсцессы и флегмоны лечились традиционными методами. С атравматической целью использовалось покрытие для ран полимерное мембранное, выполняющее функции живой кожи – Omiderm.

Основными причинами длительно незаживающих ран, язв явились осложненные формы карбункулов, пиодермий, травмы. Одним из методов лечения данной патологии является аутодермопластика. Донорские раны велись открытым методом. В комплекс лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями входила физиотерапия. Охват составил 98–100%. В до- и послеоперационном периоде для санации раневых поверхностей в основном применялись: лазеротерапия, магнитотерапия, УВЧ, УФО. Для восстановления утраченных функций больные занимались лечебной физкультурой.

Широко использовалась озонотерапия. Из всех методик наиболее часто применялась МАГТ – малая аутогемотерапия с озоном, с иммуно-корректирующей целью. При анаэробной инфекции мягких тканей и деструктивных форм рожи озono-кислородная газовая смесь вводилась как непосредственно в очаг поражения, так и в фасциальные и межмышечные футляры. Ректальная инсуффляция газообразной озonoкислородной смеси проводилась больным с локализацией процесса в области промежности (парапроктит, пилонидальные кисты, эпителиальный копчиковый ход).

Результатом индивидуального подхода при лечении гнойной инфекции явилось снижение койко-дня с 19,5–18,2 до 14. По отдельным нозологическим формам наблюдалось следующее уменьшение койко-дня: флегмоны и абсцессы с 23,8–18,5 до 17; панарициев с 17,6 до 13,9; анаэробная инфекция с 23,7 до 20,3; длительно незаживающие раны, язвы с 43,6–33,2 до 31,0.

Увольнение военнообязанных пациентов уменьшилось с 2,7% до 0,5%. За последние два года случаев увольняемости не было.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИТОЦИНА И ЦЕФОТАКСИМА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СЕПСИСА

*Кретинин С.В.¹, Фадеев С.Б.¹, Перунова Н.Б.²,
Молостов Е.В.², Явнова С.В.²*

¹ Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург, Россия

² ИКВС УрО РАН, г. Оренбург, Россия.

Цель: изучить эффективность комбинации антибиотик + окситоцин при экспериментальном абдоминальном сепсисе.

Материалы и методы: в работе использован штамм *Klebsiella pneumoniae* ГИСК №278 с антилизоцимной активностью (АЛА) 1,32 мкг/мл · ОП. Исследование выполнено на 30 крысах (3 группы по 10 животных). Заражение проводилось внутрибрюшинным введением взвеси *K. pneumoniae* в дозе $3 \cdot 10^6$ КОЕ. Животным 1-й группы вводили в брюшную полость 0,9% раствор хлорида натрия в дозе 6 мл/кг, 2-й – цефотаксим (100 мкг/кг в сутки), 3-й – цефо-

таксим (100 мкг/кг в сутки) и окситоцин (2 МЕ в сутки). Крыс выводили из опыта по 5 особей через 24, 72 часа. Бактериологическое исследование абдоминального экссудата, крови и органов проводили общепринятыми методами. У изолированных штаммов была определена АЛА (Бухарин О.В. с соавт., 2000 г.).

Результаты: в первой группе все животные погибли, во 2-й группе выживаемость составила – 20 %, при лечении цефотаксимом и окситоцином – 80 %. У животных 1-й группы отмечалось увеличение показателя микробной обсемененности (ПМО) органов и тканей в среднем до 10^8 КОЕ/мл, во 2-й группе – снижение до 10^3 КОЕ/мл (третьи сутки). В 3-й группе ПМО в среднем уменьшился до 10^3 КОЕ/мл на третьи сутки. В 1-й контрольной группе наблюдалось повышение АЛА возбудителя до 1,43 мкг/мл·ОП. Введение крысам антибиотика не изменяло уровня АЛА на третьи сутки эксперимента. При лечении крыс антибиотиком в сочетании с окситоцином отмечалось снижение АЛА *K. pneumoniae* до 1,07 мкг/мл·ОП.

Выводы: использование системной антибактериальной терапии и комбинированной антибактериальной терапии значительно повышает выживаемость животных при экспериментальном сепсисе. Учитывая, что выраженность АЛА возбудителей может определять частоту хронизации и рецидивирования заболевания (Бухарин О.В. с соавт., 1999), использование комбинированной антибиотикотерапии в этом плане более предпочтительно по сравнению с традиционной. Следует отметить, что способ комбинированной системной антибактериальной терапии нуждается в более детальном изучении, выявлении показаний и противопоказаний к его использованию.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАЙМОРОТОМИИ ПО КОЛДУЭЛЛУ-ЛЮКУ

Погосян Ю.М., Оганесян А.К., Погосян А.Ю., Галстян Л.Р.

Кафедра военно-полевой хирургии

Ереванского Государственного Медицинского Университета, Ереван, Армения.

На основании ретроспективного анализа истории болезней, за период 2000–2006 гг. выявлено, что хронические одонтогенные гаймориты составляют 5,8–7,4% в структуре стационарных челюстно-лицевых больных Центрального Клинического Военного госпиталя МО РА. Отмечается некоторое увеличение числа больных из года в год, что связывается с преимущественно высоким процентом недолеченных зубов на верхней челюсти, неудовлетворительной санацией полости рта. В настоящее время доминирующим методом лечения одонтогенных гайморитов, по-прежнему остается радикальная операция на верхнечелюстной пазухе (ВЧП) по Колдуэллу-Люку. После радикальной операции по данной методике, нередко отмечаются воспалительные осложнения, частичная или полная облитерация пазухи рубцовой тканью, образование в пазухе рубцовых перемычек, а также возникновения рецидива синусита на этой почве (Кручинский Г.П., Филиппеик В.И. 1994г., Лизерман М.Г. и соавт. 2004 г.). Нами разработан способ пластического закрытия дефекта передней стенки ВЧП, образующихся после радикальной гайморотомии, с применением ксеногенного (поросьячьего) костного матрикса в комбинации с гелем богатой тромбоцитами плазме (БоТП). Способ апробирован при лечении 38 больных с хроническими ОГ в возрасте от 18–60 лет. У 15 из них причиной заболевания были периодонтитные зубы, у 11 имело место ороантральное сообщение после удаления зубов. В 8-и случаях больные оперированы повторно, в 4 случаях рецидив заболевания был обусловлен нагноившейся кистой ВЧП. Методика была апробирована у 3-х больных с огнестрельным ранением верхней челюсти, с нарушением целостности гайморовой пазухи.

Как показали результаты наших наблюдений, закрытие дефекта передней стенки ВЧП, образующихся после гайморотомии, с применением ксеногенного костного матрикса в комбинации с гелем БоТП препятствует пролабированию мягких тканей щеки в пазуху и обратному переходу воспалительного процесса из пазухи на мягкие ткани щеки. Покрытие наружной поверхности трансплантата гелем БоТП ускоряет процесс перестройки трансплантата в области дефекта с образованием органотипичной кости с полным восстановлением целостности передней стенки ВЧП. Рецидив гайморита у оперированных по данному способу за период 2001–2006 гг. не было отмечено.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОНОРСКИХ РАН

Казнин Д.В.

Военно-медицинский Институт ФСБ России, г. Нижний Новгород.

По данным различных авторов эпителизация донорских участков после взятия кожи для аутодермопластики осложняется нагноением ран и длительным их заживлением в 5–70% случаев. Большое количество осложнений со стороны донорских ран требует совершенствовать подходы к их лечению.

Нами проведено изучение результатов лечения донорских ран у больных с ожогами II-IIIА-Б-IV степени и общей площадью поражения до 80% поверхности тела. У 67 больных донорские раны закрывались традиционным способом с использованием медицинской марли, у 26 – с использованием покрытия «Воскопран». У 63 человек лечение донорских ран производилось с применением комплексного раневого покрытия «Сарэл» предложенного на нашей кафедре.

Несмотря на ряд важных преимуществ, таких как: гигроскопичность, легкая адаптация и дешевизна, нередки случаи, когда под наложенной на рану марлевой повязкой возникает нагноительный процесс. Так осложнения при заживлении донорских ран нами встретились у 23 больных в данной группе, что составило 34,3%. Количество осложнений заживления донорских ран в группах I и II с использованием повязок «Воскопран» и «Сарэл» 4 (15,3%) и 3 (4,7%) соответственно. Послеоперационный болевой синдром у больных I группы продолжался около 3-4 дней, 1 день – во II группе, и никаких болевых ощущений не отмечено у больных в группе III.

Таким образом, разработан и подтвержден результатами клинического применения эффективный способ лечения донорских ран, путем использования нового вида повязки.

Кроме того, использование комплексного раневого покрытия «Сарэл» для закрытия донорских поверхностей выявило ряд несомненных преимуществ: образованная непосредственно на ране повязка гарантирует ее полное стерильное закрытие, обеспечивает эффект обезболивания, что отмечено у многих больных, и абсорбцию экссудата, не требует дополнительных перевязочных средств.

Сроки эпителизации донорских ран под повязкой «Сарэл» составили от 5 до 9 суток, по сравнению с 8–12 с использованием «Воскопрана» и 10–15 марли.

Благодаря применению повязки «Сарэл» в комплексном лечении донорских ран удалось добиться сокращения сроков заживления ран на 5–7 суток, по сравнению с I и II группами а также сроков стационарного лечения и нетрудоспособности пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИПФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Станоевич У.С.¹, Воропаева Е.А.², Ханин А.Г.¹,
Афанасьев С.С.², Шкроб Л.О.¹, Матвиевская Н.С.²*

¹ ММА им. И.М. Сеченова Кафедра общей хирургии

² МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Россия, Москва.

В настоящее время в комплексной терапии распространенного гнойного перитонита все большее применение находят различные иммуноактивные препараты.

Нами проведена оценка эффективности препарата рекомбинантного альфа-2 интерферона (кипферон суппозитории Р №-000126/01-2000) в комплексной терапии распространенного гнойного перитонита.

Больные были разделены на 2 группы: I-ая группа – контрольная, II-ая группа – основная, в которой, помимо основной терапии, использовали кипферон (1млн. ЕД/сут 5–10 дней).

Во все периоды течения воспалительного процесса исследовали клеточный и гуморальный иммунитет, а во время открытого ведения брюшной полости брали мазки-отпечатки с брюшины.

Состояние больных оценено по шкале SAPS II > 35 баллов, Мангеймский индекс перитонита > 25 баллов. У всех больных отмечено резкое угнетение клеточного и гуморального иммунитета. Общее количество лимфоцитов крови < 9%. Содержание Т-лимфоцитов находилось в пределах 25–35 %, Количество активных Т-лимфоцитов в среднем составило $8,3 \pm 0,91\%$. Средние значения сывороточных иммуноглобулинов: IgG – 3.564 ± 0.238 мг/мл; IgA – 0.501 ± 0.032 мг/мл; IgM – 0.522 ± 0.041 мг/мл.

Количество этапных санаций составило от 3-х до 11. Спектр патогенной микрофлоры был представлен как автохтонной флорой, так и внутрибольничными штаммами.

Во II группе отмечено более быстрое очищение брюшной полости от гнойно-фибринозных наложений, некротизированного мезотелия, уменьшилась степень обсемененности микрофлорой. В I группе нагноение лапаротомной раны составило 14%, во II – 4%. Положительные результаты использования иммуномодуляторов подтверждены и в лабораторных показателях, где отмечено значительное улучшение показателей клеточного и гуморального иммунитета. На 10 сутки лечения во II группе содержание иммуноглобулинов нормализовалось (IgG – $9,298 \pm 0,718$ мг/мл; IgA – $1,644 \pm 0,091$ мг/мл; IgM – $1,717 \pm 0,114$ мг/мл) по сравнению с I группой, где показатели изменились незначительно (IgG – 6,586; IgA – 0.982; IgM – 0.923). Также во II группе наблюдалась более быстрая нормализация показателей тимусзависимого звена иммунитета.

Цитологические изменения во II группе происходили на 3-4 суток раньше. Уменьшалось содержание «гнойных» и «апоптотных телец», определялись сохранные нейтрофилы, макрофаги и тучные клетки. Пациенты II группы были выписаны на $4 \pm 0,8$ суток раньше.

В комплексную терапию распространенного гнойного перитонита целесообразно включать кипферон.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБНОГО СПЕКТРА НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДВУХ СТАЦИОНАРОВ г. МОСКВЫ

*Белоцерковский Б.З.^{1,2}, Попов Т.В.^{1,2}, Гельфанд Е.Б.¹, Карабак В.И.¹,
Проценко Д.Н.^{1,3}, Чурадзе Б.Т.⁴.*

¹ РГМУ

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

³ ГКБ №7

⁴ ГКБ №31, г. Москва

Цель: Изучение и сравнение приоритетных возбудителей нозокомиальных инфекций (НИ) различной локализации в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) двух стационаров г. Москвы

Материалы и методы: Определили микробный спектр НИ различной локализации у больных ОИТ хирургического профиля ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова (всего выделено 250 штаммов) и ГКБ №31 (выделено 230 штаммов) за период с 2002 г. по 2004 г. Нозологическая структура больных в обоих ОИТ существенно не различалась.

Результаты и их обсуждение: Наиболее часто выделяемыми возбудителями в ОИТ ГКБ №1 были метициллинрезистентный *S. aureus* (20%) и *Acinetobacter baumannii* (18%). Доля псевдомонад, клебсиелл и энтерококков в микробном спектре НИ была примерно одинаковой и составила 13-14%. В ОИТ ГКБ №31 приоритетными возбудителями были *P. aeruginosa* (41%), *E. coli* (32%) и *K. pneumoniae* (18%). За весь период исследования в ОИТ этого стационара не было выделено ни одного штамма энтерококка.

Выводы: Спектр возбудителей нозокомиальных инфекционных осложнений неодинаков в различных учреждениях, в связи с этим тщательный локальный микробиологический мониторинг является неотъемлемой составляющей системы инфекционного контроля в стационаре. Знание приоритетных возбудителей в конкретном ОИТ позволяет разработать локальный формуляр антибактериального лечения НИ и проводить их целенаправленную профилактику.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Воробьев В.В., Безуглый А.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия.

В настоящее время при лечении хирургической инфекции (ХИ) все большее значение приобретает внедрение стационарозамещающих технологий, как ресурсосберегающего механизма, позволяющего без потери качества медицинской помощи снижать материально-экономические затраты. Контингент больных с гнойно-воспалительной патологией на 80–90% формируется на догоспитальном этапе, а хирурги амбулаторного звена являются специалистами «первого контакта», от решения которых зачастую зависит исход заболевания.

Опыт, накопленный кафедрой амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии и рядом крупных поликлиник и КДЦ России, позволяет позитивно оценить проведение лечебно-диагностических манипуляций, операций расширенного объема и комплексного консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний в дневных стационарах. Совершенствование хирургической помощи в этом направлении может быть реализовано путем создания в крупных поликлиниках и других амбулаторно-поликлинических учреждениях дневных хирургических стационаров или центров амбулаторной гнойной хирургии (ЦАГХ). Как показывает практика, в таких центрах может быть оказано адекватное хирургическое пособие до 70% всех профильных больных, нуждающихся в квалифицированной и специализированной помощи при ХИ.

При анализе результатов работы ЦАГХ, функционирующего при методическом руководстве кафедры амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии, в административном образовании с численностью населения 460 тысяч человек госпитализация больных с ХИ в стационары снижена на 23%. Как показывает опыт работы ЦАГХ в направлении в круглосуточные стационары нуждается не более 1% больных, начавших лечение в центре, что ниже аналогичного показателя по городским поликлиникам в 15–20 раз.

Накопленный опыт отечественного здравоохранения позволяет рекомендовать более активное внедрение стационарозамещающих форм хирургической помощи при ХИ в работу лечебных учреждений.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОАРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Шабатин С.А., Болотников А.И., Розанов В.Е.

150 ЦВГ КВ МО РФ, Краснознаменск

Цель. Выявить возможности видеоартроскопической техники в диагностике и лечении посттравматической гнойных артритов

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов с гнойным посттравматическим артритом, который развился после открытой травмы коленного сустава, инфицированного гемартроза, синовита. Давность процесса была от 1 суток до 2 недель. Во всех случаях выполнено бактериологическое подтверждение заболевания. В I группе (17 пациентов) применяли «традиционные» методы лечения (пункции и/или адекватное дренирование сустава, артротомия или резекция), во II (22 чел) – использовали видеоартроскопическую технику.

Результаты исследования и их обсуждение. К особенностями ревизии коленного сустава с использованием видеоартроскопической техники относили: 1) предварительное промывание полости сустава через троакар артроскопа; 2) активное нагнетание промывной жидкости в сустав; 3) применение дополнительной отточной канюли; 4) использование шейверных ножей, что позволяло (при необходимости) выполнять синовэктомию – локальную, субтотальную или даже тотальную – в зависимости от распространенности процесса. Осмотр сустава позволял выявить степень и распространенность поражения хрящевой и костной тканей, уточнить прогноз заболевания.

В конце операции в полость сустава вводили трубчатые дренажи через выполненные ранее доступы, а внутривенно вводили 4 мл дидинона, а через дренаж в сустав – 5 мл 0,25-0,5% раствора бупивакаина и 0,5 мл официального раствора адреналина, перекрывали дренажи на 10 минут. Накладывали асептическую повязку и бинтовали конечность и коленный сустав эластическим бинтом, после чего снимали турникет. Диализ сустава начинали через 30–60 минут после операции, и продолжали в течение 5-7 суток в зависимости от динамики процесса.

Показаниями к использованию видеоартроскопической техники были в 7 случаях серозно-фибринозный артрит после неэффективности пункционного метода; в 10 – гнойный артрит, когда не удалось купировать инфекционный процесс путем дренирования сустава с приточно-аспирационным промыванием с последующим введением антибиотиков и антисептиков и в 5 – гнойный процесс не удалось ликвидировать после артротомии, субтотальной синовэктомии с остеонекрэктомией пораженных участков кости и последующим дренированием коленного сустава.

При использовании видеоартроскопической техники ни у одного из пациентов не было рецидива воспалительного процесса в сроки наблюдения от 1 года до 2 лет, не отмечено существенного ухудшения функции конечности. Лишь в 2 случаях, когда воспалительный процесс протекал на фоне гонартроза II ст., оценка функции конечности по шкале Lysholm уменьшилась на $9,5 \pm 1,3$ баллов ($p < 0,05$).

Заключение. Полагаем, что лечение острого гнойного гонита с использованием видеоартроскопической техники позволяет достаточно эффективно провести ревизию и санацию коленного сустава, обеспечить хорошее его дренирование и диализ после операции.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Рушай А.К., Бодаченко К.А., Климовицкий В.Г., Кривенко С.Н.,
Борисов В.Ю., Чучварев Р.В. Щадько А.А.*

НИИ травматологии и ортопедии ДонГМУ им. М. Горького,
отдел политравмы и костно-гнойной инфекции, Донецк, Украина.

Основной причиной образования порочных культей нижних конечностей являются послеоперационные осложнения. Первичные ампутации нередко осложняются краевым некрозом кожных лоскутов, нагноением ран, концевым остеомиелитом. Целью настоящей работы являлось изучение клинико-бактериологической характеристики, значение микрофлоры в течении раневого процесса и выработка рациональной тактики лечения при гнойных осложнениях после первичных травматических ампутаций нижних конечностей.

Материалы и методы: Исследования проводились у 120 больных с осложнениями после травматических ампутаций: 31 больной с культёй стопы, 65 – с культёй голени и 24 – с культёй бедра. Степень бактериальной обсемененности очагов нагноения, родовую и видовую принадлежность выделенных из них микробов изучали общепринятыми микробиологическими методами.

Результаты и их обсуждение: 58 пострадавших с небольшими раневыми поверхностями лечились консервативно, 62 человека были подвергнуты оперативному лечению. Проводилось комплексная антибактериальная терапия под клинико-бактериологическим контролем. В процессе исследования было выполнено 760 бактериологических анализов, выделено 1028 чистых культур микробов, проведено их определение, исследованы антибиотикограммы. Анализ 62 случаев восстановительных операций показал, что эти вмешательства могут производиться и при ранах, заселенных микрофлорой. Благоприятным показателем является число колоний менее 50 на 1 см раны. Это не относится к синегнойной палочке и протее – наличие их в ране даже в небольшом количестве служит противопоказанием к оперативному вмешательству. Что же касается патогенного стафилококка, то небольшие количества его (менее 50 колоний на 1 см) не препятствуют заживлению.

Выводы: Таким образом, тактика лечения при гнойных осложнениях на основе клинико-бактериологической характеристики позволяет определить рациональную тактику.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ В ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

Кравцов С.Н., Воронцов И.Б.

1586 Окружной военный клинический госпиталь, Подольск, Россия.

Хирургическая тактика при комбинированных ожоговых поражениях имеет отчетливую специфику, определяющую сроки, очередность и последовательность выполнения оперативных вмешательств:

– как и при любой травме (ранении), без предоперационной подготовки проводятся оперативные вмешательства, невыполнение которых ведет к немедленной смерти раненого: это преимущественно операции по устранению острой дыхательной недостаточности, быстро прогрессирующее сдавление головного мозга внутричерепной гематомой, ранения сердца и крупных магистральных сосудов, остановка массивного наружного или внутреннего кровотечения,

– во вторую очередь выполняются те оперативные вмешательства, невыполнение которых ведет к развитию тяжелых осложнений; лапаротомии при повреждении полых органов, операции при вне брюшинных повреждениях тазовых органов, ампутации конечностей при отсутствии продолжающегося кровотечения и т. п.;

– наконец, в последнюю очередь выполняются отсроченные операции, невыполнение которых может вызвать развитие гнойно-инфекционных осложнений. К ним относятся: остеосинтез переломов длинных трубчатых костей, костей таза, первичная хирургическая обработка ран и т. п. Срочным операциям предшествует короткая, в течение 1,5-2 ч, предоперационная инфузионная и медикаментозная терапия, а также инструментальная диагностика.

Отдельного рассмотрения требует вопрос о выборе оптимальной хирургической тактики при необходимости полостного оперативного вмешательства у тяжелообожженных, когда оперативный доступ осуществляется через ожоговую рану. Практический опыт выполнения таких операций у большинства хирургов отсутствует. Широко использовавшаяся и не утрачившая своего значения в неотложной абдоминальной хирургии диагностическая лапаротомия, как правило, неприемлема, поскольку может усилить имеющуюся травму и ускорить гибель пораженных. Закрытые травмы живота (с повреждениями внутренних органов) относятся к категории чрезвычайно опасных для жизни повреждений и сопровождаются высокой летальностью, составляющей в среднем 20%. Такой уровень летальности обусловлен повреждением жизненно важных органов, а также сложностью диагностики. Опыт клиники термических поражений Военно-медицинской академии свидетельствуют, что если операция жизненно показана, вскрытие брюшной полости через ожоговую рану допустимо. Операционная рана может быть ушита наглухо лишь при поверхностных ожогах. При глубоких ожогах, обычно зашивают лишь брюшину и апоневроз. Кожная рана заживает вторичным натяжением, либо на нее следует накладывать поздние вторичные швы.

Несмотря на широкое использование современных методов инструментальных исследований, диагностические ошибки, как при закрытой травме, так и при ранениях живота наблюдаются примерно в 27% случаев, а напрасные лапаротомии выполняются в 14–39% наблюдений. Частота диагностических и тактических ошибок может быть кардинально уменьшена при использовании инструментальных и малотравматичных методов исследования, не усугубляющих тяжесть состояния пострадавших (фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование и др.)

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ЛАЗЕРНОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ефименко Н.А.¹, Клюжев В.Н.², Милюков В.Е.¹, Хоменко В.А.³

¹ ГИУВ МО РФ

² ГВКГ им.Н.Н.Бурденко

³ НПЦ «Спектролюкс»

В структуре современной хирургической патологии на долю больных с заболеваниями бактериальной этиологии – гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) приходится 30–35% случаев, то есть 1/3 всех больных, летальность при этом достигает 7%.

Цель: Определение чувствительности возбудителя заболевания к антимикробным препаратам наряду с тщательной бактериологической диагностикой заболевания с выделением и идентификацией возбудителя, является главным условием для рациональной и целенаправленной терапии бактериальной инфекции, что позволит добиться сокращения сроков госпитализации, а также позволит снизить показатели заболеваемости и летальности. Бактериологическое, серологическое подтверждение диагноза и определение антибиотикограммы микроорганизма – возбудителя заболевания – должны предшествовать началу лечения, так как необходимо выбрать наиболее эффективный препарат среди множества близких по спектру действия.

Материалы и методы: Метод лазерной флюоресцентной диагностики (ЛФД), разработанный в научно-производственном центре медицинских и промышленных биотехнологий Спектролюкс (приоритеты разработки и ее внедрение подтверждены патентами РФ (патент № 2255978 от 10 июля 2005 г., № 35440 от 10 января 2004 г., патент № 2254372 от 20 июня 2005 г.) – один из возможных путей решения этой проблемы, он является экспрессным и позволяет проводить ускоренную диагностику состояния и спектра микрофлоры в различных средах организма пациента, а так же дает возможность оценивать эффективность проводимого лечения больных в реальном времени.

Метод лазерной флюоресцентной диагностики основан на регистрации собственной флюоресценции микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности – порфиринов при возбуждении объекта лазерным излучением.

Обсуждение: Природа метода флюоресцентного анализа заключается в возбуждении вторичного излучения в исследуемом объекте за счет облучения этого объекта излучением лазера с определенной длиной волны или диапазоном длин волн. В основе применения лазерно-флюоресцентного спектрального метода в изучении взаимосвязи энергетических систем микробной клетки с ее функциональными механизмами лежит тот факт, что многие ферменты и коферменты, входящие в системы окислительного метаболизма, обладают характерными спектрами поглощения и люминесценции. Большинство флюорохромов облучаемых объектов, за исключением порфиринов, возбуждаются ультрафиолетовой (УФ) и незначительной частью видимого спектра (250–500 нм). При этом флюоресценция регистрируется в диапазоне 350-550 нм (сине-зеленая область). Особый интерес представляет флюоресценция в красной области спектра (зондирующее излучение с длиной волны 633 нм), которая связана с наличием порфиринов в микроорганизмах или продуктах их жизнедеятельности, что позволяет проводить их индикацию.

Преимуществом красного света при возбуждении флюоресценции является отсутствие флюоресценции, исходящей от других источников, нежели порфирины.

Выводы: Метод лазерной флюоресцентной диагностики может быть использован для диагностики заболеваний и процессов микробной природы, в том числе для определения чувствительности бактерий к антимикробным препаратам (антибиотикам, антисептикам). Высокая чувствительность метода, возможность количественной оценки результатов исследований в масштабе реального времени отвечают современным требованиям. Метод лазерной флюоресцентной диагностики является экспрессным и позволяет с минимальными материальными и в режиме реального времени в лабораторной и клинической практике проводить экспресс-диагностику, оценку эффективности, прогнозирование и коррекцию лечения больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ СОЧЕТАНЫМИ РАНЕНИЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Щекочихин А.В.¹, Погосов Н.В.², Снегур А.В.², Исаев В.В.¹,
Новожилов А.А.¹*

¹ ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

² ГИУВ МО РФ

Цель и задачи исследования: провести анализ диагностических и лечебно-тактических ошибок при оказании хирургической помощи раненым с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря и разработать рекомендации по их профилактике.

Материал и методы исследования: Проведенное исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 188 раненых с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря в возрасте от 18 до 54 лет.

Первичная хирургическая обработка была проведена всем раненым с огнестрельными сочетанными ранениями мочевого пузыря. Повторная хирургическая обработка потребовалась у 94,2% всех раненых.

На течение раневого процесса в органах таза неблагоприятное влияние оказывали ранения костных структур, осколками которых повреждались мочевой пузырь, тонкая и толстая кишка с последующим развитием флегмон, гнойных затеков клетчатки таза и остеомиелита.

Сложность клинической картины при огнестрельных сочетанных ранениях мочевого пузыря всегда вызывала затруднения в правильной диагностике и не позволяла четко определить характер и локализацию повреждений. Окончательное суждение о степени повреждения мочевого пузыря и других органов возможно только на основании проведения дополнительных исследований.

Результаты: Недостаточный объем специальных исследований на передовых этапах хирургической помощи явился причиной того, что у 64,0% раненых повреждение мочевого пузыря было установлено только в ходе выполнения операции, у 7,2% лишь при возникновении осложнений спустя сутки и более после ранения, а у 14,0% раненых повреждение мочевого пузыря распознали только посмертно. Даже в случаях, когда симптоматика ранения мочевого пузыря была очевидна и диагноз был установлен при поступлении на этап хирургической помощи, окончательная оценка и характер повреждения мочевого пузыря уточнялся в ходе интраоперационной ревизии, что удлиняло время хирургического вмешательства и способствовало в последующем возникновению раневой инфекции.

Часто причиной послеоперационных осложнений являлся отказ от проведения первичной хирургической обработки костно-мышечной раны с удалением из нее нежизнеспособных тканей, пропитанных мочевой инфильтрацией, что приводило к выраженным патоморфологическим изменениям и развитием трудноизлечимого, прогрессирующего огнестрельного остеомиелита в 23 (13,6%) наблюдениях, который в двух случаях привел к сепсису с последующим летальным исходом.

Отказ от раскрытия седалищно- и тазово-прямокишечных клетчаточных пространств и их дренирования способствовал образованию мочевых затеков и каловых флегмон, которые также являлись причиной развития сепсиса.

Кроме того, при проведении первичной хирургической обработки огнестрельных сочетанных ранений мочевого пузыря не соблюдали рациональную последовательность в выполнении отдельных этапов оперативного вмешательства. Так, например, вначале обрабатывали рану прямой кишки, а только потом накладывали сигмостому, что способствовало инфицированию до этого интактной брюшной полости с развитием в последующем недостаточности сигмостомы и перитонита; или вначале производили хирургическую обработку раны мочевого пузыря, а потом приступали к хирургической обработке поврежденных тонкой, ободочной или внутрибрюшинного отдела прямой кишок.

Выводы:

Основными дефектами диагностики у раненых с сочетанными огнестрельными ранениями мочевого пузыря являлись: отказ от выполнения восходящей цистографии, пробы Зельдовича, лапаро- и торакоцентеза. Несоблюдение рациональной последовательности

в выполнении оперативных вмешательств, а также неадекватно выполненная первичная хирургическая обработка костно-мышечной раны, неэффективное дренирование полостей, отказ от наложения надлобкового мочепузырного свища и невыполнение колостом – частые дефекты хирургической помощи.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОКОЛЛАГЕНОВОГО БИОДЕГРАДИРУЮЩЕГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН С ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТЬЮ

Новожилов А.А.¹, Щекочихин А.В.¹, Родивилов Б.Б.², Погосов Н.В.²

¹ Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, г. Москва, Россия

² Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва, Россия

Актуальной проблемой в гнойной хирургии остается лечение ран с обширными дефектами мягких тканей, остаточными полостями после вскрытия и эвакуации значительных абсцессов, нагноившихся гематом, особенно у пациентов с избыточной массой тела, когда кожа сохранена, а дефект располагается в подкожной клетчатке и мышцах. В таких случаях после очищения ран хирурги вынуждены ждать, когда полость полностью изнутри выполнится грануляционной тканью, и только после этого закрывать рану. Все чаще в открытой печати появляются данные о применении для заживления ран биологических материалов и раневых покрытий, в том числе на основе коллагена. Нами была исследована возможность применения биodeградирующего материала на основе коллагена «Коллост» для заполнения обширных дефектов мягких тканей после вскрытия абсцессов.

Цель: оценить эффективность лечения ран с дефектами мягких тканей с применением биопластического материала «Коллост».

Материалы и методы: Исследование проводилось в условиях отделений гнойной хирургии и неотложной урологии ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. В исследование включены 10 больных – основная группа, в лечении которых применялся препарат коллагена 1 типа «Коллост» в форме геля. Для сравнения результатов лечения был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезней – контрольная группа. Среди больных основной группы мужчин – 8, женщин – 2, средний возраст 42 года (от 18 до 65). В контрольной группе: 14 мужчин и 6 женщин, средний возраст больных 49 лет (от 20 до 71). Среди нозологических форм более 50% (7 пациентов в основной группе, и 13 в контрольной) составляли раны после вскрытия абсцессов, кроме того, в исследование вошли больные с ранами после вскрытия нагноившихся гематом, санации мочевых затеков и свищей. Средний объем остаточной полости составил 14 см² (от 5 до 19 см²). После очищения ран в полость вводился препарат «Коллост» в форме геля. Состояние ран оценивали визуально при перевязках. Кроме того, выполняли бактериологическое исследование – посевы раневого отделяемого для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Для контроля динамики состояния выполняли общеклинические и биохимические анализы крови.

Результаты: После заполнения полости аллоколлагеном перевязки выполняли 1 раз в 2 дня, больные субъективно отмечали уменьшение болезненности на перевязках. На 3–4 сутки отмечено появление краевой эпителизации. Раны полностью зажили на 7–11 сутки после заполнения «Коллостом». В контрольной группе после очищения раны заживали на 9–24 сутки. Только в одном случае у больной с раной после вскрытия постинъекционного абсцесса отмечено нагноение раны и отторжение аллоколлагенового материала. При контрольных посещениях на 21–30 сутки после выписки по результатам осмотра и УЗИ отмечено формирование нормального рубца, полостных образований нет.

Вывод: Коллагеновый биodeградирующий материал «Коллост» высокоэффективен при лечении ран с подкожными дефектами мягких тканей и протяженным раневым каналом, его применение позволяет заполнить полостной дефект, впоследствии материал деградирует и замещается рубцовой тканью. Таким образом, использование препарата «Коллост» улучшает результаты лечения больных за счет сокращения сроков заживления ран.

СОВРЕМЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

*Французов В.Н.¹, Новожилов А.А.², Родин Ю.А.², Ушаков А.А.²,
Завьялов П.С.², Родивилов Б.Б.³, Погосов Н.В.³*

¹ Национальный медико-хирургический центр им.Н.И.Пирогова

² Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, г. Москва, Россия

³ Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва, Россия

Физические методы лечения больных с гнойными заболеваниями кисти широко используются в современной хирургии и, по данным многочисленных авторов, приводят к хорошим результатам. Однако, на сегодняшний день нет единой оптимальной методики их использования ни в военных лечебных учреждениях, ни в гражданском здравоохранении.

Цель: Оптимизировать использование высокотехнологичных современных физических методов лечения гнойных заболеваний кисти и выработать оптимальный алгоритм их применения в условиях специализированного отделения многопрофильного стационара.

Материалы и методы: Исследование проводилось в течение 10 лет в ГКВГ им. Н.Н. Бурденко в период с 1996 по 2006 год. В исследование включены 511 пациентов с различными гнойными заболеваниями кисти. В качестве контрольной группы проведен ретроспективный анализ 210 историй болезней с аналогичной патологией. Больным обеих групп проводилось хирургическое и местное лечение, иммобилизация, регионарная и общая антибактериальная терапия. После заживления или пластики ран и снятия иммобилизации больным контрольной группы назначалось ФТЛ и ЛФК. У больных основной группы применение современных физических методов начиналось интраоперационно (обработка ран плазмой или озоном). В первые сутки из-за выраженного болевого синдрома после операции непосредственно в палате проводилась магнитотерапия. Ежедневно при перевязках рана обрабатывалась оксидом азота или озоном, что не требовало значительного количества времени и дополнительной анестезии. На вторые, четвертые и шестые сутки лечения (три сеанса через день) проводилась близкофокусная противовоспалительная рентгенотерапия. В третьи, пятые и последующие сутки до заживления раны использовали фонофорез антибиотиков и магнитолазер. После заживления раны продолжали ФТЛ в виде чередования фонофореза с мазью «Контатубекс» и тамбуканской грязью (10 процедур), сочетая их с ЛФК и массажем. При выраженных рубцовых контрактурах этот курс лечения продолжали в условиях реабилитационного госпиталя (до 30 процедур) и повторяли амбулаторно через 2 месяца.

Результаты: При анализе результатов сроки лечения больных в основной группе составили в среднем $16,2 \pm 0,4$ сут., что на $5,1 \pm 0,2$ сут. меньше чем в контрольной группе. Полное восстановление функции кисти произошло в основной группе в 87,6% случаев, а в контрольной в 73,2% случаев. Грубые келоидные рубцы с развитием контрактур в основной группе наблюдали у 3,7% больных, а в контрольной у 5,2% больных. Инвалидизация пациентов со стойкой утратой функции кисти как органа в основной группе составила 0,39%, а в контрольной 1,4%. Следует отметить, что указанные показатели статистически достоверно отличаются друг от друга.

Вывод: Комплексное использование современных технологий при гнойных заболеваниях кисти позволяет значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Авторы понимают, что лечение по описанной методике возможно лишь в условиях специализированных отделений многопрофильного стационара, поэтому тяжелые формы хирургической инфекции кисти следует направлять или переводить на лечение именно в такие лечебные учреждения.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Рябков М.Г., Лукоянычев Е.Е., Щукин А.Ю.

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: Разработка устройства и способа контроля внутрибрюшного давления (ВБД) при распространенном перитоните у больных с травматическим повреждением органов малого таза.

Материалы и методы: Были обследованы 7 пациентов, прооперированных по поводу закрытой травмы живота, перитонита. Перитонит во всех случаях развился в результате повреждения мочевого пузыря либо травмы органов брюшной полости с забрюшинной гематомой в малом тазу, что сделало неинформативным измерение ВБД методом открытого уретрального катетера.

Результаты: Для решения поставленной задачи нами разработано новое устройство активного контроля ВБД. Устройство состоит из терминального отдела датчика давления, представляющего собой резиновый баллон объемом 30 мл, заполненного воздухом, герметично закрепленного на полихлорвиниловой трубке. Противоположный конец трубки подсоединяется к контроллеру системы регистрации с электронным датчиком давления и устройством оцифровки данных.

Способ применения: После лапаротомии, удаления очага воспаления, санации брюшной полости, создании лапаростомы с помощью спицевого адаптационно-репозиционного аппарата в брюшную полость помещается терминальный отдел датчика давления, края раны дозировано сводят и если в процессе сведения краев раны градиент повышения ВБД достигает критического уровня – 15 мм рт.ст. (Diebel, Dulchavsky, Wilson, 1992), края раны фиксируются браншами аппарата.

Во всех случаях удалось осуществлять постоянный контроль динамики ВБД, избежать развития интраабдоминальной гипертензии.

Обсуждение. Преимуществом предложенного устройства, кроме того, являются мобильность (размеры контроллера 10×12×7 см), отсутствие необходимости в повторной градуировке при транспортировке больного, возможность постоянного мониторинга ВБД.

Выводы: Применение разработанного устройства является оптимальным способом интра- и постоперационного контроля ВБД у больных с перитонитом при травматическом повреждении органов малого таза.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ «МЕДИАТОРНЫХ ВЕЩЕСТВ» ФЕТАЛЬНОЙ ПЕЧЕНИ В ИММУНООРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЁЛОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Доскалиев Ж.А.¹, Григоревский В.П.², Асабаев А.Ш.²,

Жетимкаринова А.Д.¹, Попова Н.В.²

¹ Казахская государственная медицинская академия, Астана, Казахстан

² Национальный научный медицинский центр, Астана, Казахстан

Цель: оптимизация иммуноориентированной терапии тяжёлой хирургической инфекции.

Материалы и методы: обследовано 123 больных в возрасте 19–73 лет с тяжёлой хирургической инфекцией. По разработанной в нашей клинике программе иммуноориентированной терапии тяжёлой хирургической инфекции – 69 больным основной группы (ОГ) была произведена трансплантация «медиаторных веществ» (биологически активные вещества) фетальной печени. 54 – больных составили контрольную группу (КГ), программа лечения которых была традиционной. Всем исследуемым больным проводился клинико-лабораторный мониторинг иммунного статуса.

Результаты: использованный метод позволил:

- улучшить функцию антигенпрезентирующих клеток (макрофагов, моноцитов)
- регулировать антигенспецифический иммунный ответ (CD4+, CD8+)
- стимулировать продукцию защитных иммуноглобулинов В – клетками.

Обсуждение: иммуномодулирующий эффект «медиаторных веществ» фетальной печени обусловлен их способностью регулировать дисбаланс между звеньями иммунной системы, что ускоряет адекватный иммунный ответ на агрессию инфекционного агента.

Вывод: включение трансплантации «медиаторных веществ» фетальной печени в иммуноориентированную терапию тяжёлой хирургической инфекции позволяет решить проблемы, которые не всегда удаётся решить обычными средствами базисной терапии.

УПРАВЛЯЕМАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Гараев В.Н., Щукин А.Ю., Проскуренко М.Б.
Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород, Россия.

Цель: улучшение результатов лечения больных с распространенным перитонитом путем предупреждения развития синдрома абдоминальной компрессии и раневых инфекционных осложнений.

Материалы и методы: Обследованы 30 пациентов с распространенным перитонитом. Перитонит у всех пациентов развился в результате травм либо деструктивных воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

I группа – 28 человек. Применялся полузакрытый метод послеоперационного ведения с дренированием и лаважом брюшной полости без создания аппаратной лапаростомы и без контроля внутрибрюшного давления (ВБД).

II группа – 12 пациентов. У 7 пациентов посттравматический перитонит с повреждением мочевого пузыря либо органов брюшной полости с забрюшинной гематомой в малом тазу, у 2 пациентов – послеоперационный перитонит. Использовали метод управляемой лапароскопии, при котором лапаростому создавали с помощью спицевого адаптационно-репозиционного аппарата (СпАРА). Степень сведения ее краев после санации брюшной полости лимитировали контролируемые электронной системой параметрами: уровнем прямого ВБД и усилием натяжения паравульнарных тканей. Для оценки результатов лечения была применена концепция синдрома полиорганной дисфункции (СПОД). Оценивали также количество раневых осложнений, летальность.

Результаты: В результате проведенного исследования было установлено, что применение аппаратной управляемой лапароскопии под контролем ВБД позволило значительно уменьшить частоту развития СПОД (в I группе – 50,0%, во II–33,3%); вдвое снизить летальность – с 32,1% в I группе до 16,6% во II, а частоту раневых осложнений уменьшить в 2,3 раза.

Выводы: Таким образом, применение аппаратной управляемой лапароскопии под контролем внутрибрюшного давления является эффективным способом предупреждения развития синдрома абдоминальной компрессии и полиорганной дисфункции, снижения летальности у больных с распространенным посттравматическим и послеоперационным перитонитом.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ловкин О.М., Козлов Г.Н., Князев В.Н., Лубянов В.И., Королев И.Ю.
339 Хлебниковский военный госпиталь, МВО, г. Долгопрудный

Больной С., 43 лет, 28.05.2004 года получил тяжелую травму груди, таза, конечностей в результате дорожно-транспортного происшествия. На 3 сутки переведен в 339 военный госпиталь из Талдомской ЦРБ Московской области. Клинический диагноз: закрытые переломы VII ребра справа, дна вертлужной впадины справа с центральным вывихом бедра, лонной и седалищной костей справа с разрывом лонного симфиза, открытый надмыщелковый перелом правой бедренной кости со смещением отломков, невротией седалищного нерва, открытым повреждением связки надколенника, связок правого коленного сустава, обширная ушибленная инфицированная рана передней и задней поверхностей правого бедра, шок II степени.

При поступлении состояние крайне тяжелое: гемодинамика нестабильная, снижение суточного диуреза до 200 мл, нагноение ран правого бедра. В анализе крови: Hb – 80 г/л, эр. $-3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $11,2 \times 10^9/л$, СОЭ 21 мм/час, мочевины 83,7 ммоль/л, креатинин 842,0 мкмоль/л, белок 52,6 г/л. Проводилась интенсивная терапия, направленная на борьбу с интоксикацией, почечной недостаточностью, анемией, гипопротеемией. 11.06.2004 г. по жизненным показаниям выполнен остеосинтез таза аппаратом КТС-1 с наложением бедрен-

ного компонента, который был использован при остеосинтезе надмыщелкового перелома бедренной кости. В результате полученным аппаратом внешней фиксации из комплекта КСТ-1 и Илизарова, фиксирующий воедино таз, правые бедро и голень, удалось добиться полного сопоставления отломков. При хирургической обработке ран бедра выявлено, что рана по задней поверхности бедра имеет размеры 22,0 см на 6,5 см. Дно раны образуют мышцы и отломки бедренной кости, виден седалищный нерв, сдавливаемый дистальным отломком. Остеосинтез бедренной кости выполнен спицестержневым аппаратом вышеописанной конструкции. Послеоперационный период протекал тяжело, на вторые сутки остановка сердечно-сосудистой деятельности, проводились реанимационные мероприятия, для купирования инфекционно-токсического шока использовался антибиотик – тиенам.. Переведен в отделение гнойной хирургии для лечения анаэробно-неклостридиальной инфекции с локализацией процесса на правой нижней конечности и в местах нахождения фиксирующих деталей комплекта КСТ-1 и Илизарова. На 30 сутки течения послеоперационного периода состояние осложнилось острым пиелонефритом, пролежнями крестцово-копчиковой и ягодичных областей. Развилась токсико-резорбтивная лихорадка.

Начат повторный курс интенсивной терапии, этапные некрэктомии, активное использование озонотерапии следующими методиками:

1. Во время операций, перевязок раны санировались озонированным раствором и озон-кислородной газовой смесью вводимой в очаги поражения.
2. Внутривенное введение озонированного физиологического раствора в количестве 200–400 мл, 3 процедуры через день.
3. МАГТ – малая аутогемотерапия с озоном, 6 процедур.

Озонотерапия в данном случае явилась методом выбора после проведения основной антибактериальной медикаментозной и интенсивной терапии.

По купированию инфекции и очищению ран производилась пластика дефектов местными тканями и расщепленным кожным трансплантатом. Трансплантаты прижились, раны эпителизировались.

11.08.2004 г. выполнен демонтаж аппарата КСТ-1 с таза, наступило сращение переломов таза и симфиза. Выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. 12.10.2004 г. при повторной госпитализации выполнен демонтаж спицестержневого аппарата с правого бедра.

Данное наблюдение показывает возможности современных способов лечения переломов костей таза, бедра, используя аппараты внешней фиксации в оригинальной компоновке, которые позволили активизировать больного, проводить лечение анаэробно-неклостридиальной инфекции, получить опороспособную конечность.

ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Гельфанд Б.Р.¹, Белоцерковский Б.З.^{1,2}, Гельфанд Е.Б.¹,
Попов Т.В.^{1,2}, Карабак В.И.¹, Проценко Д.Н.^{1,3}, Чурадзе Б.Т.⁴*

¹ РГМУ

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

³ ГКБ №7

⁴ ГКБ №31, г. Москва.

Цель: Определение факторов-детерминант летального исхода у больных с нозокомиальными инфекциями (НИ) в отделении интенсивной терапии (ОИТ) хирургического профиля.

Материалы и методы: В период с сентября 2002 г. по декабрь 2004 г. у 150 больных ОИТ хирургического корпуса ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова развились НИ различной локализации и степени тяжести. Умерли 69 пациентов с НИ (летальность составила 46%). С помощью унивариантного анализа определили факторы риска летального исхода у больных с НИ.

Результаты и их обсуждение: Установлено, что факторами риска летального исхода у пациентов с инфекционными осложнениями, развившимися в ОИТ, являются: возраст > 65 лет (ОР 2,15; 95% ДИ 1,47–3,14), тяжесть состояния больного более 20 баллов по шкале APACHE II (ОР 4,9; 95% ДИ 2,67–9,07); выраженность полиорганной недостаточности по шкале

SOFA >7 баллов (ОР 9,0; 95% ДИ 2,82-28,69), развитие тяжелого сепсиса (ОР 4,06; 95% ДИ 2,39–6,88) и септического шока (ОР 4,69; 95% ДИ 1,03–21,3), неадекватная эмпирическая антибактериальная терапия (ОР 4,8; 95% ДИ 2,8–8,0).

Выводы: Знание факторов-детерминант летального исхода у больных с НИ позволяет своевременно повысить уровень динамического наблюдения и мониторинга с тем, чтобы начать применение адекватной программы профилактики и «упреждающего» лечения развивающихся осложнений. У больных с тяжелыми НИ следует проводить эмпирическую антибактериальную терапию в де-эскалационном режиме.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Алиханов Х.А.¹, Алиханов Т.Х.², Косаченко В.В.³

¹ Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

² Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия

³ 7-й Центральный военный клинический авиационный госпиталь МО РФ, Москва, Россия.

Цель: изучить иммунный статус больных с гнойной хирургической инфекцией головы и шеи и влияние сочетанной иммунокоррекции, проводимой с помощью 2-х иммуностропных препаратов – иммуноглобулина человеческого нормального для внутривенного введения и полиоксидония, на иммунный статус и результаты комплексного лечения больных.

Материал и методы: обследовано 124 больных с гнойной хирургической инфекцией головы и шеи в возрасте от 16 до 86 лет. 24 больным основной группы проводилась иммунокоррекция одновременно 2 препаратами: иммуноглобулином человеческим нормальным для внутривенного введения и полиоксидонием. Изучали фагоцитоз, количество Т и В-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, реакцию бласттрансформации лимфоцитов на фитогемагглютинин и митоген лаконоса, уровень иммуноглобулинов G, M, A, а также уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

Результаты: у 104 из 124 обследованных пациентов обнаружены нарушения иммунного статуса. При анализе результатов лечения у всех 24 больных основной группы, которым проводилась комплексная терапия с включением 2-х иммунокорректоров, отмечалась положительная динамика иммунологических показателей в более ранние сроки по сравнению как с контрольной группой из 60 человек, не получавших иммунокорректоров так и получавших только один иммуностропный препарат. У больных основной группы повышение показателей иммунитета сопровождалось улучшением клинической картины заболевания. При этом быстрее очищались послеоперационные раны, появлялись сочные грануляции, в более ранние сроки наступала эпителизация.

Обсуждение: Улучшение результатов лечения больных с гнойной хирургической инфекцией головы и шеи является следствием потенцирующего влияния 2-х иммуностропных препаратов, действующих на различные звенья иммунной системы, активируя их.

Выводы: у больных с гнойной хирургической инфекцией головы и шеи отмечается ослабление иммунитета. Сочетанная иммунокорректирующая терапия оказывает положительное влияние как на показатели иммунитета, так и на клиническое течение заболевания.

МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РОЖИ

Дуванский В.А., Бисеров О.В.

ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Росздрава», Москва, Россия

Цель: оценить эффективность магнитолазерной терапии в комплексном лечении больных с осложненными формами рожи.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 105 больных с осложненными формами рожи. 23 (21,9%) пациентов были с флегмонозной формой рожи, 82 (78,1%) с флегмонозно-некротической. Из них 77 (73,3%) женщины и 28 (26,7%) мужчин. 58 больных

(55,2%) было до 60 лет, 47 (44,8%) старше 60 лет. Рецидив заболевания установлен при у 39 (37,1%) больных. В зависимости от применяемых методов лечения после хирургической обработки все больные были разделены на 2 группы. В 1 группе (55 больных) проводили традиционное лечение. Во 2-ой группе (50 больных) применяли сочетание магнитолазерной терапии и традиционного лечения. Использовали лазерный аппарат «Узор-2К» с магнитными насадками. Длина волны – 0,89 мкм, частота – 80 Гц, мощность импульса – 10 мВт, постоянное магнитное поле – 20 мТл, экспозиция – 128 сек. на одну зону. Терапевтическое воздействие осуществляли на область проекции крупных сосудов и лимфатических узлов (бедренной и подколенной артерий) с обеих сторон, на заднюю группу мышц голени с обеих сторон и на область раны в сканирующем режиме. Число сеансов – 10 сеансов.

Результаты: клинические исследования показали, что при лечении традиционным методом, средние сроки очищения раневой поверхности от гнойно-некротических масс составили $13,3 \pm 0,7$ суток, появление грануляций отмечено на $14,5 \pm 1,2$ сутки, а появление краевой эпителизации на $16,8 \pm 0,8$ сутки. При магнитолазерной терапии очищение ран наступало на $6,5 \pm 1,4$ сутки, появления грануляций на $7,2 \pm 0,6$ сутки, а краевой эпителизации на $8,4 \pm 0,3$ сутки. 57 (54,7%) больным было произведено пластическое закрытие раневой поверхности. Из них 41 (71,9%) свободным, расщепленным аутодермотрансплантатом, 16 (28,1%) больным были наложены вторичные швы.

Выводы: применение магнитолазерной терапии в комплексном лечении больных с осложненными формами рожи способствует быстрому очищению раневых дефектов, уменьшению отека и воспалительной инфильтрации, позволяет в 2 раза сократить сроки подготовки ран к пластическому закрытию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Еремин А.В., Оноприенко Г.А., Савицкая К.И., Волошин В.П., Зубиков В.С.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Анализирован опыт лечения 414 больных в возрасте от 15 до 72 лет с хроническим гнойным поражением костей различных сегментов конечностей, находившихся с 1989 по 2003 гг. на лечении в клинике ортопедии и травматологии МОНИКИ.

Хирургическое лечение хронического посттравматического остеомиелита было направлено на ликвидацию очага гнойно-некротического поражения, замещение остаточных полостей или образовавшихся дефектов с помощью спонгиозной аутокости, использованием спицестержневых аппаратов внешней фиксации и установлением системы аспирационно-промывного дренирования. Как правило, использовали тактику одноэтапного лечения, но в некоторых случаях операции проводились в два этапа.

При лечении несросшихся инфицированных переломов, чаще применяли щадящие методы и выполняли закрытый чрескостный остеосинтез в режиме межотломковой компрессии или встречно-боковой тяги. Используя репозиционные возможности аппаратов, достигали коррекции положения отломков с помощью «плавающего» кольца или путем взаимоперемещения опорных блоков, жестко фиксированных на каждом из отломков. Основным условием успешного осуществления чрескостного остеосинтеза являлась стабильная фиксация с помощью спиц, стержней или их комбинации с непременным созданием торцевого упора между отломками для обеспечения взаимодействия и проведения одномоментной и далее дозированной межотломковой компрессии. На костях голени, плечевой кости и костях предплечья применяли спицевые аппараты с кольцевыми опорами. Для фиксации отломков бедренной кости впервые использован стержневой аппарат «РАПФИС», корпусные детали которого выполнены из рентгенопрозрачного углепластика. Кроме того, применяли разработанный способ спицестержневой фиксации с использованием внешних опорных элементов аппарата Илизарова. При выявлении краевых дефектов в 168 случаях (40,6%), с целью предотвращения широкой резекции концов отломков и значительного укорочения конечности выполняли аутоспонгиопластику трансплантатами, взятыми из гребня подвздошной кости. Разработанный метод хирургического лечения больных с последствиями инфицированных повреждений костей конечностей позволил получить положительный результат с купированием воспалительного процесса и полным или частичным восстановлением функции конечности в 90,8% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Борисов И.В., Ушаков А.А.

С 1991 по 2004 годы на лечении находился 361 пациент с остеомиелитом длинных костей: с посттравматическим 313, с гематогенным 39, с контактным 9 больных. С целью попытки сохранения конечности поступило 85 (23,5%) пациентов. По принятой в Институте клинико-анатомической классификации остеомиелита больные были условно разделены на 4 группы. С медуллярным остеомиелитом было 56, с поверхностным – 17, с очаговым – 74, диффузным – 214 больных (234 сегмента). У 41 больного (11,4%) имелись гнойно-деструктивные остеоартриты крупных суставов (эпифизарный остеомиелит). У 78 (21,6%) больных при поступлении имелись проявления системной воспалительной реакции, у 6 (1,8%) – тяжелый сепсис.

В ходе хирургической обработки концевая или сегментарная резекции проведены в 159, секвестрнекрэктомия в 104, резекция сустава в 40, костно-пластическая трепанация с секвестрнекрэктомией в 36, кортикоэктомия в 17, резекция кости по типу «ладьевидного уплощения» в 3 случаях.

В результате хирургической обработки образовались обширные дефекты мягких тканей (площадь ран увеличилась еще на 30–40%) и костей конечностей (в том числе сегментарные костные дефекты от 1 до 25см в 194 случаев), что потребовало их пластического замещения. Для замещения дефектов мягких тканей использованы: пластика местными тканями в 264 (в том числе дермотензия в 37), лоскутная пластика в 21, аутодермопластика в 48 случаях.

Замещение костных полостей васкуляризованными лоскутами (преимущественно мышечными) проведено в 50, местными тканями с дренированием в 32 случаях. Пломбировка небольших костных полостей различными препаратами (гентацикол, коллапан) осуществлена в 9 случаях. Замещение сегментарных костных дефектов по Илизарову проведено в 125, костно-мышечным малоберцововым трансплантатом на микрососудистых анастомозах в 3 случаях.

Таким образом, в процессе лечения удалось купировать воспалительный процесс у 344 (95,3%) пациентов, исключая 8 больных с ампутациями. Заместить сегментарные костные дефекты и восстановить функцию конечностей удалось у 170 (86,3%) пациентов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ

*Гвоздик В.В.¹, Гвоздик Вл.В.², Амеличкин М.А.², Климов Н.П.²,
Балалыкин В.Д.³, Хабурзания А.К.², Еремеев С.Г.⁴, Муцуоров Х.С.⁵,
Малаханов С.Н.⁶, Лебедко А.М.², Балалыкин А.С.¹*

¹ ГИУВ МО РФ, Москва

² 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

³ ГKB №3, Краснодар

⁴ Тверская медицинская академия, Тверь

⁵ Государственный университет, Грозный

⁶ 1602 ОВКГ, Ростов-на-Дону

Цель исследования – улучшение результатов лечения гнойного холангита при холангиолитиазе путем внедрения чреспапиллярных эндоскопических операций (ЧПО).

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе результатов эндоскопической диагностики и лечения 240 больных холангиолитиазом в 1999–2005гг., среди которых 44 пациента (18%) страдали гнойным холангитом. У 40 (91%) больных с холангитом имелась клиническая картина желтухи, а у 4 (9%) – острого панкреатита. У 30 (68%) пациентов с гнойным холангитом имелся острый холецистит. В анамнезе операция холецистэктомия была у 9 больных (20%), у 6 (13,6%) – холедохолитотомия и у 4 (9%) – адекватная эндоскопическая папиллотомия (отсутствовал папиллярный сегмент терминального отдела холедоха). Анатомическая извитость и сужения сегментов терминального отдела холедоха (папиллярного, интрамурального и панкреатического) у этих больных способствовала фиксации крупных камней, создавая проблемы для чреспапиллярных операций и определяя ее

неудачи. У всех больных с гнойным холангитом имелись камни желчного протока, аденомы БДС – у 26 (59%), парапапиллярные дивертикулы – у 4 (9,1%).

При посеве желчи выявляли ассоциации анаэробных и аэробных микроорганизмов (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Bacteroides fragilis*, *Clostridium perfringens*).

Использовался весь арсенал эндоскопических чреспапиллярных вмешательств: ЭРПХГ, эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), назобилиарное дренирование (НБД), механическая экстракция камней (МЭК), механическая билиарная литотрипсия (МБЛТ) эндопротезирование (ЭП).

Результаты. Тактика лечения заключалась в неотложном эндоскопическом чреспапиллярном вмешательстве: ЭПТ, санации желчевыводящей системы от камней (МБЛТ, МЭК) и новообразований БДС и ее наружным и внутренним дренированием (НБД, ЭП). В послеоперационном периоде обязательным является контроль отделяемого по НБД и регулярное (каждые 2-3 часа) промывание желчных протоков антисептиками.

Неудачи ЧПО возникли у двух (4,6%) больных и заключались в невозможности устранения множественных камней и вклиненных в узкий сегмент терминального отдела холедоха и наружного дренирования желчного протока. Больные были оперированы лапаротомным доступом с положительным эффектом.

Умерло 3 больных (летальность 6,8%): двое больных – без дренирования гепатикохоледоха при первичном эндоскопическом вмешательстве и повторной обструкцией камнем терминального отдела холедоха с развитием холангиогенных абсцессов печени и одна больная – от почечно-печеночной недостаточности при полном объеме чреспапиллярных операций (ЧПО), у которой на секции гнойного холангита не выявлено.

Резюме. Эндоскопические чреспапиллярные операции являются методом выбора лечения гнойного холангита с сочетанием с холангиолитиазом при соблюдении следующих условий: использования активной тактики лечения, комплексного применения ЧПО с обязательным наружным дренированием желчного протока и адекватной санацией холедоха.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА

Зингеренко В.Б., Жолинский А. В., Шестопалов А.Е.

Кафедра хирургии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ,
г. Москва

Глубокие поражения системы метаболического гомеостаза и нарушения функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) возникающие в ответ на развитие перитонита играют ведущую роль в патогенезе критических состояний и формирования полиорганной недостаточности. В связи с этим большой научный и клинический интерес представляет определение эффективности новых технологий раннего энтерального питания в коррекции метаболических нарушений, полноценного обеспечения нутритивных потребностей организма и разрешении кишечной недостаточности как компонента интенсивной терапии критических состояний у больных перитонитом/абдоминальным сепсисом.

Рандомизированные исследования выполнены у 75 больных оперированных по поводу перитонита в экстренном порядке. Основными причинами перитонита были перфорация полых органов и острая кишечная непроходимость. Тяжесть перитонита по MPI 24,6±0,5 баллов. Тяжесть состояния больных по шкале Apache II – 16,7±0,7 баллов. Послеоперационная комплексная интенсивная терапия включала инфузионную терапию (ИТ) и полное парентеральное питание (ППП). Объем ИТ в 1-е сутки составил 36–45 мл/кг/24час, ППП – 21–28 мл/кг/24час (1800–2400 ккал/сут). С 3-4 суток по мере восстановления функций ЖКТ начинали ЭП объемом 7,2–14,3 мл/кг/24час (520–1010 ккал/сут), уменьшали объем ИТ до 12–21 мл/кг/24час и увеличивали ПП 26–35 мл/кг/24час (2400–3000 ккал/сут). С 5-6 суток по мере восстановления функций ЖКТ переходили на полное ЭП.

Для декомпрессии и кишечного лаважа использовали полифункциональный зонд ЗКС 21. В качестве лаважных сред применяли глюкозо-солевой раствор с добавлением гепатоэнтеропротектора (высокое содержание глутамина, аминокислот с разветвленной цепью) и пробиотика (пектин). По данным тестовых исследований состояния переваривания и всасывания, поэтапно переходили к внутрикишечному введению глюкозо-солевого раствора, а затем смесей энтерального питания «Нутриэн Элементаль», «Нутриэн Стандарт»

нарастающего калоража и нутритивной ценности. В случае развития органной недостаточности стандартные смеси заменяли специальными («Нутриэн Нефро», «Нутриэн Гепа»). Выбор данных смесей основан на результатах клинического анализа основных характеристик смесей энтерального питания с учетом особых требований периода интенсивной терапии и органной недостаточности. Со 2-3 суток внутрикишечно вводили до 1000 мл/24 час. смеси (1000 ккал). Внутрикишечные инфузии и раннее энтеральное питание позволяли в среднем в 1, 5-2 раза снизить объем инфузии жидкости и сред парентерального питания. В 53% случаев переход на полное энтеральное питание сбалансированными смесями (Нутриэн Стандарт) – 2000 – 3000 мл/24 час (1 мл-1ккал) осуществляли на 4-5 сутки.

Анализ результатов клинических, биохимических и иммунологических исследований выявил положительную динамику в разрешении метаболических нарушений. Общий белок плазмы крови в течение 5-7 суток достигал 64–71 г/л. При этом структура нарушений показателей белкового обмена в виде первоначальной диспротеинемии сменялась их нормализацией за счет повышения альбуминовой фракции. Азотистый баланс на 4-5 сутки становился положительным (3-5 г). Улучшение показателей белкового обмена происходило за счет снижения потерь общего азота, мочевины, креатинина и аминного азота с мочой. К 6-7 суткам истинный расход энергии не превышал 40 ккал/кг/24 час.

В целом проведенные исследования свидетельствуют, что раннее включение энтеральной коррекции и питания, фармаконутриентов, прокинетики в комплекс интенсивной терапии критических состояний способствует разрешению синдрома кишечной недостаточности, гиперметаболизма, полиорганной недостаточности; обеспечивает полноценную нутритивную поддержку организма больных с общим перитонитом/абдоминальным сепсисом; позволяет увеличить количество благоприятных исходов.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сон Д.А., Романенко К.В., Миронов А.В., Петухов В.А.

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, г. Москва

Синдром кишечной недостаточности (СКН) развивается при большинстве острых хирургических заболеваниях брюшной полости и является ключевым звеном патогенеза абдоминального сепсиса – системной генерализованной воспалительной реакцией организма, вызванной деструкцией органов или транслокацией бактерий и токсинов из кишечника.

В настоящее время, несмотря на активную хирургическую тактику и разнообразие высокотехнологичных методов детоксикационного лечения в ургентной абдоминальной хирургии отмечается достаточно высокая летальность при перитоните, панкреонекрозе, кишечной непроходимости, сопровождающаяся абдоминальным сепсисом и энтеральной недостаточностью, что заставляет искать дополнительные эффективные методы в комплексном лечении столь грозных заболеваний.

В клинике факультетской хирургии им. С.И. Спасокукоцкого за двухлетний период находился на лечение 145 пациентов, оперированные с различными ургентными заболеваниями по экстренным показаниям с синдромом кишечной недостаточности. Всех больным выполнялась назоинтестинальная интубация зондом Миллера-Эбота. Основная группа составила 92 человека, контрольная 53 пациента. Больным основной группы комплексное лечение было дополнено энтеросорбцией препаратом ФИШант-С. Лечебно-диагностическая тактика пациентов обеих групп была дополнена лабораторным мониторингом эндотоксемии (определялось содержание эндотоксина в плазме крови, зондовом содержимом и выпоте брюшной полости) и электрогастроэнтерографией. При анализе результатов установлено, что определяется корреляционная зависимость между концентрацией эндотоксина и тяжестью состояния больного. Сравнительный анализ групп показал, что уровень эндотоксина плазмы крови к концу 1 суток в среднем снизился в 3 раза, тогда как у пациентов контрольной группы только во 1,07 раза. В выпоте из брюшной полости снижение эндотоксемии произошло в 2,4 раза, в контрольной группе лишь в 1,1 раза, в зондовом содержимом в 6,4 раза, тогда как у пациентов которым не производилась энтеросорбция в 1,3 раза, что свидетельствует о более эффективной детоксикации, имеющей безусловно важное значение. Компьютерный анализ результатов электрогастроэнтерографии свидетельствует о более раннем восста-

новление эвакуаторно-моторных функций кишечника у пациентов после энтеросорбции. Следует так же отметить, что кишечная перистальтика восстанавливалась в более ранние сроки и без фармакологической стимуляции в отличие от больных которым энтеросорбция препаратом ФИШант-С не производилась.

Выводы:

1. Применение энтеросорбента ФИШант-С позволяет в первые сутки значительно уменьшить эндотоксимию и является эффективным дополнительным методом детоксикации.

2. Энтеросорбция препаратом ФИШант-С в более ранние сроки позволяет восстановить кишечную перистальтику, что достаточно важно для практического здравоохранения.

3. Метод энтеросорбции отечественным энтеросорбентом ФИШант-С должен шире использоваться в клинической практике.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Белоцерковский Б.З.^{1,2}, Гельфанд Е.Б.¹, Попов Т.В.^{1,2},
Карабак В.И.¹, Проценко Д.Н.^{1,3}, Чурадзе Б.Т.⁴, Гельфанд Б.Р.¹*

¹ РГМУ

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

³ ГКБ №7

⁴ ГКБ №31, г. Москва

Цель: Изучение частоты развития и нозологической структуры нозокомиальных инфекций (НИ) у больных отделения интенсивной терапии (ОИТ) хирургического профиля, а также определение влияния НИ на продолжительность лечения пациентов в ОИТ и летальность.

Материалы и методы: Материалом исследования являются результаты проспективного динамического наблюдения и обследования 1389 больных, госпитализированных в ОРИТ хирургического корпуса ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова за период с июля 2002 г. по декабрь 2004 г., срок пребывания которых в ОРИТ превышал 48 часов.

Результаты и их обсуждение: НИ различной локализации и степени тяжести выявлены у 150 больных. У 66 пациентов имелся более чем один очаг НИ. Первое место в структуре нозокомиальных инфекционных осложнений занимала нозокомиальная пневмония (49,2%), которая в 73,3% случаев развивалась во время проведения ИВЛ. Второе место принадлежит интраабдоминальным инфекционным осложнениям (27,9%), которые были представлены послеоперационными вторичными перитонитами, межкишечными абсцессами, различными формами гнойных осложнений панкреонекроза и др. Послеоперационные раневые осложнения встречались в 11,5% случаев всех инфекционных осложнений. Реже наблюдали развитие ангиогенных инфекций (5,7%) и нозокомиальных инфекций мочевыводящих путей (3,7%). Инфекционные осложнения значительно увеличивают продолжительность лечения больных в ОРИТ ($15,02 \pm 12,52$ сут., для пациентов с нозокомиальными инфекциями, по сравнению с $4,09 \pm 2,97$ сут., для пациентов без инфекционных осложнений, $p < 0,001$). Возникновение инфекционных осложнений существенно повышает летальность больных: у больных без инфекционных осложнений она составила – 7,2%, при развитии нозокомиальных инфекций – 46%.

Выводы: Частота НИ у больных в ОИТ хирургического профиля составляет 10,8%. Наиболее частыми нозологическими формами инфекционных осложнений являются нозокомиальная пневмония, интраабдоминальные инфекционные осложнения и инфекции мягких тканей. НИ существенно повышают летальность, время пребывания пациентов в ОИТ и расходы на лечение и являются серьезной медицинской и социально-экономической проблемой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДРЕНИРОВАНИЯ И ПРОТОЧНОГО ПРОМЫВАНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН И ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Тенчури́н Р.Ш., Чернов В.Н., Таранов И.И., Тенчури́н Ш.А.

Ростовский государственный медицинский институт, г. Ростов-на-Дону.

Цель: улучшить результаты лечения больных с гнойными осложнениями забрюшинного пространства при панкреонекрозах.

Материал и методы: у 28 больных с панкреонекрозом применено дренирование и проточное промывание забрюшинных флегмон и гнойных затеков. Для их осуществления создавали дренажный канал из большого сальника между забрюшинным пространством и лапаротомной раной. Во время операции в центральной части большого сальника делали окно размером 4×6 см. Края этого окна подшивали к брюшине в области нижнего полюса флегмоны или гнойного затека, а свободные края большого сальника сшивали с лапаротомной раной. Внутри окна иссекали подшитую брюшину и таким образом образовывался дренажный канал. По нему в забрюшинное пространство вводили 4 дренажные трубки диаметром 2 см и ватно-марлевые тампоны. К головке, телу и хвосту поджелудочной железы подводили трубки диаметром 0,8–1,0 см для введения антисептических растворов в забрюшинное пространство. Первые 2 суток после операции осуществляли промывание зоны поджелудочной железы и забрюшинного пространства 0,02% водным раствором хлоргексидина 2 раза в сутки в количестве 200–300мл на один сеанс. С третьих суток настраивали постоянное проточное промывание тем же раствором в количестве 2,0–2,5 л в сутки и продолжали его до полного отхождения секвестров поджелудочной и забрюшинной клетчатки (1,0–1,5 месяца). После этого производили однократные промывания через все дренажные трубки во время перевязок ран, так как сообщение между верхними и нижними дренажными трубками нарушалось из-за процесса заживления в забрюшинной клетчатке. По прекращению выделения гноя выполняли фистулографию и дренажные трубки извлекали.

Результаты: дренирование и проточное промывание забрюшинных флегмон и гнойных затеков резко снижало эндогенную интоксикацию, приводило к восстановлению перистальтики кишечника на 3-4 день после операции, в 2 раза снизило число послеоперационных осложнений и летальность: умерло всего 2 чел.

Заключение: дренирование и проточное промывание забрюшинных флегмон и гнойных затеков при панкреонекрозе по разработанному методу позволяет улучшить результаты лечения данного контингента больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕПРЯМОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Крайнюков П.Е.¹, Щербатых А.В.²

¹ Военный госпиталь соединения РВ СН, Иркутск, Россия

² Иркутский Государственный Медицинский Университет, кафедра факультетской хирургии, Иркутск, Россия.

В нашей стране по поводу травм и гнойно-воспалительных заболеваний пальцев ежегодно обращаются в медицинские учреждения до 1% населения, а в структуре гнойных заболеваний, потребовавших хирургического лечения в поликлинике, различные виды панариция составляют до 46% (Коньчев А.В., 2002).

В госпитале соединения пролечилось 557 военнослужащих по поводу различных форм панарициев. Из них поверхностные панариции составили 449 (80,6±1,64 %) от общего числа наблюдений, а глубокие формы – 108 (19,4±1,64 %).

В течение 2-х суток от момента начала заболевания обратились 155 (27,8±1,86 %) больных. Основная масса поступила в госпиталь соединения в период от 2 до 4 суток от начала заболевания – 228 (40,9±2,04 %). В период от 4 до 6 суток доставлены 69 (12,5±1,37 %); более 6 суток находились на догоспитальном этапе 105 (18,8±1,62 %) больных. 174 (31,2±1,93%) заболевших госпитализированы в хирургическое отделение и получили полноценное лечение только спустя 4 суток.

Причиной заболевания явились микротравма в 122 (21,9±1,72%), причём в четверти случаев 140 (25,1±1,80%) укол швейной иглой при подшивании подворотничка. Различные травмы пальцев 101 (18,1±1,60%). В 194 (34,8±1,98%) случае причину заболевания установить не удалось.

Правая кисть была поражена в 325 (58,3±2,05%); левая 232 (41,7±2,05%) наблюдения. Чаще всего страдали первые пальцы кистей 185 (33,2±1,96%); второй 146 (26,2±1,83%); третий 138 (24,8±1,79%). Реже всего поражались четвёртый и пятый палец 65 (11,7±1,33%) и 23 (4,1±0,82%) случаев соответственно. Ногтевая фаланга была поражена в 460 (82,6±1,57%), средняя 56 (10,1±1,25%), основная фаланга в 41 (7,3±1,08%) наблюдений.

В контрольной группе ($n = 322$) антибактериальная терапия проводилась традиционными способами. В основной группе ($n = 188$) она дополнялась непрямой лимфотропной терапией, которая заключалась в введении 60–80 мг гентамицина сульфата один раз в сутки во время выполнения перевязки в первый межпальцевый промежуток поражённой кисти после введения 30 единиц лидазы на 1,0 мл 0,5% раствора новокаина.

Срок лечения пациентов в основной группе составил: поверхностные формы 9,2±0,63, глубокие 18,2±1,33 суток, в контрольной группе 11,9±0,98 и 23,4±2,11 суток соответственно.

В основной группе отмечалось более раннее, чем в контрольной, прекращение гнойного течения и появление грануляций, что подтверждалось динамическим цитологическим исследованием.

Таким образом, результаты лечения позволяют определить высокую клиническую эффективность непрямой лимфотропной терапии в комплексном лечении гнойных заболеваний пальцев кисти, которая в сравнении с традиционными способами введения лекарственных препаратов позволяет почти в 2 раза уменьшить потребность в лекарственных средствах и значительно сократить непроизводительные затраты труда медицинского персонала.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛА НОСА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Черныш А.В.¹, Пономаренко Г.Н.¹, Волотов П.Н.², Волотов Н.Н.³

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² 1273 военный госпиталь МВО, г. Наро-Фоминск Московской области

³ 416 ЛАМ 4 ЦБП и ПЛС ВВС, г. Липецк.

В настоящее время во всём мире огромное внимание уделяется повышению, как качества лечения, так и его экономической эффективности. Увеличение расходов на лечение без чёткой схемы оптимизации выбора лекарственных препаратов, а также применения тех или иных видов лечения и вмешательств неэффективно. В 1992 году впервые были опубликованы основные положения концепции «доказательной медицины». Она основывается на необходимости осуществлять выбор стратегии лечения с учётом исследований, включающих анализ его стоимости. Данная проблематика актуальна и для военной медицины, особенно в связи с недостатком финансирования.

Исследование посвящено выбору стратегии лечения такого, казалось бы, банального заболевания, как фурункул носа с позиций доказательной медицины. Способность к неограниченному распространению воспаления вследствие особенностей венозной системы лица, вероятность быстрого развития грозных внутричерепных и внутриорбитальных осложнений, септического состояния делают фурункул носа очень опасным заболеванием.

Цель исследования: изучить экономическую эффективность применения воздушно-плазменных потоков в лечении больных с фурункулом носа.

Материалы и методы. Для оценки эффективности применяемого метода лечения все пациенты ($n=62$) были распределены на три группы. Больные поступали в стационар на 3–5 сутки заболевания с выраженными явлениями воспаления. В течение первых суток лечения фурункул носа вскрывали. У пациентов группы наблюдения ($n=22$) полость фурункула ежедневно в течение 5 дней по 2 минуты (либо до появления неприятных ощущений) обрабатывали воздушно-плазменным потоком, генерируемым аппаратом «ПЛАЗОН», а затем дренировали. Послеоперационное лечение включало двухкомпонентную антибактериаль-

ную терапию (амоксциллин + метрогил), инфузионную и десенсибилизирующую терапию, местное лечение, ФТЛ. Пациенты группы сравнения ($n=21$) получали обычное послеоперационное лечение и ежедневные перевязки с гидрофильными мазями. В третьей группе ($n=19$) изучался плацебо-эффект. Полость фурункула ежедневно в течение 5 дней по 2 минуты обрабатывали потоком медицинского кислорода, а затем дренировали. Лечение больных вели так же, как и в первой группе.

Экономический эффект от применяемого метода лечения рассчитывали в соответствии со стандартами лечения, разработанными в 1273 военном госпитале МВО, используя при расчётах бухгалтерские данные о стоимости препаратов и перевязочных средств.

Расчет общей стоимости лечения больного складывался из следующих показателей:

– стоимость одного базового койко-дня (амортизация помещений, заработная плата, расходы на оплату коммунальных услуг и т. д.) – 514 руб.

– стоимость расходуемых медикаментов и перевязочных материалов на один койко-день (в среднем) – 69 руб.

– стоимость комплекса лабораторных и функциональных исследований (за весь период лечения в целом) – 670 руб.

– стоимость оперативного вмешательства – 500 руб.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности лечения использовали клинические и лабораторные критерии. Клиническое выздоровление отмечено у всех пациентов. Развития внутричерепных и внутриорбитальных осложнений в группах отмечено не было. Средние сроки лечения (стоимость лечения) составили: в группе наблюдения – 5,6 суток (4435 рублей), в группе сравнения – 8,4 суток (6067 рублей), в плацебо-группе – 8,0 суток (5834 рубля).

Таким образом, положительный экономический эффект от применения воздушно-плазменных потоков в лечении больных с фурункулом носа составил, в среднем, 1632 рубля (16,9%), $p<0,05$. Статистически достоверных различий данных показателей в группе сравнения и плацебо-группе не выявлено.

Вывод: включение в лечение больных с фурункулом носа местного воздействия воздушно-плазменными потоками экономически оправдано за счёт достоверного значимого сокращения сроков и стоимости лечения.