

ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОЙ
АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ

ПРЕЗИДЕНТ РАСХИ
И ПРЕДСЕДАТЕЛЬ
РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА
ЖУРНАЛА
академик РАН и РАМН
В.С. Савельев



РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ

Журнал входит в перечень
рецензируемых изданий,
рекомендованных ВАК
для опубликования основных
научных результатов диссертаций
на соискание ученой степени
доктора и кандидата наук
(индекс в общероссийском
каталоге 29099)

www.sia-r.ru

инфекции в хирургии

Том 6 Приложение 1 2008

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главные редакторы:

И.А. Ерюхин

Б.Р. Гельфанд

Заместители главных редакторов:

Н.А. Ефименко, М.Д. Дибиров, С.А. Шляпников

М.С. Алексеев

С.Ф. Багненко

А.В. Бутров

С.Ю. Голубев (ответственный секретарь)

Е.Г. Григорьев

М.Д. Дибиров

Е.А. Евдокимов

А.А. Еременко

И.И. Затевахин

Р.С. Козлов

А.Л. Левит

Е.Б. Мазо

О.Д. Мишнев

В.А. Руднов

А.В. Сажин

А.И. Салтанов

Д.Н. Проценко (ответственный секретарь)

Л.Е. Цыпин

А.Е. Шестопалов

А.М. Шулутко

С.В. Яковлев

М.Б. Ярустовский

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ю.А. Амиррасланов (Москва)

В.Г. Абашин (Санкт-Петербург)

К.А. Апарцин (Иркутск)

А.Г. Бебуришвили (Волгоград)

Н.В. Белобородова (Москва)

В.Б. Белобородов (Москва)

Rinaldo Bellomo (Австралия)

Л.И. Винницкий (Москва)

В.М. Волжанин (Санкт-Петербург)

Е.К. Гуманенко (Санкт-Петербург)

А.А. Звягин (Москва)

А.Б. Земляной (Москва)

Л.П. Зуева (Санкт-Петербург)

Н.Н. Климко (Санкт-Петербург)

О.Б. Лоран (Москва)

Ю.С. Полушин (Санкт-Петербург)

В.П. Сажин (Рязань)

С.В. Свиридов (Москва)

Я.Н. Шойхет (Барнаул)

А.И. Ярошецкий (Москва)

СОДЕРЖАНИЕ

1. Абдуллаев Э.Г., Смирнов Д.А., Любимов Е.Н. ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	7
2. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ	7
3. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш. ПРИНЦИПЫ АКТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ И ВЫВИХОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ	8
4. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Чернобровец С.В. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОЛЛАПАН» В ХИРУРГИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ	10
5. Амирасланов Ю.А., Борисов И.В., Ушаков А.А. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ	10
6. Амирасланов Ю.А., Борисов И.В., Ушаков А.А. ПЛАСТИКА КОСТНЫХ И МЯГКОТКАНЫХ ДЕФЕКТОВ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ЛОССУТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ	11
7. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Гвоздик Вл.В., Саввин В.Ю., Балалыкин В.Д., Амеличкин М.А., Балалыкин Д.А., Мунуров Х.С., Макушин А.А., Шнак Е.Г., Свергуненко С.С. «МОЛНИЕНОСНЫЙ» ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	12
8. Белый Ю.А., Терещенко А.В., Плахотний М.А. ИНТРАВИТРЕАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	12
9. Белый Ю.А., Терещенко А.В., Плахотний М.А. ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>IN VITRO</i>	13
10. Бобкова М.М., Семочкин С.В., Антипова Л.А., Куликова С.С., Румянцев А.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ АГРЕССИВНЫХ В-КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ	13
11. Богомягкова Т.М., Галимзянов Ф.В. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРЕТИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ	14
12. Бриккин Б.С., Лебедев В.В., Прошин А.В., Якобишвили Я.И. СПЕЦИФИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	15
13. Васильев М.А., Пичугин А.А., Денисенко В.В., Сычев М.А., Офицеров А.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКИ КОЖИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ	16
14. Васильченко А.А., Мусабеков А.Т., Шоманова Т.К., Байдилова Г.К. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ МОНОТЕРАПИЯ КАРБАПЕНЕМОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	17
15. Воротников Ю.А., Грицкевич М.В. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТОПЫ	17
16. Газин И.К., Истомин Н.П. ОЗОНИРОВАННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	18
17. Галимзянов Ф.В., Шаповалова О.П., Богомягкова Т.М. ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	19
18. Гвоздик В.В., Гвоздик Вл.В., Саввин В.Ю., Балалыкин В.Д., Амеличкин М.А., Балалыкин Д.А., Мунуров Х.С., Макушин А.А., Шнак Е.Г., Свергуненко С.С. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ	19
19. Городецкий Е.Б., Левчик Е.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	20
20. Горюнов С.В. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РАН	21

21. Трачева Т.В., Левчик Е.Ю. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС) В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	21
22. Григорьев Е.В., Разумов А.С., Вавин Г.В. БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ НЕЙРОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	22
23. Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., Петров А.Н., Рудь А.А. СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМ	23
24. Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., Рудь А.А., Никифоренко А.Н. СТРУКТУРА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМАМИ	23
25. Дибиров М.Д., Гаджикурадов Р.У., Исхаков П.И., Терещенко С.А. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	24
26. Дизенгоф И.М., Лазуткина Л.И., Смирнов Г.Г. ГНОЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	25
27. Дизенгоф И.М., Лазуткина Л.И., Смирнов Г.Г. ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ	25
28. Дуванский В.А., Азизов Г.А., Диагнице Н.С. ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	26
29. Ефименко Н.А., Зеленский А.А., Казаков С.П. РАСТВОРИМАЯ ФОРМА Е-СЕЛЕКТИНА КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ РАННИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА	26
30. Жинко Ю.Н., Лейзер Е.К., Логоватовский О.В. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С УЗ-ДЕСТРУКЦИЕЙ КОРНЯ НОГТЕ ПРИ ВРОСШЕМ НОГТЕ	27
31. Жуков А.О., Амирасланов Ю.А., Божьева Е.И., Федотов С.В., Жданова А.Б. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ И КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ГОЛЕНОЙ, ЯГОДИЦ И БЕДЕР ПОЛИАКРИЛАМИДНЫМ ГЕЛЕМ	27
32. Заварухин В.А., Галеев М.А., Дорофеев В.Д., Кононов В.С., Гвоздик Т.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА	28
33. Заягин А.А., Демилова В.С., Родионова С.С., Симоненков А.П. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ	28
34. Земляной А.Б., Кисляков В.А., Юсупов И.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	29
35. Игнатенко О.В., Проценко Д.Н., Нехаев И.В., Ярошенко А.И., Магомедов Р.М., Гельфанд Б.Р. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ ИВЛ НА РАЗВИТИЕ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ	30
36. Игнатенко О.В., Проценко Д.Н., Ярошенко А.И., Магомедов Р.М., Гельфанд Б.Р. РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЛЯЛЬНОЙ ИВЛ В РАЗВИТИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ	31
37. Карпун Н.А., Мороз В.В., Хорошилов С.Е., Рыбин П.Н., Афонин А.И., Колесник А.В., Зырянов В.А. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СЕПСИСА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	31
38. Кисленко А.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ПРОВОДИМОСТИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	32
39. Колесников В.В. ГЕПАРИНОПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОГЕМОРРAGICЕСКИХ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМЫ	32
40. Колесников В.В., Соловьев А.В., Рыжов А.В. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА	33
41. Кордатьев А.Н., Назаров Р.В. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	33
42. Коршунов В.Ф., Видасова Е.В. АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ЛАДЬЕВИДНОЙ И ПОЛУЛУННОЙ КОСТЕЙ КИСТИ: ЭФФЕКТ ОТ ЛЕЧЕНИЯ В ДИСТРАКЦИОННОМ АППАРАТЕ	34
43. Костюшев С., Слабука А., Слюстин С., Топильский В., Оксем В. ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	35

44.	Костюшев С., Слабука А., Слости С., Топильский В., Оксем В. ПЛАЗМЕННЫЕ ПОТОКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	36
45.	Кочергаев О.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ	36
46.	Кочергаев О.В., Давыдов А.В., Карпухин В.А. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ	37
47.	Кочергаев О.В., Давыдов А.В., Карпухин В.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УШИБА СЕРДЦА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ.....	37
48.	Кочергаев О.В., Копалин А.А., Плещаков И.В., Дразнин В.И., Карпухин В.А. РАЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ РАНЕНИЯМИ ТОНКОЙ И СИГМОВИДНОЙ КИШОК, ОБЩЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ.....	38
49.	Крайнюков П.Е., Козлов А.Н., Корюкина И.В. ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ	38
50.	Кузнецова А.Н., Милюков В.Е. ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	39
51.	Левчик Е.Ю., Лейдерман И.Н., Воробьев С.А. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ КОМПЕНСАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ	40
52.	Лепехова С.А., Апарчин К.А., Прокопьев М.В. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ АСПЛЕНИЗАЦИИ	40
53.	Лешкова В. Е., Лутфарахманов И.И. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ СОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.....	41
54.	Липин А.Н., Белевитин А.Б., Срабионов В.О. ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВАН-АКЕРА/ПИТЕРА В ОЦЕНКЕ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	41
55.	Липин А.Н., Белевитин А.Б., Срабионов В.О. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАН У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ГАНГРЕНАМИ	42
56.	Макаров А.И. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	43
57.	Малина В.Н., Жуков А.О., Аскеров Н.Г., Махулаева А.М., Курушкина Н.А. СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ И ВЕН У БОЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНЕЙ.....	43
58.	Махулаева А.М., Баткаев Э.А., Жуков А.О., Аскеров Н.Г. ДИАГНОСТИКА МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНИ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ВАРИКОЗНОЙ ЭКЗЕМОЙ	44
59.	Милюков В.Е., Кисленко А.М. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ПРОВОДИМОСТИ КРОВИ	45
60.	Милюков В.Е., Оксем В.Н. ДИАГНОСТИКА НО-ЗАВИСИМОЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	45
61.	Милюков В.Е., Телепанов Д.Н. О ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ.....	46
62.	Минаков О.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОКАЛЬНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	47
63.	Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М., Цыбульская И.А. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	47
64.	Новосельцев А.В., Чумаков П.А., Семенюк А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	48
65.	Нурахметов Т.М., Милюков В.Е. ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНеспособности ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	48
66.	Олейников П.Н., Александров К.Р., Яковлев С.И., Безруков В.К., Шокиров Ф.Т., Умаров Ю.У. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ	49

67.	Олейников П.Н., Михайлова Г.С., Скрипин А.В., Круткова И.С., Турлаева М.А. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ	50
68.	Орлова О.А., Чистова А.В., ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРУС-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	51
69.	Пасько В.Г., Лысенко М.В., Шестопалов А.Е., Руденко М.И. ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ	52
70.	Шауткин Ю.Ф., Хохлова М.А., Берёзко М.П. МАЛЫЕ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	52
71.	Пашай Д.И. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	53
72.	Пичхадзе Р.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Цискарадзе А.В., Доржнев Ч.С., Данелия Л.М., Пичхадзе Е.И., Рекваба Г.Р., Мацакви А.М., Шулапов Б.Н. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА	53
73.	Пичхадзе Р.М., Цискарадзе А.В., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Доржнев Ч.С., Пичхадзе Е.И., Давелия Л.М., Рекваба Г.Р., Шулапов Б.Н. РОЛЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	54
74.	Полушкин С.В., Милюков В.Е. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОН ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВЫБОРА УРОВНЯ АМПУТАЦИИ И ОБЪЕМА НЕКРЭКТОМИИ	54
75.	Потемкин А.В., Рыжков И.Л. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЛУБОКИХ ФЛЕГМОНОВ ТАЗА И ПРОМЕЖНОСТИ	55
76.	Пятаков С.И., Славинский В.Г., Федосов С.Р. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ В СОЧЕТАНИИ С ТРАХЕОСТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ	56
77.	Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Маторин О.В., Полиakov А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Батухтина Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	56
78.	Рогачев В.И., Кумахов В.Т., Ежов А.Ю., Конейкин А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИДРАДЕНИТА	57
79.	Рогачев В.И., Кумахов В.Т., Песков О.Д., Конейкин А.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ БСМП	57
80.	Руль А.А., Резванцев М.В., Коваленко Р.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ	58
81.	Рутенбург Д.Г., Конычев А.В., Кокорев О.В. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	59
82.	Саенко А.Ф., Михайлов А.П., Данилов А.М., Дейнега И.В. ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ	59
83.	Сафонова Н.Н., Полов А.Н., Лейзеров Л.В. СНИЖЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ	60
84.	Сафонова Н.Н., Рахманов М.Ю., Кутубутадзе В.В. ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ РАСТВОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА	60
85.	Тараканова О.Е., Мухин А.С., Волошин В.Н., Кудымкин М.И. ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ НА ЧАСТОТУ «ВЫСОКИХ» АМПУТАЦИЙ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	61
86.	Таранникова Е.А., Шаповалова Н.В. ВЛИЯНИЕ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛОВ НА ПОСТШКОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	62

87. Таранникова Е.А., Шаповалова Н.В. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	62
88. Тарасов С.Л., Воронихин А.Е., Воронихин И.В., Губер О.В., Замерова Л.Н., Тарасова М.С. ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА.....	63
89. Тарасов С.Л., Замерова Л.Н., Тарасова М.С. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....	64
90. Тетюшкин С.Н. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ АРТРИТАМИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.....	66
91. Тетюшкин С.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНДАКТИЛИТА	66
92. Титов И.С., Агауллаханов Р.И., Аи В.К., Евсюков О.А. ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ	67
93. Титов И.С., Агауллаханов Р.И., Мазус А.И., Грудев Б.М., Евсюков О.А., Шарова О.А. ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	68
94. Триандafilov K.G. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОЙ ПЛАНТАРНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ СДС	69
95. Фадеев С.Б., Перунова Н.Б., Янова С.В. СПОСОБ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ФОРМИРОВАТЬ БИОПЛЕНКИ.....	69
96. Фадеев С.Б., Перунова Н.Б., Янова С.В. СУТОЧНЫЕ РИТМЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ОКСАЦИЛЛИНУ СТАФИЛОКОККОВ – ВОЗБУДИТЕЛЕЙ АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	70
97. Фомин С.А. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА	70
98. Хворостов Е.Д., Морозов С.А., Захарченко Ю.Б. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ КОСТНОМ ПАНАРИИЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И СТОПЫ.....	71
99. Хрипун А.И., Шурыгин С.Н., Бражникова Е.В., Пряминков А.Д. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ	72
100. Чернышев О.Б., Демьянов А.В., Бубнова Н.А., Симбирцев А.С. РОЛЬ ИММУНОТЕРАПИИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	72
101. Шкрадек А.В. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ.....	73
102. Штильман М.Ю., Чумбуридзе И.П., Явруки О.А. ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРЛЯКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ ФЛЕГМОНОЙ СТОПЫ	74
103. Шулутко А.М., Османов Э.Г., Новикова И.В., Гогохия Т.Р. ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ СТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭРИТЕМАТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ РОЖЕЙ	74
103. Митрохин А. А. ГБО В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	75

ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Абдуллаев Э.Г., Смирнов Д.А., Любимов Е.Н.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир

Цель: оценить клиническую значимость (влияние на сокращение всех этапов раневого процесса и сроки пребывания в стационаре) применения современных перевязочных средств в сравнении с традиционным перевязочным материалом.

Материалы и методы: в основную группу были включены 96 больных сахарным диабетом преимущественно 2 типа, пролеченных в отделении гнойной хирургии за 2006-2007 гг., все пациенты имели возраст до 65 лет – эта группа наиболее социально значимых трудоспособных пациентов. В контрольную группу вошли 80 пациентов больных сахарным диабетом также преимущественно 2 типа, пролеченных за предшествующие 2004-2005 гг. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, типу, длительности и компенсации диабета. В местном лечении основной группы (как после оперативного лечения, так и как самостоятельный метод лечения) применялись современные атравматичные перевязочные средства фирмы «Paul Hartmann», в контрольной – традиционные перевязочные материалы из марли. Обе группы были одинаково обследованы и получали комплексное консервативное лечение соответствующих форм диабетической стопы в равной мере.

Результаты: в основной группе у всех пациентов отмечалось существенное (примерно в 1,5 раза) сокращение всех фаз раневого процесса, при этом фаза воспаления сокращалась в среднем до 7 дней, вместо 8-12 в контрольной группе; фаза грануляции – до 17-22 дней, вместо 30-42 дней; фаза эпителизации – в среднем 28 дней, тогда как в контрольной группе этот процесс протекал свыше 40 суток. Полное заживление раны в основной группе наблюдалось в среднем за 50 суток, тогда как в контрольной группе – более 2,5-3 месяцев.

Выводы: применение современных атравматичных перевязочных материалов на всех этапах раневого процесса позволяет сократить койко-день в стационаре за счет более быстрого заживления раны, что в свою очередь ведет к более скорой социальной реабилитации пациентов с синдромом диабетической стопы.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Алексеев М.С., Гармаев А.Ш.

Кафедра общей хирургии п/ф ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, ГКБ № 4, г. Москва

Несмотря на широкое применение пластических методов закрытия раневых дефектов в травматологической и ортопедической практике, их использование в гнойной хирургии довольно ограничено. В то же время проблема закрытия дефектов тканей на пальцах и кисти встает перед гнойными хирургами постоянно, так как раны, образовавшиеся после травмы или вследствие гнойного процесса, из-за обширности и (или) глубины поражения либо не могут закрыться без дополнительных вмешательств и в дальнейшем приведут к потере органа, либо могут быть доведены до заживления, но со значительными деформациями или явным ущербом для кисти.

В нашей клинике с 1997 по март 2007 г. в процессе хирургического лечения восстановительные вмешательства выполнены 498 пациентам. Из них кожная пластика выполнена 461 больному (92,6%). Кроме того, костная пластика выполнена 22 (4,3%), а кожно-костная реконструкция – 15 (3,1%). Возраст больных варьировал от 15 до 72 лет. Мужчин было 267 (53,6%), женщин – 231 (46,4%).

На наш взгляд, показаниями к пластическому закрытию раневого(-ых) дефекта (-ов) являются следующие состояния:

- наличие дефекта торцовой поверхности фаланг;
- образование раневого дефекта на любой фаланге протяженностью более 1,5 см и в ширину свыше 1/4 окружности фаланги;
- вынужденное (в результате некрэктомии) оставление открытymi жизнеспособных сухожилий, суставов, костей;
- значительный диастаз между костными фрагментами после секвестрэктомии;
- наличие раны кисти, площадью более 10 см².

Свободную кожную пластику расщепленным перфорированным лоскутом мы использовали для закрытия дефектов на тыльной поверхности пальцев, кисти и по периметру предплечья. Оценивая результаты применения свободной пластики, мы пришли к следующей закономерности: чем лучше выражены грануляции, тем лучше результаты пересадки тонкого кожного трансплантата (т.е. расщепленного лоскута); напротив, чем в большей степени рана лишена грануляций (из-за ранних сроков или вследствие удаления их), тем лучше результаты пересадки полнослойного кожного лоскута.

Свободную кожную пластику полнослойным лоскутом мы применяли в следующих случаях:

- раневые дефекты ладонной поверхности пальцев и кисти без обнажения сухожилий, суставов и костей;
- раневые дефекты тыльной поверхности пальцев и кисти без обнажения глубоких структур, дно которых расположено ниже уровня окружающей кожи;
- раны тыльной поверхности пальцев и кисти с обнаженными сухожилиями, поверхность которых имеет тенденцию к гранулированию.

Перекрестную кожную пластику мы выполняем для закрытия глубоких раневых дефектов ладонной или тыльной поверхности пальцев с обнажением глубоких анатомических структур.

Показаниями к выполнению итальянской пластики (т.е. на временной питающей ножке) являются общирные раны пальцев и кисти с обнажением сухожилий и (или) костей.

Пластика лоскутом на сосудисто-нервном пучке показана при глубоких (с обнажением кости) дефектах ладонной поверхности I пальца, лучевой поверхности II пальца и локтевой поверхности V пальца.

Пластику местными тканями по Транквили-Лили и по Клаппу мы выполняем при дефектах торцевых поверхностей пальцев без обнажения кости или в случаях, когда костные структуры расположены глубже раневой поверхности.

Костная пластика выполнена нами при значительном дефиците опорных структур (кость или сустав), развившемся после секвестрэктомии. Наиболее часто это бывает при гнойных процессах, развившихся на фоне открытых оскольчатых переломов, когда после секвестрэктомии диастаз между оставшимися костями превышает 1,0 см.

Кожно-костная реконструкция показана при наличии необратимых изменений во всех анатомических структурах пальца.

Из всех 498 пациентов осложнения развились у 23 (4,6%): нагноение раны – в 6 случаях (1,2%), краевой некроз – у 10 человек (2,0%) и отторжение трансплантата – у 7 больных (1,4%). Основными причинами неблагоприятных исходов явились недостаточная подготовка первичного очага к пластике и погрешности в технике выполнения пластического пособия. Оба фактора в значительной мере зависят от опыта и мастерства хирурга, что определяет пути улучшения результатов в дальнейшем.

Результаты лечения остальных пациентов, у которых пластические вмешательства завершились гладким послеоперационным течением, позволяют сделать вывод о неоспоримых преимуществах примененных методов. Осмотр пациентов в различные сроки после пластики в подавляющем большинстве позволяет констатировать формирование эластичных подвижных рубцов, причем фактор времени положительно оказывается на состоянии пересаженной кожи и эстетических результатах. В ряде наблюдений было выявлено снижение функциональных показателей, однако это было обусловлено тяжестью перенесенного гнойного процесса, а не последствиями примененных пластических вмешательств.

ПРИНЦИПЫ АКТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ И ВЫВИХОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Алексеев М.С., Гармаев А.Ш.

Кафедра общей хирургии п/ф ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, ГКБ № 4, г. Москва

В специализированном отделении гнойной хирургии кисти клиники общей хирургии педиатрического факультета РГМУ на базе ГКБ № 4 г. Москвы в 2005-2007 гг. проходили стационарное лечение 450 больных с гнойными осложнениями после открытых переломов и вывихов фаланг пальцев кисти. Время с момента получения травмы до госпитализации составило от 1 сут. до 6 мес. Из 450 больных 324 (72%) были с открытыми инфицированными переломами и 126 (28%) с инфицированными открытыми вывихами фаланг пальцев кисти. Мужчин было 330 (73,3%), женщин 120 (26,7%).

Все открытые инфицированные переломы и вывихи фаланг пальцев кисти по глубине и объему гнойного поражения мы разделяем на поверхностные и глубокие. Поверхностные включают в себя случаи, когда гнойно-

воспалительному процессу подвержена только подкожная клетчатка, а поврежденные костные и сухожильные структуры интактны. Глубокое поражение подразумевает под собой наличие остеомиелитического процесса в поврежденных или смещенных костных структурах. Если при этом нагноению подверглись и сухожильные структуры, такую картину мы трактуем, как пандактилит.

По данным нашего анализа результатов посевов раневого отделяемого, в подавляющем большинстве случаев у пациентов доминировала стафилококковая микрофлора, как в монокультуре, так и в ассоциации (на ее долю приходится более 70% всех случаев). Значительно реже обнаруживались монокультуры кишечной палочки – 5,5% случаев, стрептококка – 4,8%, протея – 1,1%. Обращает на себя внимание высокая этиологическая значимость смешанной микрофлоры – 18,3%, в частности, ассоциации стафилококков с грамотрицательными бактериями. По нашим наблюдениям, возбудители имели чувствительность к цефалоспоринам (цефазолин, цефамезин) в 48% случаев, аминогликозидам (гентамицин, канамицин) 22%, фторхинолонам (ципрофлоксацин) в 12%, карбапенемам (импенем) в 23%, полусинтетическим пенициллинам (ампициллин, оксациллин) в 10%, линкозаминам (линкомицин) – в 5%, фузидину – в 4%, рифампицину – в 3%, нитрофуранам (фурагин, фуразолидон) – в 4%, левомицетину – в 3%. В 10% случаев микрофлора была нечувствительна ко всем имеющимся в исследовании антибиотикам.

Мы разработали комплексную активную тактику лечения инфицированных открытых переломов и вывихов фаланг пальцев кисти.

Мы считаем, что все больные с открытыми инфицированными переломами и вывихами фаланг пальцев кисти нуждаются в оперативном лечении. Оптимальными сроками выполнения хирургической обработки ран при открытых инфицированных переломах и вывихах фаланг пальцев кисти, считаем первые сутки после поступления больного в стационар.

Хирургическая обработка гнойного очага является наиболее ответственным и трудным этапом операции. Адекватность выполненной некрсеквестрэктомии мы оцениваем по виду тканей и появлению капиллярного кровотечения после снятия жгута. Крупные отломки без явных признаков нежизнеспособности обязательно сохраняем. Металлические фиксаторы извлекаем при развившемся остеомиелите и пандактилии, а также при наличии связи иксаторов с гнойным процессом в ране. Оставляем их лишь тогда, когда они лежат вне зоны гнойного очага.

При локальном гнойном поражении сухожилия выполняем экономную резекцию пораженного участка. При тендовагините (если сухожилие решено сохранить) необходимо адекватное дренирование влагалища на всю его длину.

После некрсеквестрэктомии производим санацию операционной раны антисептиком.

Одним из элементов операции является дистракция, которую выполняем с помощью дистракционных аппаратов, спицы Киршнера или разработанного нами устройства. Цель вытяжения – исключение возможности прогрессирования костной деструкции, возникающей из-за соприкосновения костных отломков или противоположных суставных концов фаланг пальцев кисти.

После некрсеквестрэктомии все послеоперационные остаточные полости на пальце и «заинтересованные» анатомические пространства на кисти дренируем тонкими перфорированными полимерными трубочками. Первичные швы на кожу накладываем только при уверенности в полноценности некрсеквестрэктомии.

С целью закрытия раневых дефектов 78 пациентам мы выполнили аутодермопластику. Свободную аутодермопластику мы сделали 9 пациентам (11,5%), несвободную 57 (73,1%), пластику местными тканями 12 (15,3%). Замещение диастазов с помощью костной аутопластики мы выполнили 15 больным (2,1%).

В результате применения активной хирургической тактики и современных лечебных методик мы получили первичное заживление ран в 426 случаях (94,6%) с хорошим эстетическим результатом. В 6 случаях (1,3%) при формировании обширных и глубоких некрозов мягких тканей мы выполнили больным ампутацию пальца. У 15 пациентов (3,3%) гнойный процесс после выполненной операции рецидивировал и они были повторно оперированы.

Отдаленные результаты лечения от 1 года до 1,5 лет изучены у 414 больных (92%). Хорошие результаты констатированы у 387 пациентов (86%), удовлетворительные у 21 (4,6%), неудовлетворительные у 6 (1,3%). После костной пластики (как показывает анализ рентгенограмм) через год после операции костные аутотрансплантаты не рассасываются, случаев возникновения отторжения костного трансплантата или рецидива остеомиелитического процесса не наблюдалось.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОЛЛАПАН» В ХИРУРГИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Чернобровец С.В

Кафедра общей хирургии п/ф ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, ГКБ № 4 г. Москва

Поражение костных структур при ряде тяжелых гнойных заболеваний кисти и пальцев (костный и костно-суставной панариций, пандактилит, остеоартрит, посттравматический остеомиелит, остеогенные кисты, осложненные нагноением) требует выполнения секвестрэктомии. После удаления значительного объема пораженной кости образуются их дефекты или диастазы, приводящие к нарушению функции кисти и к ухудшению эстетического результата лечения. Проблема замещения костных дефектов и диастазов после некрсеквестрэктомии на костных структурах кисти и пальцев остается актуальной.

С 2005 года у 42 пациентов была выполнена пластика костных дефектов остеозамещающим препаратом «КоллапАн». 24 больных (57,3%) оперированы по поводу костного панариция, 9 (21,4%) – пандактилита, 6 (14,2%) – посттравматического остеомиелита пястной кости и 3 (7,1%) – остеогенной кисты, осложненной нагноением. Мужчин было 27 (64,3%), женщин – 15 (35,7%). Возраст больных варьировал от 17 до 58 лет.

Операции выполняли под местной анестезией после предварительной подготовки, на фоне купированных острых воспалительных явлений. Подготовка к операции включала в себя иммобилизацию кисти, антибактериальную и противовоспалительную терапию, санацию и дренирование гнойного очага.

Радикальная некрсеквестрэктомия включала удаление гнойных грануляций, свободно лежащих костных секвестров, кюретаж костных каналов и экономную резекцию выступающих костных структур. Образовавшиеся костные дефекты были санированы антисептиками и одномоментно заполнены гранулами «КоллапАн», содержащими один из антибактериальных препаратов (гентамицин, линкомицин или диоксидин). Все операции были завершены наложением первичных швов.

Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. У 3 больных на протяжении первых 7 суток отмечено пролабирование «КоллапАна» между швами, которое остановилось самостоятельно. Больные получали антибактериальную и противовоспалительную терапию, физиолечение и обезболивание. Сроки иммобилизации варьировали от 10 до 45 суток в зависимости от локализации очага. Раны во всех случаях зажили первичным натяжением. На момент выписки у всех пациентов был констатирован хороший эстетический результат. На контрольных рентгенограммах, выполненных при выписке больных, отмечалось отсутствие прогрессирования костной деструкции, тень имплантированного «КоллапАна» равномерно заполняла костный дефект. Сроки лечения составили $15,0 \pm 3,4$ суток.

Большинство пациентов осмотрено через 1-1,5 года после выписки. На контрольных рентгенограммах отмечено выполнение полостей фактически полноценной костной тканью.

Таким образом, заполнение костных дефектов и диастазов после некрсеквестрэктомии при гнойных заболеваниях пальцев и кисти препаратом «КоллапАн» является перспективным направлением и в определенных ситуациях может служить методом выбора. Это относится преимущественно к клиническим случаям с дистальной локализацией костно-суставных процессов и остеомиелиту фаланг и пястных костей без вовлечения суставных поверхностей. Применение остеозамещающей технологии на основе гранул «КоллапАна» является значительно менее травматичным вмешательством, чем костная пластика, и в ряде случаев позволяет получить хорошие функциональные и эстетические результаты лечения.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ

Амиррасланов Ю.А., Борисов И.В., Ушаков А.А.

Институт хирургии имени А.В.Вишневского, г. Москва

Цель: улучшение результатов лечения больных остеомиелитом.

Материалы и методы: на основании обобщения результатов обследования и лечения 361 больного предложена классификация остеомиелита. В ее клинико-анатомическом разделе выделено 4 типа поражения длинных костей. Медуллярный остеомиелит (56 пациентов) – распространенное внутрикостное поражение при гематогенном остеомиелите и при нагноении после интрамедуллярного остеосинтеза. Поверхностный остеомиелит

(17 больных) – это поражение только кортикальной части кости, в основном в сочетании с дефектом мягких тканей над костью. Очаговый остеомиелит (74 пациента) – ограниченный гнойно-некротический процесс в кости или наличие остеомиелитической полости. Диффузный или распространенный остеомиелит (214 больных) – поражение всего диаметра или целого сегмента кости, при наличии различных видов несращения кости.

При медуллярном остеомиелите хирургическое лечение включало различные методы трепанации кости с удалением секвестров из костномозговой полости. Основной задачей при поверхностном остеомиелите было пластическое закрытие кости после кортикоэктомии хорошо васкуляризованными лоскутами. Компонентами лечения больных очаговым остеомиелитом являлись хирургическая обработка с последующей пластикой образовавшейся костной полости мышечным лоскутом. При диффузном остеомиелите хирургическое лечение включало сегментарную резекцию, иммобилизацию конечности аппаратом внешней фиксации с последующим замещением сегментарного дефекта кости методом Илизарова.

Результаты: в результате лечения удалось купировать воспалительный процесс и восстановить функцию конечностей у 344 (95,3%) пациентов.

Обсуждение: хотя разнообразие проведенных в других лечебных учреждениях операций заставляло нас индивидуально подходить к выбору лечебной тактики, мы пытались стандартизировать выбор хирургического пособия в зависимости от характера и объема костного поражения.

Выводы: предложенная классификация облегчает стандартизацию клинических наблюдений, а также позволяет планировать и осуществлять эффективную лечебную тактику.

ПЛАСТИКА КОСТНЫХ И МЯГКОТКАНЫХ ДЕФЕКТОВ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Амирасланов Ю.А., Борисов И.В., Ушаков А.А.

Институт хирургии имени А.В. Вишневского, г. Москва

Цель: улучшение результатов лечения больных остеомиелитом.

Материалы и методы: обобщены результаты лечения 76 взрослых больных хроническим посттравматическим (64) и гематогенным (12) остеомиелитом длинных костей, которым после хирургической обработки проведена пластика дефектов мягких тканей и костей васкуляризованными мышечными и кожно-мышечными лоскутами на постоянной (71) или временной питающей ножке (4). Пластика проведена у 22 пациентов с медуллярным остеомиелитом (распространенное внутрикостное поражение при гематогенном остеомиелите и при нагноении после интрамедуллярного остеосинтеза, согласно классификации Амирасланова Ю.А., 2005), у которых уже при поступлении имелись пострезекционные кортикальные дефекты, не позволявшие провести костнопластическую трепанацию. У 3 больных поверхностным остеомиелитом (поражение только кортикальной части кости) лоскутом замещали дефект мягких тканей над костью после кортикоэктомии. Мышечная пластика проведена у 33 пациентов с очаговым остеомиелитом (локализованное поражение кортикальной части кости и костномозговой полости) для замещения костной полости. При распространенном остеомиелите (гнойно-некротический процесс при наличии перелома) пластика использована у 18 пациентов для замещения дефектов мягких тканей над анатомически важными образованиями (суставами, сосудисто-нервными пучками, зоной резекции костей) с целью создания благоприятных условий для замещения сегментарных дефектов костей по Илизарову.

Результаты: нагноение послеоперационных ран отмечено у 8 (10,6%), краевой некроз лоскута – у 3 (3,9%) больных. Купировать воспалительный процесс удалось у всех пациентов. В первые 2 года после лечения рецидив заболевания возник у 8 (10,6%) больных.

Обсуждение: мышечные лоскуты, благодаря хорошей васкуляризации, устойчивы к гнойной инфекции. Обладая хорошими пластическими свойствами, они способны заполнять костные полости сложной конфигурации.

Выводы: пластика дефектов мягких тканей и костей васкуляризованными мышечными и кожно-мышечными лоскутами на питающей ножке является эффективным методом лечения больных остеомиелитом длинных костей.

«МОЛНИЕНОСНЫЙ» ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Гвоздик Вл.В., Саввин В.Ю., Балалыкин В.Д.,
Амеличкин М.А., Балалыкин Д.А., Муцурев Х.С., Макушин А.А., Шлак Е.Г., Свергуненко С.С

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва
ГУП «Медицинский центр Управления делами
Мэра и Правительства Москвы» клиническая больница №3 (МСЧ №47)
З ЦВКГ им. А.А. Вишневского, г. Красногорск
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, г. Москва

Цель работы: оценить факторы риска, частоту и алгоритм лечения острого панкреатита после проведения чреспапиллярных операций (ЧПО).

Материалы и методы: в 1978-2007 гг. нами выполнено более 2000 ЧПО (ЭРПХГ, ЭПТ, литотрипсий, стентирований и др.). Анализу подвергнуто 359 проведенных в 2000-200 гг. узким кругом опытных специалистов, что исключало фактор неквалифицированных врачебных действий. Из 359 вмешательств ЭРПХГ 253 закончились ЭПТ.

Результаты: осложнений после проведения ЭРПХГ не отмечено. Из 253 больных после выполнения ЭРПХГ и ЭПТ у 18 (16,6%) отмечена амелиазия без клинических проявлений, у 12 (4,4%) – острый панкреатит, в т.ч. у 3 (1,1%) – панкреонекроз, лечение которого, после безуспешного консервативного лечения, завершено традиционными хирургическими вмешательствами. Летальных исходов не было.

Вне анализируемой группы в 80-90 гг. нами отмечены 2 случая молниеносного панкреатита у лиц 40-50 летнего возраста с неосложненным холанголитиазом: клиника панкреатита появилась в момент вмешательства и в связи с катастрофически нарастающим панкреатогенным перитонитом и эндогенной интоксикацией. Через 4-6 часов больные были оперированы, а через 12-18 часов с момента ЭПТ наступили летальные исходы. На секции не обнаружено особых изменений БДС и повреждения панкреатических протоков при тотальном некрозе железы.

Выводы: 1. Контрастирование панкреатических протоков, даже паренхимограмма не ведет к панкреатиту. 2. Возникновение панкреатита после ЭПТ нельзя связать с конкретным фактором, в том числе с поврежденным устьем панкреатического протока, оно полигиологично, существенен фактор нагревания ткани при использовании монополярного тока. 3. При осложненном течении холанголитиаза частота панкреатита после ЧПО меньше в 4 раза. 4. Частота осложнений при типичных и нетипичных способах ЭПТ сопоставимы.

ИНТРАВИРЕАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Белый Ю.А., Терещенко А.В., Плахотний М.А.

Калужский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова», г. Калуга

Цель работы: оценить эффективность интравитреальной антибактериальной фотодинамической терапии (АФДТ) с фотосенсибилизатором (ФС) хлоринового ряда в лечении экспериментального эндофтальмита.

Материалы и методы: 30 глаз (30 кроликов) с экспериментальным эндофтальмитом (возбудитель *Enterococcus faecium*). Животные были разделены на три группы по 10 особей. В I группе не позднее 12 часов после заражения проводили субтотальную витрэктомию. Во II группе проводили витрэктомию с клафораном, 16 мкг/мл, в качестве ирригационного раствора. В III группе выполняли витрэктомию с АФДТ по разработанной методике: в витреальную полость вводили раствор ФС 0,001% до уровня радужки, после чего глаз герметизировали на 10 минут, затем ФС удаляли из глаза; через склеротомическое отверстие в витреальную полость вводили моноволоконный кварцевый световод с диффузором и проводили интравитреальное облучение лазером с длиной волны 662 нм и минимальной плотностью энергии 5 Дж/см². Выполнены микробиологические, клинические и морфологические исследования. Срок наблюдения – до 72 часов с момента заражения.

Результаты: АФДТ позволяет значительно уменьшить количество микроорганизмов в витреальной полости, как сразу после вмешательства, так и в период до 72 часов. Аналогичные данные получены и при применении

виректомии с использованием раствора клафорана. Клиническая картина при использовании антибиотика и АФДТ сходная, характеризуется стихией явлений воспаления на вторые-третьи сутки после лечения. Морфологические исследования показали, что при проведении виректомии в сочетании с антибиотикотерапией или АФДТ степень выраженности гистологических изменений была достоверно ниже по сравнению с изолированной виректомией ($p<0,005$).

Заключение: предложенная методика интравитральной АФДТ является эффективной в лечении экспериментального эндофталмита. Необходимо проведение дальнейших исследований по изучению безопасности АФДТ для внутрглазных структур.

ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ IN VITRO

Белый Ю.А., Терещенко А.В., Плахотний М.А.

Калужский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова», г. Калуга

Цель: оценка antimикробного действия фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором (ФС) хлоринового ряда *in vitro*.

Материалы и методы: Микробиологические исследования проводили на культурах *Staphilococcus aureus*, *Enterococcus faecium*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, обладающих множественной лекарственной устойчивостью. Для приготовления микробной взвеси использовали стандарт мутности на 5 Единиц (Международный ОСО 42.28.86.07П). В лунки 96 луночного планшета (ТУ 64-2-278-79) вносили по 0.1 мл взвеси микроорганизмов и 0.1 мл раствора ФС в различной концентрации. После добавления ФС культуру инкубировали при 37° С без доступа света. Затем производили воздействие лазером с плотностью энергии 5-30 Дж/см², после чего высевали 10 мкл рабочей смеси на селективные питательные среды. Контролем служили: 1) микроорганизмы, не подвергавшиеся никакому воздействию, 2) облученные лазером в максимальной дозе, 3) лунки с добавлением раствора ФС в той же концентрации, что и в эксперименте, без облучения лазером.

В результате было выявлено уменьшение количества жизнеспособных клеток во всех экспериментальных образцах. Особенно выраженный фотодинамический эффект наблюдался в отношении *Staphilococcus aureus*, *Enterococcus faecium* и *Candida albicans*. Количество выживших микроорганизмов *Staphilococcus aureus* при использовании 0.01%, 0.001% раствора ФС и дозы лазерного облучения 5-10 Дж/см² снизилось до уровня, позволяющего считать культуру стерильной (менее чем 20 КОЕ/мл образца).

Антибактериальный эффект в отношении культуры *Pseudomonas aeruginosa* был выражен значительно слабее. Однако при использовании 0.001% раствора ФС и плотности энергии 15-20 Дж/см² количество выживших КОЕ *Pseudomonas aeruginosa* снизилось на 2-3 порядка и составляло менее 2 % от исходного количества.

В контрольных группах отмечался сливной рост микроорганизмов.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности применения ФДТ с ФС хлоринового ряда в лечении инфекционных процессов без идентификации микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ АГРЕССИВНЫХ В-КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

Бобкова М.М., Семочкин С.В., Антипова Л.А., Куликова С.С., Румянцев А.Г.

ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии, г. Москва

Лимфома Беркитта (ЛБ)/В-клеточный острый лимфобластный лейкоз (В-ОЛЛ) – наиболее часто встречающийся вариант лимфом у детей и подростков. С возрастом увеличивается доля диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы (В-ДККЛ). В последние десятилетия отмечен существенный прогресс в лечении неходжкинских лимфом у детей благодаря использованию современных программ химиотерапии. Целью настоящего исследования явился анализ долгосрочных результатов лечения агрессивных В-клеточных у подростков и взрослых по педиатрическому протоколу NHL-BFM-90m.

Материалы и методы: проведен анализ результатов химиотерапии у 57 подростков и молодых взрослых первичной В-клеточной неходжкинской лимфомой (40 мужского пола и 17 женского) в возрасте от 10 до 60 лет,

получавших лечение с 1990 по 2005 гг. Лечение осуществлялось по модифицированному протоколу NHL-BFM-90m с использованием промежуточных доз метотрексата 1 г/м² вместо высоких 5 г/м²/24 часа. 34 (60 %) больных были с лимфомой Беркитта (ЛБ)/В-клеточным острым лимфобластным лейкозом (В-ОЛЛ) в возрасте от 10 до 61 года (медиана 12,7 года) и 23 (40%) — с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой (В-ДККЛ) в возрасте от 10 до 50 лет (медиана 16,1 года). Токсичность химиотерапии оценена в соответствии со шкалой СТС-NCIC 2.0.

Результаты лечения: полная ремиссия (CR) достигнута у 85 % пациентов с ЛБ/В-ОЛЛ и у 79 % с В-ДККЛ. 6-летняя общая выживаемость (OS) пациентов с ЛБ/В-ОЛЛ составила $0,71 \pm 0,09$, В-ДККЛ — $0,61 \pm 0,12$. 6-летняя бессобытийная выживаемость (EFS) у пациентов с ЛБ/В-ОЛЛ составила $0,69 \pm 0,09$, с В-ДККЛ $0,55 \pm 0,13$. Преобладала гематологическая токсичность 3-4 степени: анемия — 26 %, гранулоцитопения — 40 % и тромбоцитопения — 30 %. Эпизоды инфекции 2-3 степени тяжести наблюдались у 16% пациентов. Мукозиты 3 степени, связанные с введением метотрексата, зарегистрированы в 12% блоков АА и ВВ. Повышение активности аминотрансфераз 3-4 степени диагностировано у 16% больных. Соблюдение тайминга терапии у пациентов старше 30 лет было ограниченным из-за развития токсических осложнений. Интервал между 1 и 2 блоками терапии составлял у них от 17 до 25 дней (медиана 19 дней), в отличие от пациентов 15-29 лет — 14-22 дня (медиана 16 дней).

Заключение: применение педиатрического протокола NHL-BFM-90m в лечении агрессивных В-клеточных лимфом у подростков и молодых взрослых позволяет добиться высокой 6-летней общей и бессобытийной выживаемости.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРЕТИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Богомягкова Т.М., Галимзянов Ф.В.

ГУЗ «СОКБ №1», г. Екатеринбург

Цель: повышение эффективности лечения больных третичным перитонитом.

Материалы и методы: для лечения больных третичным перитонитом применяли программные релапаротомии, в том числе управляемые лапаростомии и малоинвазивные методы лечения (1 группа), и традиционные методы лечения — релапаротомии с санацией брюшной полости по клиническим показаниям (2 группа). Больные поступали из ЦРБ. Больные третичным перитонитом в ГУЗ «СОКБ №1» переводились при наличии разлитого перитонита с ПОН, сопровождающейся тяжелым сепсисом; с высоким риском несостоятельности швов полых органов на фоне разлитого перитонита.

В 1 группе было 44 человека, во 2 — 56 больных. Средний возраст в группах составил: в основной группе — 44,5 ± 15,5 лет; группе сравнения — 45,8 ± 13,5 лет ($P > 0,1$). Больные поступали в тяжелом состоянии с полиорганной недостаточностью, в связи с чем госпитализировались в реанимационное отделение. Группы по полу, возрасту, по тяжести состояния при поступлении были сопоставимы.

Результаты: применение программных релапаротомий позволило обеспечить своевременную и адекватную хирургическую обработку очага инфекции. Формирование лапаростомы и открытое ведение раны при лечении больных третичным перитонитом позволяло снизить внутрибрюшную гипертензию и предотвратить развитие анаэробной инфекции. Наличие мини-разрезов брюшной стенки также снижало внутрибрюшное давление и улучшало аэрацию брюшной полости. Раннее ушивание срединной раны сокращало количество санаций с промыванием всей брюшной полости, что снижало травматичность хирургического лечения. Дальнейшее санирование брюшной полости через мини-лапаротомные разрезы было менее травматично, так как проводилось раздельно в каждой области, прилегающей к соответствующему мини-разрезу. В 1 группе пациентов сроки санации брюшной полости через мини-лапаротомные разрезы составляли от 1 до 7 дней. Общие сроки ликвидации явлений перитонита (т. е. до прекращения всех санаций) составляли от 5 до 11 дней. Во 2 группе — от 10 до 30 дней. В 1 группе умерли 7 (15,9%) из 44 пациентов. При применении релапаротомий с санацией брюшной полости по клиническим показаниям умерли 29 (51,8%) из 56 больных.

Выводы: применение программных санаций и методов малоинвазивной хирургии у пациентов с третичным перитонитом позволяет снизить летальность и повысить эффективность хирургического вмешательства.

СПЕЦИФИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Брискин Б.С., Лебедев В.В., Прошин А.В., Якобишвили Я.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва
Городская клиническая больница №81, г. Москва

Цель: оценка эффективности и выработка алгоритма применения антибактериальной терапии в комплексном лечении гнойных осложнений синдрома диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы: представлены результаты использования антибиотиков у 246 больных с СДС (нейропатическая форма у 136; нейро-ишемическая – у 110) в возрасте 27-83 лет; мужчин-98, женщин-148. Из них первый эпизод гнойного осложнения был у 175, повторные эпизоды, с ранее проводимой антибактериальной терапией, у 71 пациента. Характер гнойных осложнений имел самый разнообразный спектр, включая различные варианты панариция, язв, акральных некрозов, пандактилита, абсцессов, флегмон, панфлегмон, ограниченной и распространенной гангрены. Полученная микробная флора носила поливалентный характер. Из аэробных микроорганизмов чаще встречались *Pseudomonas aeruginosa*, из факультативно анаэробных-*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*; из облигатных анаэробов – *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus spp.*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptostreptococcus spp.*.

Смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 224 больных, только аэробная – у 22. Ассоциации микроорганизмов сочетались с высокой обсемененностью тканей раны-106-1011 микробных тел в 1 грамме ткани.

Результаты: обследованные пациенты были сопоставлены по возрасту, полу и длительности сахарного диабета. Эмпирическая терапия применялась у 156 больных с использованием антибиотиков разного спектра действия у одного и того же больного. В связи с достаточно высоким процентом отсутствия чувствительности к эмпирически назначенным антибиотикам (что выражалось как клиническими признаками, так и последующими бактериологическими данными), требовалась замена на новые варианты терапии, а это увеличивало общую продолжительность антибактериальной терапии, частоту побочных и нежелательных явлений и экономические затраты на лечение. В группе больных с направленной терапией удавалось достичь стойкого клинического эффекта на одном-двух вариантах использования антибиотиков, включая монотерапию. Сокращались сроки лечения и как следствие-стоимость. Говоря отдельно о препаратах, доказана высокая эффективность (65-100%) ципрофлоксацина, офлоксацина, левофлоксацина, оксациллина, рифамицина, ванкомицина при доминировании в очаге *Staphylococcus aureus*; ванкомицина, линезолида – в случае метицилинрезистентного стафилококка. В случае преобладания *Escherichia coli*, высоко эффективны (75-100%)-гентамицин, амикацин, цефотаксим, цефтазидим, цефепим, имипенем, меронем; в случае *Pseudomonas aeruginosa*-амикацин, цефепим(80-100%); в случае *Enterococcus faecalis*-амоксициллин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, имипенем (75-100%). У всех больных с целью воздействия на анаэробную флору эффективно применяли метронидазол.

Выводы: таким образом, в качестве препаратов выбора, с целью эффективной борьбы с инфекционными осложнениями при СДС, целесообразно использование фторхинолонов II–IV поколений, цефалоспоринов III–IV поколений, гликопептидов, аминогликозидов. Обязательным условием является применение метронидазола .

При этом для поверхностных инфекционных осложнений характерны представители грамположительной флоры, поэтому наиболее эффективны будут линкозамины, защищенные пенициллины; гликопептиды, оксазолидиноны в случае метицилинрезистентного золотистого стафилококка. Для обширных и глубоких гнойно-некротических процессов, более характерны анаэробно-аэробные ассоциации, по отношению к которым особенно активны фторхинолоны и беталактамы в сочетании с линкозаминами и метронидазолом, а так же высокоактивны аминогликозиды в сочетании с клиндамицином.

В качестве препаратов используемых для целенаправленной терапии, чаще показано использование цефалоспоринов III–IV поколений, фторхинолонов III–IV поколений, гликопептидов и оксазолидинонов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКИ КОЖИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Васильев М.А., Пичугин А.А., Денисенко В. В., Сычев М.А., Офицеров А.А.

Травматическая отслойка кожи (ТОК) при тяжелой сочетанной травме (политравме) по данным клиники военно-полевой хирургии отмечается у 0,75 – 1,15 % пострадавших. Считается, что при проведении противошоковых мероприятий следует ограничиваться неотложными и срочными операциями. Место и объем операции при травматической отслойке кожи до настоящего времени не определены. В тоже время многочисленными исследованиями доказано, что стабилизация состояния во втором периоде травматической болезни сопровождается нарастанием эндотоксикоза, источником которого, в том числе, являются погибшие ткани области отслойки кожи.

Чаще всего механизмом повреждения тканей, сопровождающего отслойкой кожи, является воздействие колеса при наезде на конечности у лежащего человека. Диагностируется ТОК при визуальном осмотре, когда определяется изменение контуров сегмента конечности за счет увеличения окружности, кожа легко берется в грубую складку, под ней нередко определяется свободная жидкость. При наличии раны можно точно определить масштабность повреждения. Принято различать две формы отслойки, определяющих хирургическую тактику: отхождение кожного лоскута вместе с апоневрозом (кровоснабжение лоскута, как правило, не нарушается) и собственно отслойку кожи от подкожной клетчатки (с нарушением кровоснабжения лоскута). Кроме того, различают обширные и ограниченные отслойки кожи, критерием дифференцирования которых является распространение по площади – более 200 см² или менее.

Занимаясь лечением тяжелых сочетанных травм (политравмы), мы столкнулись с вариантами проявления ТОК и заметили некоторые особенности клинического течения:

– следует различать открытую и закрытую формы ТОК, имеющих разные степени загрязнения и эндотоксикоза;

– после стабилизации гемодинамики и восстановлении тканевой перфузии ТОК может проявляться позже первых суток в области ранее диагностированных подкожных кровоизлияний и гематом;

– полнослойная ТОК может проявляться в мозаичной форме, когда имеются участки отслойки вместе с фасцией и без неё.

При оказании догоспитальной помощи наложение давящей повязки в области ТОК способствует уменьшению местной кровопотери и возникновению гемостаза. В стационаре выполнение оперативного пособия имеет ряд особенностей.

В ранний постшоковый период при закрытой форме ТОК допустимы эвакуация гематомы через контрапертуру, пальцевая ревизия, применение «якорных» отдельных чрескожно – мышечных швов и дренирование полости по Редону. Однако следует помнить, что только участок отслойки кожи с сохраненным осевым кровообращением может зажить при лечении таким методом. При возникновении сомнений в полноценном освобождении полости ТОК от погибших тканей, гематом, при мозаичной форме отслойки кожи возможно рассечение кожи на всем протяжении, иссечение тканей сомнительной жизнеспособности, освобождение лоскута от подкожной клетчатки и повторная фиксация кожи упомянутым способом.

Применение тампонов для выполнения полости ТОК при открытой форме допустимо лишь до стабилизации состояния пострадавшего, как вариант применения многоэтапной хирургической помощи. Во втором периоде травматической болезни – периоде «временной стабилизации функции жизненно важных органов» оперативное лечение уже является «срочным» и должно быть исчерпывающим по характеру. Выполняется операция пластики свободным расщепленным перфорированным лоскутом. В отличие от реплантации полнослойных кожных лоскутов по способу В. К. Красовитова (1935); в клинике военно-полевой хирургии, отсеченный кожный лоскут расщепляется на ручном дерматоме до толщины 0,6 мм, перфорируется в шахматном порядке и подшивается отдельными узловыми рассасывающимися нитями к уже подготовленной раневой поверхности, освобожденной от нежизнеспособных тканей, жировой клетчатки, с фиксацией к неровностям рельефа и по перipherии. До недавнего времени обязательным условием было удаление всех фасций с целью подготовки донорского ложа, от чего в настоящем отказались. Отмечено, что достаточным является полное удаление клетчатки покрывающей фасции.

Мы стоим на точке зрения большинства специалистов, считающих, что наилучшим способом послеоперационного ведения раневой поверхности остается применение водорастворимых мазей и сеток «Воскопрана» до этапа полного приживления лоскутов, что манифестируется появлением розовой окраски пересаженной кожи и заполнением перфорированных ячеек сухим струпом. В последующем оптимальным является применение мазей на основе актовегина. Подсушивание раневой поверхности возможно и с помощью раствора марганцовокислого калия. В комплексе медикаментозной терапии применяем препарат «Детралекс».

После восстановления активных движений на дистальные непораженные участки конечностей воздействуем эластическим трикотажем 2-3 степени плотности.

Применение систематизированного подхода к лечению травматической отслойки кожи позволило провести 35 пострадавших с удовлетворительными результатами.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ МОНОТЕРАПИЯ КАРБАПЕНЕМОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Васильченко А.А., Мусабеков А.Т., Шоманова Т.К., Байдилова Г.К.

Областная клиническая больница им. Г. Султанова, г. Павлодар, Казахстан

Цель: изучение эффективности карбапенемов при ведении пациентов хирургических профилей с тяжелыми внегоспитальными инфекциями в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы: проведено ретро- и проспективное исследование, включившее в себя 108 пациентов, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии в период с 2006 по 2008 годы после проведения экстренных оперативных вмешательств по поводу разлитого гнойного перитонита. Пациенты были разделены на 2 группы, репрезентативные по половому и возрастному признакам, а также по характеру основной патологии и сопутствующим заболеваниям: 1 группу (n=72) составили пациенты, получавшие антибактериальную терапию цефалоспоринами 3 поколения в сочетании с аминогликозидами. Пациентам 2 группы (n=36) в качестве антибактериальной монотерапии был выбран Меропенем (Меронем, AstraZeneca), в связи с его широким спектром действия, охватывающим большинство патогенных микроорганизмов от грамположительных кокков до анаэробов по 1 грамму внутривенно каждые 8 часов. Всем пациентам осуществлялся посев из брюшной полости с верификацией флоры и определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты: среди выделенных культур превалировали *S. aureus* – 39 (30,71%), *E. coli* – 37 (29,13%), *Str. haemoliticus* – 11 (8,66%), *S. epidermidis* – 10 (7,87%), *Ps. aeruginosae* – 9 (7,09%), *Enterococcus* – 8 (6,30%), *Prot. vulgaris* – 7 (5, 51%) и по 2 случая *Enterobacter*, *Citrobacter* и грибы рода *Candida*. В 19 случаях встречались микробные ассоциации. На фоне проводимой терапии клиническая и бактериологическая эффективность была достигнута у 43 из 72 пациентов 1 группы (59,72%) и 29 из 36 больных (80,56%). Суперинфекция на фоне лечения наблюдалась у 22 и 16% соответственно. Смена антибактериальной терапии с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам потребовалась у 40,28% пациентов 1 группы и у 19,44% 2 группы.

Выводы: антимикробные свойства Меропенема и невозможность идентификации возбудителя при проведении экстренных оперативных вмешательств у пациентов с интраабдоминальной инфекцией позволяют применять его в качестве монотерапии, в том числе у пациентов с тяжелыми инфекциями, вызванными множественно резистентными штаммами микроорганизмов.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТОПЫ

Воротников Ю.А., Грицкевич М.В.

Городская клиническая больница № 60, г. Москва

Сахарным диабетом в настоящее время страдает 4 – 6% населения развитых стран. В хирургических стационарах резко возросло число больных с синдромом «диабетической стопы» (СДС), который встречается у 28,6 – 65% больных сахарным диабетом. Для улучшения результатов лечения диабета и его осложнений требуется комплексный подход, в котором немаловажное место занимает выбор метода анестезии.

Цель: изучить влияние на течение послеоперационного периода метода анестезии при хирургическом лечении СДС.

Материалы и методы: выполнен ретроспективный анализ 122 историй болезни больных сахарным диабетом, осложненным СДС в возрасте от 38 до 85 лет, которым выполнялись операции по поводу гнойных поражений – иссечения некротических тканей с ампутациями на уровне стопы, голени и бедра в период с 2005 по 2007 гг.

Сравнивали течение послеоперационного периода в двух равночисленных группах. В первую группу вошли больные, оперированные в условиях общей (различные варианты тотальной внутривенной) анестезии, во вторую – оперированные в условиях регионарной (эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной, блокады нервных стволов) анестезии.

Результаты: у больных, оперированных в условиях регионарной анестезии, в послеоперационный период легче достигалась компенсация диабета, меньшими были частота введения и дозы анальгетиков, реже развивались психотические реакции.

Обсуждение: положительное воздействие блокад нервных сплетений на течение операционного стресса и послеоперационного периода показано многими исследованиями. Считается, что блокады местными анестетиками обладают трофическим эффектом за счет восстановления и стимуляция микроциркуляции капилляров и основной клетки сердечно-сосудистой системы – эндотелиоцита, кроволимфообращения тканей с разрешением фаз экссудации и усилием reparативно-пролиферативных процессов в воспалении. При анализе течения послеоперационного периода в сравниваемых группах отмечена зависимость течения послеоперационного периода от выбранного метода анестезиологического пособия.

Выводы: при выборе метода анестезиологического пособия в хирургическом лечении диабетической остеоартропатии, осложненной гнойно-некротическим поражением стопы, нужно отдавать предпочтение методикам регионарной анестезии.

ОЗОНИРОВАННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Газин И.К., Истомин Н.П.

Федеральное государственное общеобразовательное учреждение Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства России, г. Москва

Цель: изучить влияние внутривенной инфузии озонированного физиологического раствора (ОФР) на показатели эндогенной интоксикации у больных сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическим поражением нижних конечностей.

Материалы и методы: обследовано 60 больных СД II типа с флегмоной стопы, гангреной пальцев и части стопы. Озонотерапия проводилась в виде внутривенной капельной инфузии озононасыщенного 0,9% раствора хлорида натрия с концентрацией озона в озонокислородной смеси, используемой для барботажа – 2,5 мг/л. Количества процедур на курс составило 8-10, объем ежедневной инфузии 400,0 мл. В качестве контроля взяты показатели 20 доноров. Тяжесть токсикоза оценивали по уровню маркеров эндогенной интоксикации: молекул средней массы (МСМ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) изучали по концентрации диеновых коньюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и ферментов антиоксидантной защиты – каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Показатели изучали при поступлении и по окончании курса озонотерапии.

Результаты: у всех больных при поступлении регистрировался выраженный эндотоксикоз: МСМ₂₅₄ превышали нормальные значения на 54%, МСМ₂₈₀ – на 58,3%, ЛИИ был выше нормы в 9,4 раза. Концентрация ДК была выше нормальных значений на 426,7%, МДА плазмы – на 394,5%. Наблюдалось выраженное снижение активности каталазы на 66,6%, СОД – на 60,3%. Внутривенное введение ОФР способствовало достоверному снижению продуктов липопероксидации – ДК, МДА на 57,4% и 65,6%. Одновременно наблюдалось повышение антиоксидантной активности СОД на 177,1% и каталазы – на 250,0% по сравнению с данными при поступлении. Об уменьшении тяжести эндогенной интоксикации свидетельствует снижение уровня МСМ₂₅₄ на 35,0%, МСМ₂₈₀ – на 44,9%, ЛИИ в 2,92 раза.

Выводы: внутривенная инфузия озонированного физиологического раствора позволяет значительно снизить тяжесть интоксикации, повысить активность антиоксидантной системы организма и снизить уровень перекисного окисления липидов.

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Галимзянов Ф.В., Шаповалова О.П., Богомягкова Т.М.

ГУЗ «СОКБ №1», г. Екатеринбург

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения больных инфицированным панкреатогенным инфильтратом.

Материалы и методы: за 9 лет в специализированном отделении областной клинической больницы №1 Екатеринбурга пролечены 91 больной панкреатогенным инфильтратом с признаками инфицирования. Средний возраст пациентов $42 \pm 1,86$ лет. Оперативные вмешательства в зоне воспаления (оментобурсостомия, ретроперитонеостомия) при поступлении в специализированное отделение были предприняты у 17 больных в связи с отсутствием положительной динамики от консервативного лечения. Санационная видеолапароскопия и холецистостомия из мини-доступа при гипертензии в желчеотводящих путях была выполнена у 20 больных с перитонитом без вмешательства в зону поражения поджелудочной железы и забрюшинную клетчатку. 54 пациента лечились только консервативно, несмотря на явные признаки инфицирования. Всего две последние группы составили 74 человека.

Результаты: инфицированный панкреатогенный инфильтрат характеризовался формированием через $8 \pm 0,7$ дней, появлением пальпируемого образования на фоне сохранения болевого синдрома. Из лабораторных анализов обращал на себя внимание лейкоцитоз и повышенный уровень ГГТП. По данным УЗИ при панкреатогенном инфильтрате все изменения были характерны для выраженного воспалительного процесса. По данным ФГДС у больных панкреатогенным инфильтратом наблюдали воспалительную реакцию слизистой задней стенки ДПК (желудка), деформацию различной степени выраженности. По результатам КТ при панкреатогенном инфильтрате выявлялись экстрапанкреатические воспалительные изменения в виде инфильтрации перипанкреатической и забрюшинной клетчатки. При оперативном вмешательстве в зону локализации панкреатогенного инфильтрата 9 (52,9%) из 17 человек умерли. При консервативном лечении и малоинвазивных способах оперирования без непосредственного вмешательства в зону воспаления 68 (91,8%) больных выздоровели, 6 (8,1%) из 74 человек умерли. Основными причинами летальных исходов было прогрессирование ПОН. Средние сроки стационарного лечения при панкреатогенных инфильтратах составили $13,4 \pm 0,55$ дней.

Выводы: решение задачи у пациентов с панкреатогенным инфильтратом должно заключаться в верификации инфильтрата, консервативной терапии и удалении выпота из брюшной полости, при наличии гипертензии в желчеотводящих путях — холецистостомии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ

Гвоздик В.В., Гвоздик Вл.В., Саввин В.Ю., Балалыкин В.Д., Амеличкин М.А., Балалыкин Д.А.
Муцurov X.C., Макушин A.A., Шпак Е.Г., Свергуненко С.С

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва
ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»
клиническая больница №3 (МСЧ №47)
3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, г. Красногорск
ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, г. Москва

Актуальность. Лечение гнойного холангита эндоскопическими методами является серьезной и малоизученной проблемой.

Цель исследования — улучшение результатов лечения гнойного холангита при холангiolитиазе путем внедрения чресспапиллярных эндоскопических операций (ЧПО).

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе результатов эндоскопической диагностики и лечения 240 больных холангiolитиазом в 2002 — 2007 гг., 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.

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 устраниния множественных камней и вклиниченных 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 обструкции камнем терминального отдела холедоха с развитием холангииогенных 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 холангитом при соблюдении следующих условий: использования активной тактики лечения, комплексного применения ЧПО с обязательным наружным дренированием желчного протока и адекватной санации холедоха.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Городецкий Е.Б., Левчик Е.Ю.

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург

Цель: изучение результатов лечения больных с посттравматическими боковыми свищами двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы исследования: проспективное неконтролируемое изучение результатов лечения 16 пациентов с посттравматическими боковыми свищами ДПК в период с 01.01.1995 по 01.08.2008.

Результаты исследования: доля посттравматических свищ ДПК составила 24,2%. Фистулы возникли после тупых травм живота у 3 (18,75%) из 16 больных, проникающие ранения брюшной стенки – у 13 (81,25%). У 11 (68,75%) пациентов свищи располагались супрапапиллярно, у 5 (31,25%) – инфрапапиллярно. У 3 (18,75%) больных свищи осложнялись местными гнойными процессами, у 13 (81,25%) пациентов – распространенными. Ушивание свища применили у 1 (6,25%) больного. Для отведения дуоденального содержимого использовали активную аспирацию, которую осуществляли двумя способами. При первом активный двухканальный дренаж устанавливали снаружи, непосредственно к зоне свища. Этим способом пролечены 5 (31,25%) пациентов, 4 (80%) – с распространенными гнойными осложнениями, 1 (20%) – с местными. При втором способе накладывали гастростому по Витцелю с двухканальным дренажем, проведенным ниже зоны свища, через который осуществляли аспирацию из двенадцатиперстной кишки. Этот способ использован у 10 (62,5%) человек, при этом у 1 (10%) пациента имелись местные осложнения, у 9 (90%) – распространенные. Искусственное питание обеспечивали через назоэноанальный зонд у 4 (25%) больных, через еюностому – у 12 (75%) пациентов. Одновременно с отведением содержимого ДПК проводили хирургическое лечение осложнений. Умерли 7 (43,75%) из 16 пациентов, из них 6 (85,7%) – с распространенными гнойными осложнениями. Причиной смерти 6 (85,7%) из 7 пациентов стал тяжелый абдоминальный сепсис. 1 (14,3%) пациент умер от тяжелого сепсиса с рецидивирующими кровотечениями из зоны свища двенадцатиперстной кишки.

Вывод: гибель пациентов с посттравматическими боковыми свищами ДПК наступает от тяжелого сепсиса, вследствие распространенности гнойных осложнений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, что подтверждает ведущую роль ранней и адекватной хирургической помощи при травмах двенадцатиперстной кишки.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

Горюнов С.В.

ГОУ ВПО РГМУ, ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, г. Москва

Цель: Изучить влияние раствора и геля «Пронтосан» (компания B/Braun) на очищение длительно незаживающих инфицированных ран от некрозов и плотных фибриновых наложений.

Материалы и методы: В исследование включено 42 пациента с хроническими инфицированными ранами различного генеза (венозные и нейротрофические язвы, раны на фоне синдрома диабетической стопы, пролежни и др.). Контрольную группу составили 37 больных со сходной патологией. Возраст пациентов составил $64,8 \pm 5,6$ года. Преобладали женщины – 69%. Площадь ран – $48,2 \pm 6,4$ кв. см. Обсемененность ран микрофлорой была высокой – $Ig 5,7 \pm 0,4$. В процессе лечения раны промывали раствором «Пронтосана», затем наносили гель. В контрольной группе использовали мази на водорастворимой основе. Перевязки проводили ежедневно. Длительность лечения составила 10-30 дней.

Результаты и обсуждение: Особенностью исследуемых препаратов является наличие в их составе мощного антисептика полигексанида и поверхностно активного вещества ундециленамидопропилбетаина, благодаря чему происходит быстрое растворение биопленок и подавление микрофлоры, а создание влажной среды способствует регидратации и отторжению некрозов. В результате исследования выявлено, что сроки очищения ран от некрозов и плотных фибринозно-микробных биопленок составили $9,5 \pm 3,8$ дня, в контрольной группе – $15,6 \pm 4,8$. Снижение обсемененности ран микрофлорой ниже критического уровня достигнута у всех больных ($Ig < 5,0$), а в контрольной группе – только у 22 (59,5%). Появление грануляций отмечено на $11,7 \pm 2,9$ сутки, в контрольной группе – на $17,2 \pm 5,0$.

Выводы: Использование раствора и геля «Пронтосан» способствует активному очищению ран от некрозов и биопленок, абсорбции раневого отделяемого и ликвидации неприятного запаха, более раннему появлению здоровых грануляций и краевой эпителизации, в связи с чем данные средства можно рекомендовать для эффективного лечения наиболее проблемных хронических ран.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС) В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Грачева Т.В., Левчик Е.Ю

ГУЗ Свердловская Областная Клиническая Больница №1, г. Екатеринбург

Цель: изучить качество жизни (КЖ) пациентов с синдромом диабетической стопы в отдаленном периоде.

Материалы и методы: Проспективное контролируемое исследование 115 пациентов, получавших хирургическое лечение осложненных форм СДС в 2005-2007 годах через 1-3 года после выписки из стационара при помощи анкетирования пациентов вопросниками SF-36 и оценки функциональной шкалы нижних конечностей (ФШНК). Получено 75 ответов из 115 опрошенных пациентов (62,2%). Анкета SF-36 разработана для изучения качества жизни (КЖ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное (MH-mental health) и физическое благополучие (PH-physical health). Анкета ФШНК составлена из 20 вопросов, максимальная сумма 80 баллов соответствует полному здоровью. Результаты SF-36 и ФШНК сравнивались с показателями пациентов эндокринологического отделения, не имеющих СДС (n=20).

Результаты: Средний возраст пациентов, получивших хирургическое лечение СДС, составил $59,33 \pm 11,66$ лет, показатель не отличался от группы больных без синдрома диабетической стопы. Исходом хирургического лечения 115 пациентов был – в 6 случаях смерть, у 25 пациентов выполнены ампутации выше середины стопы, у 84 пациентов выполнены операции на уровне дистальнее середины стопы, что расценено как благоприятный исход лечения. Результаты хирургического лечения согласуются с данными литературы. Получены сведения о смерти 4 (n=7, 57%) пациентов после больших ампутаций и 13 (n=83, 15,6%) пациентов с благоприятным исходом хирургического лечения через 1-3 года. По шкалам SF-36 средний балл физического благополучия составил $41,11 \pm 6,64$ у пациентов после хирургического лечения СДС, а у пациентов без СДС $42,69 \pm 5,74$ ($p > 0,2$).

Психическое благополучие составило $36,73 \pm 9,97$ у пациентов с СДС и $36,61 \pm 7,19$ у пациентов с сахарным диабетом без СДС ($p > 0,2$). Балл ФШНК у больных после лечения СДС составил $29,73 \pm 17,25$, а у пациентов без СДС – $36,125 \pm 16,39$.

Выводы: пациенты после хирургического лечения СДС имеют низкие показатели физического и психического благополучия в сравнении со здоровой популяцией, однако при сравнении этих пациентов с больными сахарным диабетом без СДС сходного возрастного состава и стажа СД значимых отличий физического и психического компонентов здоровья выявлено.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ НЕЙРОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Григорьев Е.В., Разумов А.С., Вавин Г.В.

ГОУВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава», г. Кемерово

Цель исследования: определить диагностическую значимость биохимических показателей крови при развитии септической энцефалопатии.

Материалы и методы. Исследование одобрено Этическим комитетом КемГМА. Проспективное исследование 30 больных с тяжелой сочетанной травмой (ЧМТ и повреждения внутренних органов и/или скелетная травма), осложненной развитием сепсиса. Тяжесть травмы определяли по шкале TRISS (Champion HR et al., 1995). Первая группа больных ($n=7$): ISS/RTS – $30,33 \pm 7,84$, TRISS – 3,57%, вероятность летального исхода 12%; вторая группа ($n=17$): ISS/RTS – $33,9 \pm 6,86$, TRISS – 16,51%, вероятность летального исхода 24%; третья группа ($n=10$): ISS/RTS – $49,88 \pm 5,8$, TRISS – 49,25%, вероятность летального исхода 34%. Исследования начинали с третьих суток, сепсис определялся по критериям Согласительной конференции (Levi et al., 2001) + прокальцитониновый тест. Средний возраст пациентов составил 32 года. Всем больным проведен стандарт интенсивной терапии, принятый в клинике, включая оперативные вмешательства по стабилизации переломов, остановки кровотечений, удалению внутричерепных объемов. Исследовали смешанную венозную кровь и кровь из луковицы внутренней яремной вены (ЛВЯ) (катетеризация под контролем ультрасонографии с последующим рентгенологической верификацией, кровь исследовалась ежесуточно одновременно с забором из центрального венозного катетера): лактат/пируват (Л/П), глюкоза (Cobas Miras Plus, Швейцария), насыщение гемоглобина кислородом ($SbVjO_2$) (Bayer Rapidlab), белок S100 (ELISA, LIA; Sangtec Medical, Швеция). Статистическая обработка полученных результатов – методы непараметрической статистики (пакет ANOVA), оценивали показатели чувствительности и специфичности, корреляция Пирсона.

Результаты и обсуждение. Первые сутки исследования характеризовались достоверным увеличением уровня лактата/пирувата как в смешанной венозной крови, так и в ЛВЯ в сравнении с контрольными значениями во всех группах больных ($m \pm SD$, смешанная венозная кровь $3,8 \pm 1,1$ ммоль/л, ЛВЯ $3,9 \pm 1,2$ ммоль/л), снижением уровня SO_2 ($m \pm SD$, смешанная венозная кровь $45,4 \pm 7,9$ %, ЛВЯ $54,1 \pm 10,1$ %). На первые сутки получили прямую умеренную связь между увеличением концентрации Л/П и вероятностью летального исхода (прогноз по шкале TRISS), обратную умеренную связь между уровнем SO_2 и показателями вероятной летальности (больший коэффициент корреляции получен для группы 1 и 2). Чувствительность и специфичность: для Л/П смешанной венозной крови 67 и 70% соответственно, для Л/П ЛВЯ – 67 и 76% соответственно, для SO_2 – 70 и 78%, для SO_2 в ЛВЯ – 71 и 79 %.

Концентрация белка S100 характеризовалась достоверным увеличением показателя в смешанной венозной крови и в ЛВЯ в сравнении с контрольными значениями во всех группах больных ($m \pm SD$, смешанная венозная кровь $0,34 \pm 0,13$ нг/мл, ЛВЯ $0,45 \pm 0,2$ нг/мл против контрольных значений менее 0,2 нг/мл). На первые сутки получена сильная связь между увеличением концентрации S100 в ЛВЯ и вероятностью летального исхода (прогноз по шкале TRISS) – $r^2 = 0,78$ при $p < 0,01$. Чувствительность и специфичность: для системной концентрации белка S100 56 и 59 % соответственно, для концентрации в ЛВЯ – 89 и 90% соответственно.

Выводы: Неблагоприятным прогностическим критерием септической энцефалопатии у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой является увеличение уровня белка S100 в крови, оттекающей из луковицы внутренней яремной вены на 50% от контрольных значений. Другие биохимические показатели (лактат/пируват, $SbVjO_2$) обладают меньшей чувствительностью и специфичностью.

Работа поддержана Грантом Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых МД – 479.2008.7.

СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМ

Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., Петров А.Н., Рудь А.А.

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

Политравма является наиболее тяжелым видом травм, которые с 2006 года приобрели согласованное определение и четкие качественные и количественные границы: по тяжести повреждений ВПХ-П – более 8 баллов, по индексу тяжести состояния ВПХ-СП – более 30 баллов. При политравмах развиваются все виды инфекционных осложнений (ИО), которые представлены в классификации ИО ранений и травм (Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., Рожков А.С., 1999). Причины ИО при политравмах многообразны, а механизмы их возникновения заложены в патогенезе политравм.

Цель исследования: представить современную характеристику инфекционных осложнений политравм.

Материалом исследования стал анализ собственных наблюдений в процессе лечения 180 пострадавших, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2004 по 2007 гг. Основную группу составили мужчины трудоспособного возраста с тяжелыми и крайне тяжелыми травмами и ведущими по тяжести повреждениями головы, груди. Средняя тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) составила $14,8 \pm 0,85$ баллов, по шкале ВПХ-СП – $32,1 \pm 0,85$ баллов. Летальность составила 42,7 % (n=77).

Результаты исследования. Частота развития ИО у пострадавших с политравмами, по данным проведенного исследования, составляет 87,2%. Политравмы сопровождаются развитием местных ИО в 34,4% случаев, висцеральных ИО – в 86,1%, генерализованных ИО – в 52,8%. Следует отметить, что у умерших пострадавших с политравмами в 100% случаев развивались ИО.

Структура местных ИО представлена инфекциями области хирургического вмешательства – 41,2% случаев; синуситами и пансинуситами – 8,2%; контузионными пульмонитами, вызванными ушибом легких, – 34,2%; эмпиемой плевры – 16,4%. У 5,5% пострадавших с политравмой местные ИО привели к генерализации инфекционного процесса.

По структуре висцеральные ИО разделены на бронхолегочные ИО (катаральный и гнойный трахеобронхиты, пневмонии) – 52,0%, ИО мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит т.п.) – 24,1, плевриты – 12,2%, ИО брюшной полости (панкреатит, холецистит, антибиотико-ассоциированный колит) – 7,1%, ИО центральной нервной системы – 3,3% и другие висцеральные ИО – 1,3%. У большинства пострадавших формы висцеральных ИО сочетались как с местными ИО (в 98,0% от всех местных ИО), так и друг с другом (в 87,1% от всех висцеральных ИО). Бронхолегочные висцеральные ИО привели к генерализации инфекционного процесса у 42,2 % пострадавших с политравмами (в 80,3% случаев от всех генерализованных ИО). Следовательно, проблема профилактики генерализованных ИО – это проблема профилактики бронхолегочных висцеральных ИО.

При политравме характерно преобладание тяжелого сепсиса над сепсисом, что связано с развитием в результате политравмы полиорганной дисфункции/недостаточности с последующим присоединением генерализованного инфекционного процесса. Сепсис развивался в 14,4%, а тяжелый сепсис – в 38,3% случаев.

Таким образом, политравма – наиболее тяжелый вид сочетанной травмы, который сопровождается наиболее высокой летальностью – до 42,7% и наиболее высокой частотой развития ИО – 87,2%.

СТРУКТУРА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМАМИ

Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., Рудь А.А., Никифоренко А.Н.

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

Цель исследования: проанализировать факторы, определяющие частоту развития и структуру полиорганной недостаточности при политравме.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 359 пострадавших с политравмами, поступивших в клинику ВПХ ВМедА в 2004-2007 гг. Всем пострадавшим проводился мониторинг по шкале оценки тяжести состояния ВПХ-СС с определением дисфункции/недостаточности органов и систем, а также биохимические и специальные патофизиологические исследования, иммунологические исследования в динамике травматической болезни.

Результаты исследования. Основными причинами развития полиорганной дисфункции/недостаточности (ПОД/ПОН) при политравме являются нарушение функции органов и систем в результате: их непосредственного повреждения; жизнеугрожающих последствий травмы (кровотечений и кровопотери, острых нарушений дыхания, сдавления головного мозга); гипоциркуляции и реперфузии тканей, синдрома ДВС; массивного эндотоксикоза и запредельной антителенемии из множественных и обширных очагов повреждений; генерализации системного воспалительного ответа.

Выявлены следующие особенности ПОД/ПОН при политравме: формируется в первые часы после политравмы и продолжается в течение II и III периодов травматической болезни; характерна смена ведущих причин, комбинации скомпрометированных органов и систем, синдромов в динамике травматической болезни; характерно формирование общей многофакторной иммунодепрессии со II – III периода травматической болезни.

Полиорганская дисфункция/недостаточность в течение травматической болезни развилаась у 84,5 % пострадавших с политравмами, а у 45,5% пострадавших она сопровождалась развитием генерализованных инфекционных осложнений на 4-6-е и 8-10-е сутки. Наиболее часто компонентами полиорганной дисфункции/недостаточности при политравме являются: в первые 6 часов – дисфункция системы крови (60%), центральной нервной системы (80%) и системы кровообращения (70%). Начиная со 2-х суток ведущими становятся нарушения в системе коагуляции (87%), сохраняются нарушения деятельности ЦНС (75%), нарастает эндотоксикоз (80%). У 73% пострадавших регистрируется ССВО. На 4-7-е и 9-11-е сутки исследования сохраняются дисфункция в системе коагуляции (60-65%), нарушения сознания (50-55%), нарастает дисфункция/недостаточность дыхательной системы и системы выделения (60% и 50% соответственно).

Таким образом, главными принципами лечения политравм являются:

1. Непрерывный мониторинг тяжести состояния пострадавшего (ВПХ-СП – первые 12 часов, ВПХ-СС – >12 часов) с оценкой функции жизненно важных систем, диагностикой и коррекцией нарушенных функций.
2. Эшелонирование отделений интенсивной терапии.
3. Полный объем многопрофильной специализированной хирургической помощи в I периоде травматической болезни.
4. Применение тактики запрограммированного многоэтапного хирургического лечения при политравмах (damage control surgery, orthopaedic damage control).

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У., Исхаков П.И., Терещенко С.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

Под наблюдением за последние 10 лет находилось 2300 больных с синдромом диабетической стопы. Из 2300 больных 2024 (88%) были госпитализированы в срочном порядке с острыми гнойно-некротическими процессами. Флегмана стопы выявлена у 435 (19%), гангрена пальцев – 1078 (53%), остеомиелит костей голени и культи – 296 (15%), трофические язвы с выраженным воспалительным процессом – 213 (13%).

На 1-м этапе в течение 5-7 суток всем больным с гнойно-некротическими осложнениями на фоне антибактериальной и детоксикационной терапии выполнена адекватная санация гнойного очага. У 375 для санации очага инфекции выполнена пункционная катетеризация бедренной артерии с последующей длительной внутриартериальной инфузией. У 228 (10%) по срочным показаниям при септическом состоянии с целью спасения жизни выполнена ампутация на бедре с летальным исходом у 39 (17%).

На 2-м этапе после стихания и локализации гнойно-некротического процесса и эндотоксикоза после дообследования при наличии диабетической макроангиопатии, которая выявлена у 1235 (60%), решался вопрос возможности выполнения реконструктивной операции. У остальных 40% выявлена диабетическая микроангиопатия, при которой проводилась санация очага и консервативная терапия.

Результаты. Из 1235 больных показания к реконструктивной операции после ультразвукового ангиосканирования, ангиографии, учета факторов риска выставлены у 420 (34%). Из них от реконструктивной операции отказались 87 (20%). У 333 (27%) из 1235 больных выполнено восстановление магистрального кровотока путем аортобифеморального шунтирования у 48 (14%), повздошно-бедренного-76 (23%), бедренно-подколенного шунтирования – 280 (54%), пластики глубокой артерии бедра-29 (9%).

Конечность спасена у 290 (87%), ампутация на бедре в течение года выполнена у 47 (13%), умерло 14 (4,2%). Из 802 неоперированных больных с макроангиопатией ампутация на бедре в течение года выполнена у 187 (23%), летальность – 19%.

При микроангиопатии из 837 больных ампутация на бедре в стационаре выполнена у 79 (9%) и в течение года ещё у 62 (8%). Умерло после ампутаций 26 (18%).

Таким образом, при консервативном лечении первичная ампутация на бедре выполнена у 556 (28%), летальность после реконструктивных операций у 13%, летальность-4%. Сопоставление этих цифр совершенно четко показывает преимущества специализированной помощи больным с диабетической ангиопатией с включением в комплекс лечения реконструктивных операций на магистральных артериях.

ГНОЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Дизенгоф И.М., Лазуткина Л.И., Смирнов Г.Г.

Инфекционная клиническая больница № 3, г. Москва

Цель: выявить особенности течения гнойной инфекции мягких тканей у ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы: 263 случая гнойных заболеваний мягких тканей у больных в возрасте от 15 до 48 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении Инфекционной клинической больницы № 3 г. Москвы в период с 2004 по 2008 год. Обследован 221 больной с ВИЧ-инфекцией и 42 пациента без ВИЧ-инфекции (группа сравнения). По стадиям ВИЧ-инфекции пациенты распределились следующим образом: III и IV А стадии – 78,2%, IV В и V стадии (СПИД) – 16,6%. Все пациенты были оперированы экстренно в первые часы госпитализации. 88,6% выполненных операций – вскрытие и дренирование гнойников и гнойных затёков.

Результаты: выявлены следующие особенности гноевого процесса при ВИЧ-инфицировании: отсутствие ярко выраженных проявлений заболевания; вялое течение послеоперационного периода; медленное заживление ран после вскрытия гнойных очагов; частое появление новых гнойников без выраженной воспалительной реакции; массивность гноево-некротического поражения тканей; тенденция к формированию обширных гнойных затёков; склонность к быстрому локальному прогрессированию и генерализации гноево-воспалительного процесса; тяжёлое состояние больных, связанное с прогрессированием иммунодефицита и общими проявлениями хирургической инфекции в виде эндогенной интоксикации; влияние осложнений ВИЧ-инфекции и присоединившихся оппортунистических заболеваний на течение и исход хирургической инфекции; необходимость проведения мощной антибактериальной терапии; длительность пребывания в стационаре.

Обсуждение: продолжительность лихорадки, гноевого отделяемого, сроков очищения раны и, в итоге, длительность пребывания в стационаре, находятся в прямой связи со стадией ВИЧ-инфекции, то есть степенью иммунодефицита.

Выводы: течение гноевых процессов при ВИЧ-инфицировании имеет особенности, которые необходимо учитывать в комплексном лечении этой группы больных.

ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ

Дизенгоф И.М., Лазуткина Л.И., Смирнов Г.Г.

Инфекционная клиническая больница № 3, г. Москва

Цель: улучшить результаты лечения гнойной инфекции мягких тканей у ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы: оперирован 221 больной с ВИЧ-инфекцией. 88,6 % выполненных операций – вскрытие и дренирование гнойников и гнойных затёков. В послеоперационном периоде одной группе больных проводилась адекватная антибактериальная терапия стандартными препаратами, давно внедрёнными в практику и хорошо себя зарекомендовавшими. Другая группа получала современные антибиотики.

Результаты: клинические критерии эффективности лечения – продолжительность лихорадки, сроки очищения раны, длительность нахождения в стационаре – достоверно лучше в группе больных, получавших современную антибактериальную терапию.

Обсуждение: низкая эффективность стандартной антибактериальной терапии обусловлена резистентностью микроорганизмов, преобладанием среди возбудителей гнойных заболеваний мягких тканей у ВИЧ-инфицированных MRSA. На всех стадиях ВИЧ-инфекции эффективна монотерапия препаратами Линезолид, Имипенем/Циластатин, Амоксициллин/Клавуланат, Цефоперазон/Сульбактам. При иммунных сдвигах III стадии

ВИЧ-инфекции и локальных гнойных поражениях возможно применение комбинированных схем Цефтриаксон+Метронидазол, Ципрофлоксацин+Метронидазол и Амикацин+Цефотаксим.

Выводы: современная антибактериальная терапия гнойных заболеваний мягких тканей у ВИЧ-инфицированных, проводимая с учётом преобладающей микрофлоры, позволяет улучшить результаты лечения.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дуванский В.А.^{1, 2}, Азизов Г.А.¹, Дзагнидзе Н.С.²

¹Российский университет дружбы народов, г. Москва

²ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Росздрава», г. Москва

Цель: оценить регионарную микроциркуляцию у больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Материалы и методы: нами проведен анализ результатов обследования 35 больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) стадия С6 по классификации CEAP. Варикозная болезнь диагностирована у 27 (77,2%) больных, посттромбофлебитическая болезнь у 8 (22,8%). Среди больных было 26 (74,3%) женщин и 9 (25,7%) мужчин в возрасте от 37 до 75 лет. 12 (34,3%) пациентов было до 60 лет, 23 (65,7%) старше 60 лет. Оценку микроциркуляции проводили методом компьютерной капилляроскопии (КК) и лазерной допплеровской флюметрии (ЛДФ). Применили компьютерный капилляроскоп, разработанный ЗАО Центр «Анализ веществ» (Россия), и лазерный анализатор капиллярного кровотока «ЛАКК-01» НПО «Лазма» (Россия). При оценке данных при компьютерной капилляроскопии алгоритм оценки, который, наряду с качественной характеристикой композиции микрососудов и кровотока в них, включал полукачественный учет признаков, характеризующих гемодинамику в микрососудах, структурные изменения микрососудов, реологические сдвиги, состояние барьерной функции микрососудов.

Результаты: при оценке капилляроскопической картины у больных ХВН С6 отмечали, что процент реологических и барьерных изменений преобладает над гемодинамическими и структурными. ЛДФ – исследование показало что гемодинамический тип микроциркуляции в коже нижних конечностей у больных ХВН С6 можно охарактеризовать как застойный с ареактивным ответом на окклюзионную пробу. Уровень показателя микроциркуляции повышен, при декомпенсированной форме заболевания амплитуды всех фласкомоций снижены.

Выводы: особенности микроциркуляции у больных с ХВН С6 выражаются, по данным КК, в глубоком угнетении тканевого кровотока, по данным ЛДФ – в застойном типе гемодинамики, ареактивности микрососудов во время окклюзионной пробы, низким уровнем тканевой перфузии кровью, низкой эффективностью регуляции микроциркуляции.

РАСТВОРИМАЯ ФОРМА Е-СЕЛЕКТИНА КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ РАННИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Ефименко Н.А., Зеленский А.А., Казаков С.П.

Цель: оценить взаимосвязь уровня в плазме крови Е-селектина и развития ранних послеоперационных осложнений у больных раком желудка после операций.

Методы: исследовали концентрации в плазме ИЛ-4 и ИЛ-6 методом проточной цитометрии (Coulter Epix XL-MCL) с использованием наборов «Multiplex» у 64 пациентов, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка – 28 больных с осложнениями и 36 пациентов без осложнений. Сравнивались концентрации перед оперативным вмешательством, а затем на 1-е, 2-е, 3-е и 7-е послеоперационные дни.

Результаты: для оценки возможности применения данных показателей как прогностических при развитии инфекционных осложнений использовалась программа SPSS 13,0. Для обработки данных пациенты были разделены на 2 группы: группа А – с инфекционными осложнениями (n=20), группа Б – без инфекционных осложнений (n=34). Были выявлены достоверные различия исследуемых групп, причем достоверность отмечалась в течение всего периода исследования. Наиболее ценным являются прогностические возможности оценки концентрации Е-селектина при развитии осложнений еще в предоперационном периоде.

В предоперационный день выявлено, что осложнения развивались при концентрациях Е-селектин >40 пг/мл (чувствительность-100%, специфичность-50%). На 2-й послеоперационный день Е-селектин $>72,2$ пг/мл (чувствительность – 100%, специфичность-71%). На 3-й послеоперационный день Е-селектин $>88,1$ пг/мл (чувствительность – 100%, специфичность-80%). На 7-й послеоперационный день Е-селектин $>81,7$ пг/мл (чувствительность – 100%, специфичность – 88%).

Вывод: оценка концентрации Е-селектина в плазме крови уже в предоперационном периоде помогает выявить пациентов, входящих в группу риска развития гнойно-септических осложнений. Установлено, что оценка концентрации Е-селектина, которая уже в 1-3-и сутки является прогностически достоверным критерием при развитии гнойно-септических осложнений, позволяет на более раннем этапе лечения оценить риск развития инфекционного осложнения по сравнению с используемыми в повседневной практике критериями системной воспалительной реакции.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С УЗ-ДЕСТРУКЦИЕЙ КОРНЯ НОГТЕЯ ПРИ ВРОСШЕМ НОГТЕ

Жинко Ю.Н., Лейднер Е.К., Логоватовский О.В.

Клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Смоленск

Цель: как показывают наблюдения, операции, используемые в лечении вросшего ногтя, достаточно часто приводят к рецидиву врастания ногтя, либо к выраженным косметическим дефектам с деформацией ногтевых валиков и зачастую самой ногтевой пластины. Кроме того, врастание ногтя нередко сопровождается нагноительным процессом, что препятствует ряду оперативных методик. Исходя из этого нами предложен способ оперативного лечения вросшего ногтя с применением УЗ-деструкции края корня ногтя для предупреждения рецидива заболевания за счёт сужения зоны роста ногтевой пластины и избежания формирования грубых рубцов и деформации ногтя.

Материалы и методы: для выполнения данного вмешательства, помимо стандартного поликлинического хирургического набора инструментов, нами использован аппарат ультразвуковой кавитации УРСК-2Н с клововидным волноводом собственной оригинальной конструкции. После обработки операционного поля под анестезией 2% раствором лидокаина по Оберсту-Лукашевичу проводится краевая резекция вросшей части ногтевой пластины до её основания шириной от 3 до 5 мм (в зависимости от ширины вросшей части). После чего ногтевое ложе на месте удалённой части ногтевой пластины промывается растворами антисептиков с удалением грануляций. Затем рабочей «клововидной» частью волновода производится 4-5-кратная обработка освобождённого от ногтевой пластины ногтевого ложа и матрицы ногтя шириной от 2 до 4 мм, чем достигается деструкция края корня ногтя. На образовавшийся струп накладывается повязка с раствором антисептика. Далее – перевязки через день.

Результаты: способ применён при лечении вросшего ногтя и при рецидивах его врастания у 56 больных в 68 случаях. У всех больных наступило полное выздоровление. Обсуждение: предложенный способ оперативного лечения малотравматичен, не требует дорогостоящей техники, выполним широкомасштабно в хирургической практике аппаратами ультразвуковой кавитации, легко исполним любым хирургом.

Выводы: предложенный метод даёт хороший косметический эффект в послеоперационном периоде, который стойко сохраняется и в отдалённом периоде (длительность наблюдения за отдельными пациентами 5 лет).

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ И КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ГОЛЕНЕЙ, ЯГОДИЦ И БЕДЕР ПОЛИАКРИЛАМИДНЫМ ГЕЛЕМ

Жуков А.О., Амиррасланов Ю.А., Божьева Е.И., Федотов С.В., Жданова А.Б.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий, г. Москва

В течение 8 лет, в период с 1999 по 2007 г.г., в отделении гнойной хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского находилось на лечении 9 пациенток с гнойными осложнениями после контурной пластики голеней или бедер (5) и увеличивающей маммопластики (4) полиакриламидным гелем. Осложнения развивались в сроки от 1 до 9 лет и протекали в форме обширных флегмон с множественными гнойными затеками в межмышечные пространства и внутримышечно либо в виде флегмон грудной стенки с деструкцией ткани молочных желез,

распространением на подключичные, подмышечные области и переднюю брюшную стенку. Анамнестические данные указывают на то, что образование обширных щелевидных полостей указанной анатомической локализации обусловлено первоначальной миграцией геля с последующим инфицированием. Течение заболевания осложнялось развитием сепсиса, а в 4-х наблюдениях – полиорганной недостаточностью, требовало длительного, дорогостоящего лечения в отделении интенсивной терапии, повторных, нередко многократных, оперативных вмешательств, включая хирургическую обработку ран и некрэктомию, нескольких пластических операций для окончательного закрытия обширных раневых поверхностей, образовавшихся после иссечения пораженных тканей. Используя активную хирургическую тактику, выполняя разрезы, а при необходимости и контрапертуры для создания адекватного доступа к обширным щелевидным полостям, образовавшимся вследствие миграции геля, мы избегали иссечения кожно-жировых лоскутов, выбирая направление разрезов с учетом их кровоснабжения. Длительность госпитализации составляла от 22 до 78 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА

Заварухин В.А., Галеев М.А., Дорофеев В.Д., Кононов В.С., Гвоздик Т.П.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Цель: изучить эффективность применения метода ультразвуковой (УЗ) кавитации в лечении гнойно-некротических ран.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 48 больных с гнойно-некротическими ранами различной локализации. В группу вошли пациенты, имеющие раны площадью от 22 до 30 см², в среднем 25,8±3,8 в возрасте от 18 до 74 лет. По этиологии пациенты были распределены следующим образом: раны после вскрытия флегмон – 16 пациентов, язвенные дефекты на фоне ХВН – 12, укушенные раны – 8, раны после травм – 12. Пациенты были разделены нами на 2 группы: первой группе (26 пациентов) наряду с общепринятыми методами лечения ран проводилась УЗ-кавитация ран, второй группе (22 больных) УЗ обработка не проводилась. Лечение проводили аппаратом УЗ-кавитации «Sonoca 180» немецкой фирмы Soring. Использовали два типа волновода: «копытце» для обработки плоскостных ран и «сдвоенный шарик» для обработки гнойных карманов и полостей. В качестве рабочего раствора использовали 0,02% водный раствор хлоргексидина и 3% раствор борной кислоты. Мощность и продолжительность воздействия варьировали в зависимости от уровня загрязнения раны, болевого порога пациента. Продолжительность сеанса в среднем составляла 3-6 мин. Проведение УЗ-кавитации проводилось в перевязочной, не требовало анестезиологического пособия.

Результаты и их обсуждение: пациентам первой группы были проведены от 3 до 8 сеансов УЗ-кавитации. Применение ультразвука позволило достичь более быстрого очищения ран от гнойно-некротического детрита уже после второго сеанса, что выражалось в появлении ярких сочных грануляций. Также было отмечено значительное уменьшение площади раневой поверхности. Применение ультразвука позволило сократить сроки воспалительной фазы раневого процесса, по сравнению со второй группой, на 3-4 дня, где длительность фазы воспаления составляла 6,8±1,7 дней. Это способствовало более быстрой подготовке пациентов к пластическому закрытию дефектов и сокращению сроков пребывания в стационаре с 38±2,8 дней до 32±1,2 дней.

Выводы: применение ультразвука в лечении гнойно-некротических ран позволяет ускорить темпы очищения ран для подготовки к пластическому закрытию дефектов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ

Звягин А.А., Демидова В.С., Родионова С.С., Симоненков А.П.

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, г. Москва

Причины развития хирургической инфекции у 127 больных сепсисом были связаны с развитием аэробной и анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей, послеоперационными осложнениями – несостоятельностью анастомозов, развитием перитонита, панкреонекроза, кишечных свищей.

Питательный статус больных и метаболические потери контролировали с помощью определения азотистого баланса, клинического и биохимического анализов крови, дефицита массы тела, функции ЖКТ. Метаболичес-

кие потери у больных с тяжелым течением хирургической инфекции возрастают в среднем на 47%, в зависимости от уровня катаболизма, площади раневой поверхности, объема потерь при кишечных свищах.

Тяжелое течение хирургической инфекции сопровождается выраженными нарушениями моторно-эвакуаторной и всасывательной функции ЖКТ, снижением массы тела, гипопротеинемией и гипоальбуминемией.

Новые технологии и препараты последнего поколения для парентерального – «три в одном», «Липо+», «Омеговен», «Дипептивен» и энтерального питания (фирмы «Frisenius», «Nutricia», «B.Braun») позволяют более эффективно проводить метаболическую терапию.

Применение в клинической практике новых препаратов и технологий парентерального и энтерального питания повышают эффективность коррекции метаболических потерь и снижают риск развития осложнений в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Земляной А.Б., Кисляков В.А., Юсупов И.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», г. Москва
ГОУ ВПО «Астраханская Государственная Медицинская Академия», г. Астрахань

Цель: улучшение результатов лечения.

Материалы и методы: анализ первой группы (2000–2004 год) – 984 пациента и второй группы (2005–2007 год) – 456 больных. Во второй группе алгоритм диагностики складывался из таких моментов: визуальная оценка, клинико-лабораторные исследования, рентгенография стопы, ультразвуковая допплерография сосудов нижних конечностей, оценка нейропатии, бактериологическое исследование, исследование цитокинового дисбаланса. Комплексное лечение включало: 1. коррекцию углеводного обмена; 2. детоксикационную терапию с коррекцией белкового, водно-солевого обмена и нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем; 3. коррекцию реологических свойств крови, микроциркуляции, перекисного окисления липидов; 4. нормализацию противовоспалительной резистентности и иммунитета; 5. рациональную антибактериальную терапию; 6. хирургическую обработку гноино-некротических участков в объеме радикальной некрэктомии, активное лечение ран. Ежеквартальное бактериологическое исследование позволило в 91% случаев выделить аэробно-анаэробные ассоциации. У 9% больных роста микрофлоры не обнаружено. Оказалось, что снижается роль аэробной флоры, возрастает доля факультативных анаэробов и грамотрицательной флоры. Изменилась резистентность к ряду антибиотиков. Рекомендуем применяемые схемы: фторхинолоны + метронидазол; фторхинолоны + клиндамицин; цефалоспорины 3-4-го поколения + метронидазол; карбопенемы + метронидазол. Антибиотикотерапия в таком сочетании применяется в течение 2-3 недель с контролем динамики микробного пейзажа каждые 5-7 дней. После локализации воспалительного процесса возможен переход на таблетированные формы. С целью коррекции цитокинового дисбаланса у ряда пациентов исследовали уровень: IL-1 β , IL-6, IL-8, FNO- α . Уровень определяли в день поступления, на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е, 11-е сутки после операции и при выписке. При поступлении отмечалось повышение уровня IL-6 (до 152.17 pg/ml), IL-1 β (до 396.46 pg/ml), IL-8 (до 127 pg/ml, FNO- α (до 52,12 pg/ml) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Мониторинг показал достоверное снижение его к 7-м, 11-м суткам после операции, но у ряда пациентов уровень цитокинов оставался высоким при снижении ЛИИ до нормы. Степень тяжести процесса коррелировала с дисбалансом цитокинов. Иммунокоррекцию осуществляли воздействием на разные звенья иммунной системы, используя тималин, т-активин – центральная регуляция; синтетические тимомиметики – метронидазол; на цитокины – ронколекин; восстанавливающие систему нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов макрофагов – метилурацил, гепарин, деринат, витамины, микроэлементы; интерфероны – реаферон; в соответствующих дозировках. В основе дезагрегантной и антикоагулянтной терапии применялись препараты класса гепариноидов, низкомолекулярных гепаринов. Для медикаментозной коррекции ишемии применяли вазапростан. Метод анестезии выбирали с учетом тяжести состояния пациента, локализации процесса и характера инфекции, вида и длительности операции. В последние годы нами стала широко у этой категории пациентов применяться спинномозговая анестезия – 57,2% больных. В настоящее время, как в до-, так и послеоперационном периоде, активно используются методы эфферентной терапии.

Результаты и обсуждение: госпитализируются на 2,6% больше пациентов работоспособного возраста; на 17,8% меньше в сроки более 1 месяца от начала заболевания; на 9% снизился процент, в состоянии средней тяжести и тяжелом; увеличился на 16,2% процент положительных консервативных исходов; снизилась общая ле-

тальность на 4,9%, а послеоперационная на 1,2%. Увеличилось количество сохраняющих стопу операций на 5,1%. Однако, при снижении количества высоких ампутаций на 1,2%, процент остается еще довольно высоким – 30,8%.

Выводы: совершенствование в регионах скоординированной мультидисциплинарной помощи и внедрение современных методов лечения позволит улучшить результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими поражениями стоп у больных сахарным диабетом.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ ИВЛ НА РАЗВИТИЕ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ

Игнатенко О.В., Проценко Д.Н., Нехаев И.В., Ярошецкий А.И., Магомедов Р.М., Гельфанд Б.Р.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ РГМУ

Городская клиническая больница №7 г. Москва

Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н. Блохина

В настоящее время доказано, что неадекватно подобранные параметры ИВЛ, а именно большие дыхательные объемы (Vt) и низкое положительное давление конца выдоха (PEEP), приводят к гиперпродукции медиаторов воспаления альвеолярными макрофагами и, как следствие, неспецифической воспалительной реакции, значительно ухудшая прогноз у больных с острым повреждением легких и острым респираторным дистресс-синдромом. Вместе с тем роль различных параметров ИВЛ в развитии вентилятор-ассоциированного повреждения легких у пациентов с интактными легкими пока не ясна.

Цель: оценить влияние различных параметров искусственной вентиляции легких на развитие острого повреждения легких (ОПЛ) у пациентов с тяжелой травмой и интактными легкими.

Материал и методы: в исследование включено 78 пациентов с тяжелой травмой в возрасте от 18 до 65 лет, требующих проведения продленной ИВЛ (более 48 часов) (исключение составляли пациенты с прямым повреждением легких). Пациенты рандомизированы на 2 группы: I группа (n=39) «традиционная» ИВЛ (Vt 10-12 мл/кг, PEEP – 5 см H₂O), II группа (n=39) «малых дыхательных объемов и высокого PEEP» ИВЛ (Vt 5-6 мл/кг, PEEP 10 H₂O). В обеих группах исследована концентрация цитокинов (TNF, IL 1β, IL 6, IL 4, IFα) в плазме и бронхоальвеолярно-лаважной жидкости (БАЛЖ) и их количественное изменение. Определена частота развития острого повреждения легких согласно общепринятым критериям, в зависимости от использования различных режимов ИВЛ.

Результаты: в I группе больных концентрация провоспалительных медиаторов (TNFα, IL 1β, IL6) в БАЛЖ была достоверно выше с первых суток проведения ИВЛ по 9-е сутки и достигала максимального значения на 3 сутки ($1106 \pm 149 / 91 \pm 11$; $640 \pm 52 / 79 \pm 9$; $1092 \pm 60 / 111 \pm 15$ пкг/мл в I и II группах соответственно) ($p < 0,0001$); концентрация медиаторов IL4 и IFα в БАЛЖ между группами достоверно не отличалась. При анализе биомеханики дыхания было отмечено достоверное повышение пикового инспираторного давления и давления плато в I группе по сравнению со II, достигающих максимального значения на 4-е сутки $P_{\text{пик}} 41,16 \pm 3,5 / 25,2 \pm 2,7$ см H₂O ($p < 0,00001$), $P_{\text{плато}} 27,8 \pm 4 / 17,7 \pm 1,5$ смH₂O ($p < 0,00001$). В первые сутки средний балл по шкале Murray составил $0,18 \pm 0,25$ и $0,25 \pm 0,2$ в I и II группах соответственно ($p = 0,41$), максимального значения балл по шкале Murray достиг на 4 сутки $1,43 \pm 0,5$ и $0,14 \pm 1,6$ в I и II группах соответственно ($p < 0,00001$). В I группе больных ОРДС развился в 18% случаев (балл по шкале Murray > 2), в то время как во II группе больных балл по шкале Murray не превышал этого значения. Длительность ИВЛ составила $17,4 \pm 6 / 12,8 \pm 3$ дней в I и II группах соответственно ($p = 0,0001$).

Выводы: длительная ИВЛ (более 72 часов) с использованием больших дыхательных объемов и низкого ПДКВ приводит повреждению легких и увеличению длительности проведения ИВЛ.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ В РАЗВИТИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Игнатенко О.В., Проценко Д.Н., Ярошецкий А.И., Магомедов Р.М., Гельфанд Б.Р.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ РГМУ
Городская клиническая больница №7 г. Москва

Цель исследования: определить частоту и тяжесть развития пневмонии, связанной с проведением ИВЛ у пациентов с различными параметрами длительной вентиляции легких.

Материал и методы: больные с тяжелой травмой (APACHE-II 18,8±3), нуждающиеся в респираторной терапии по внелегочным показаниям, соответственно различным параметрам ИВЛ были randomизированы на 2 группы: I группа (n=39) – большие дыхательные объемы (Vt) и низкое ПДКВ (PEEP) (Vt 10-12 мл/кг, PEEP – 5 см H₂O), II группа (n=39) – малые дыхательные объемы и высокое ПДКВ (PEEP) (Vt 5-6 мл/кг, PEEP 10 H₂O). В обеих группах определяли частоту развития и тяжесть пневмонии по шкале ДОП, а так же длительность проведения ИВЛ, длительность пребывания больных в ОРИТ и 28-дневную летальность.

Результаты: в I группе больных пневмония развилась (ДОП > 6 баллов) в 86 % случаев, во II группе - в 22% (p = 0,00023). Максимальное среднее значение по шкале ДОП в I группе отмечено на 5-е сутки от начала проведения ИВЛ и составляло 6,4±1,8 баллов, в то время как во второй группе максимальный балл по ДОП отмечен на 7 сутки - 4,1±0,9 (p = 0,00001). Тяжесть состояния больных по шкале органной дисфункции SOFA в первые сутки достоверно не отличалась, на 5-е сутки средний балл по SOFA в I группе составил 5,8±2,9, во II группе - 4,1±0,6 (p = 0,0008). Длительность проведения ИВЛ, а так же длительность пребывания больных в ОРИТ была достоверно выше в I группе больных и составила 17,4±6 и 21,3±8 против 12,8±3,3 и 15,8±3,1 дней соответственно (p = 0,0001, p = 0,0002). Летальность больных на 28 сутки достоверно не отличалась и составила 20 и 17,9 % в I и II группах соответственно.

Выводы: искусственная вентиляция легких с использованием больших дыхательных объемов и низкого ПДКВ сопряжена с более частым развитием пневмонии, большей длительностью проведения респираторной поддержки и пребыванием больных в ОРИТ, однако достоверного различия в летальности выявлено не было.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СЕПСИСА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Карпун Н.А.¹, Мороз В.В.², Хорошилов С.Е.¹, Рыбин П.Н.¹, Афонин А.Н.¹, Колесник А.В.¹, Зырянов В.А.¹

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

²ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Москва

Цель: оценка эффективности профилактического применения поливалентного Ig G в профилактике сепсиса у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы: в проспективное исследование включено 38 пострадавших, проходивших лечение в ГВКГ им. акад. Н. Н. Бурденко с 2004 г. по 2006 г. Все пациенты поступили в ОРИТ с этапов медицинской эвакуации на 1- 4 сутки после травмы. При стратификации пострадавших использовали шкалы APACHE-II, SOFA, ISS, ШКГ. После стратификации больных соответствующими критериям включения осуществлялась randomизация (метод конвертов 1:1). Первую (основную) группу составили 18 пациентов, которым осуществлялась иммунопрофилактика поливалентным Ig G (общая доза 500 мг/кг массы тела). Во вторую группу (группу сравнения) вошли 20 пострадавших, которым иммунопрофилактику не проводили. Конечными точками исследования были: 1) частота инфекционных осложнений; 2) летальность; 3) длительность ИВЛ; 4) длительность нахождения в ОРИТ.

Результаты: Отмечено двухкратное снижение случаев сепсиса в основной группе по сравнению с группой сравнения. Достигнуто уменьшение частоты возникновения вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) – 38% в основной группе, 65% – в группе сравнения, а также эпизодов бактериемии – 11% в основной группе и 25% – в группе сравнения. Анализ по конечным точкам исследования не выявил достоверных изменений частоты летальных исходов в изучаемых группах (33% в группе с иммунопрофилактикой и 50% в группе сравнения). Получены убедительные данные свидетельствующие об уменьшении длительности ИВЛ на 4 суток (p=0,001) и лечения в ОРИТ на 6 суток (p=0,002) при использовании иммунопрофилактики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ПРОВОДИМОСТИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кисленко А.М.

Центральный военный клинический госпиталь ВВС, г. Красногорск

Желудочно-кишечные кровотечения относятся к тяжелым осложнениям течения гнойно-септических заболеваний. Частота этого осложнения составляет по разным литературным источникам от 1,4 до 6,5%. Основными факторами, определяющими результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений при гнойно-септических заболеваниях, являются ранняя диагностика и дифференцированный подход к выбору тактики лечения, а определение объема кровопотери является ключевым показателем в выборе тактики лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями путем повышения эффективности ранней диагностики кровотечения.

Материалы и методы: величина послеоперационной кровопотери определялась гемодинамическими, лабораторными показателями, а также прибором, определяющим величину кровопотери на основе измерения удельной электрической проводимости (УЭП) крови. [Патент на изобретение № 2238670 (Зарегистрировано в Государственном реестре РФ 27.10.2004г.)].

Результаты: Обобщен опыт использования предлагаемого экспресс-метода оценки величины острой кровопотери у 14 пациентов (из них 8 пациентов с установленным диагнозом – сепсис). У 10 пациентов (71,4%) до возникновения кровотечения гематологические показатели соответствовали анемии легкой степени (Нb, Нt, Эр) и при первых клинических проявлениях желудочно-кишечного кровотечения определить объем кровопотери по гемоконцентрационным показателям не представлялось возможным. Следует отметить, что АД и частота пульса зависят от исходного состояния сердечно-сосудистой системы, фармакологических воздействий и степени тяжести гнойно-септического заболевания и не являются информативными в таких клинических ситуациях. Определение УЭП крови у всех 14 пациентов предложенным методом позволило в течение 2-х минут распознать острую кровопотерю и определить её объем.

Выводы: Неоспоримым преимуществом предлагаемого способа диагностики кровотечения по регистрации изменений УЭП является ранняя диагностика кровопотери, даже небольших объемов. Недостатком данного способа является возрастающая погрешность при проведении инфузионно-трансфузионной терапии.

ГЕПАРИНОПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМЫ

Колесников В.В.

КБ № 5 г. Тольятти

Тяжелая сочетанная травма вызывает настолько существенные изменения в системе гемостаза, что в дальнейшем они определяют течение и исход травматической болезни. Изучив динамику 18 показателей тестов коагулограммы у 293 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой («ВПХ-П(МТ)»- $9,9\pm0,4$ (ISS – $26,0\pm0,4$) балла в посттравматическом периоде, мы пришли к выводу, что нарушения системы гемостаза у них были обусловлены **массивной тромбопластинемией** с последующим внутрисосудистым свертыванием крови (ВСК). Снижение естественных антитромбинов и потребление факторов крови на фоне депрессии ее фибринолитической активности вызывало массивную блокаду микроциркуляторного русла микросгустками фибринна и агрегатами клеток крови. Полимеризация фибринна нарушала капиллярную перфузию тканей, вызывала тканевую гипоксию, нарушение клеточных функций и полиорганную недостаточность. Тем самым тромбопластиновая коагулопатия инициировала такие осложнения как РДСВ, СПОН, ГСИ, ТГВНК и ТЭЛА. При этом нами была показана прямая зависимость выявления маркеров ВСК от индексов тяжести механических повреждений и обратная – от сроков посттравматического периода.

Улучшение результатов лечения сочетанных повреждений во многом зависело от корректной регуляции гемостаза в раннем посттравматическом периоде. Клиническую эффективность применения прямых антикоагулянтов демонстрируют следующие результаты лечения. Так, в группе пострадавших, которым в посттравматическом периоде проводили профилактическую гепаринотерапию ($n=126$), тромбо-геморрагические

осложнения возникли у 2,38%(3), а в группе пострадавших, которым она не проводилась (n=531), в 3 раза чаще – у 7,2%(38).

Кроме того, *при продленной гепаринопрофилактике мы отметили снижение в 1,7 раза количество и гнойно-септических осложнений.* Если в контрольной группе они были зарегистрированы нами у 39,6%(210), то в опытной группе только у 23%(29) пострадавших.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Колесников В.В., Соловьёв А.В., Рыжов А.В.

КБ № 5, г. Тольятти

Целью работы явилось изучение частоты возникновения гнойно-септических осложнений в посттравматическом периоде у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с помощью объективных методов ее оценки.

Исследование основано на анализе результатов лечения 657 пострадавших с тяжелой сочетанной механической травмой живота («ВПХ-П(МТ)» – $9,9 \pm 0,4$; (ISS – $26,0 \pm 0,4$) балла.

Средний возраст пострадавших составил $37,2 \pm 1,3$ лет. Среди них преобладали мужчины (73,7%). Основными причинами травмы были ДТП – 361(55,0%) и падение с высоты – 195(29,7%).

У 47,3%(311) пострадавших в посттравматическом периоде возникло 497 осложнений. Среди них 33,3% (219) были гнойно-септическими. Нами выявлена прямо пропорциональная зависимость частоты возникновения осложнений от тяжести механических повреждений. Так, при механических *повреждениях средней степени тяжести* (n=27) с «ВПХ-П(МТ)» – $0,6 \pm 0,04$ (ISS – $11,7 \pm 0,9$) балла гнойно – септические осложнения возникали у 11,1%(3) пострадавших, при *тяжелых механических повреждениях* (n=438) с «ВПХ-П(МТ)» – $5,4 \pm 0,2$ (ISS – $22,8 \pm 0,3$) балла у 32,0%(140), а при *крайне тяжелых механических повреждениях* (n=192) с «ВПХ-П(МТ)» – $21,2 \pm 0,6$ (ISS – $35,0 \pm 0,7$) балла у 39,6%(76) пострадавших.

Среди осложнений 63,5%(139) составляли **пневмонии**, 26,5%(58) – плевриты и 20,6%(45) – раневая инфекция. Пролежни были у 10%(22) пострадавших, в основном с тяжелой сочетанной травмой головы. Чаще всего гнойно-септические осложнения возникали у пострадавших с **доминирующей травмой головы** – 40%(30), реже – 29,3%(31) при доминирующей травме груди. При доминирующей травме живота они возникали у 36,6%(110) пострадавших. Из-за выраженной воспалительного процесса и септического состояния 13,7%(30) пострадавших было переведено в специализированное отделение гнойной хирургии.

Выводы: частота возникновения гнойно-септических осложнений при политравме прямо пропорциональна тяжести механических повреждений.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кондратьев А.Н., Назаров Р.В.

Российский Нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

Частота инфекционных осложнений после плановых нейрохирургических операций по данным разных авторов составляет от 1 до 11%.

Достаточно хорошо изучены так называемые «факторы риска» развития инфекционных осложнений (ИО). Важно, что эти факторы не только по-разному проявляются в разных госпиталях, но и находятся в противоречиях. Например, внедрение микрохирургической техники в хирургию внутричерепных опухолей и сосудов с одной стороны существенно снизили риск таких факторов как травматичность хирургической операции, объем кровопотери, но продолжительность вмешательства существенно увеличилась, и фактор времени начинает играть первостепенную роль. Анализ данных литературы об эффективности периоперационной профилактики инфекционных осложнений с помощью антибиотиков показывает неоднозначность результатов, порой до противоречивых мнений.

Мы проанализировали истории болезни 3805 нейрохирургических пациентов, оперированных в нашем институте с 1998 по 2004 годы. Из них у 3038 проводилась интраоперационная профилактика цефалоспоринами 3 поколения, а у 767 пациентов она не выполнялась.

Влияние антибиотикопрофилактики на ИО (РНХИ им.А.Л.Поленова)

Таблица 1

Годы	Всего операций	Антибиотико-профилактику получили	ГВО		Антибиотико-профилактику не получили	ГВО	
			а.ч	%		а.ч	%
1998	545	410	7	1,70*	135	8	5,92*
1999	534	414	7	1,69*	120	8	6,66*
2000	544	450	5	1,11*	94	6	6,38*
2001	548	466	8	1,71	82	1	1,21
2002	540	410	6	1,46*	130	6	4,61*
2003	535	426	13	3,05	109	2	1,83
2004	559	462	8	1,73*	97	5	5,15*
Итого	3805	3038	54	1,77*	767	36	4,69*

* p <0,05)

Как видно из приведенных в таблице данных, количество ГВО в группе получивших антибиотикопрофилактику достоверно ниже ($p<0,05$), в сравнении с группой, где антибиотикопрофилактика не проводилась.

Таким образом, антибиотикопрофилактика достоверно снижает количество гнойно-воспалительных осложнений на 2,92%, при этом наиболее эффективны цефалоспорины III и IV поколений, фторхинолоны.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ЛАДЬЕВИДНОЙ И ПОЛУЛУННОЙ КОСТЕЙ КИСТИ: ЭФФЕКТ ОТ ЛЕЧЕНИЯ В ДИСТРАКЦИОННОМ АППАРАТЕ

Коршунов В.Ф., Видасова Е.В.

ГОУ ВПО РГМУ МЗ РФ кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
Клиника хирургии кисти, ГКБ №4, г. Москва

Кисть участвует во всех процессах жизнедеятельности человека, и естественно, часто подвергается травмам. Повреждения ладьевидной и полуулунной костей кисти возникают чаще, чем переломы других костей запястья, и занимают около 70-80% среди всех повреждений кистевого сустава.

Зачастую к возникновению ложных суставов и асептических некрозов ладьевидной кости приводят несвоевременная диагностика и неправильно выбранная тактика лечения переломов данной локализации.

Кроме того, отрицательное влияние на консолидацию фрагментов ладьевидной кости оказывает ее внутрисуставное расположение (обмывание внутрисуставной жидкостью) и особенности кровоснабжения. При наложении гипсовой повязки имеется возможность ротационного движения в лучезапястном суставе, что не обеспечивает стабильности отломков ладьевидной кости.

Особое место занимает асептический некроз полуулунной кости, «травматическая мальция Кинбека», и на протяжении 98 лет интерес к этиологии, патогенезу и лечению этого нередкого и сложного поражения остается постоянным, поскольку точного ответа так и не найдено.

Основной целью нашей работы стала разработка эффективного способа лечения больных с асептическими некрозами полуулунной и ладьевидной костей запястья путем применения метода дистракции.

Данное сообщение основано на опыте лечения 124 больных преимущественно молодого возраста с асептическими некрозами ладьевидной и полуулунной костей запястья. Все они проходили лечение на базе нашей клиники хирургии кисти (ГКБ №4) в период с 1990 по 2007 год.

При поступлении в клинику пациенты жаловались на боли в поврежденной кисти, усиливающиеся после физической нагрузки, ограничение движений в лучезапястном суставе (разгибание, ротация), снижение мышечной силы. Рентгенологическое исследование, проведенное в трех проекциях (прямой «кисть в кулак», боковой и 3/4) – подтверждало диагноз, и позволяло судить о стадии заболевания.

Комплексное лечение асептических некрозов (и в сочетании с ложными суставами) методом дистракции было проведено всем нашим пациентам. Использовались дистракционные аппараты из двух полуколец, разработанные в клинике.

Под местной анестезией (30-40 мл 0,5-1% раствора новокаина в область введения спиц) с помощью электродрели проводили по одной спице Киршнера через проксимальный метафиз II-V пястных костей и обе кости

предплечья в нижней трети. Монтировали дистракционный аппарат. В зависимости от стадии патологического процесса проводили этапную дистракцию кистевого сустава в среднем по 0,5 мм в сутки с периодической фиксацией на дистракционном аппарате с растяжением сустава до 8 мм. Дистракция осуществлялась (распределялась) до 6 недель с момента наложенного дистракционного аппарата. Фиксация в аппарате осуществлялась в течение 8 недель.

Во время дистракции кистевого сустава пациенты занимались лечебной гимнастикой, добиваясь полного объема движений во всех суставах пальцев. Местно применялась так же физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия). В процессе лечения у больных уменьшался отек кисти и боли в области повреждения, увеличивался объем движений в пальцах и сила кисти.

В процессе лечения с целью определения динамики регенерации производилась рентгенологическое исследование кистевого сустава в трех проекциях через 4 недели и для контроля сращения, перед снятием аппарата. Фиксация в аппарате осуществлялась до 2 месяцев. После чего накладывали тыльную гипсовую лонгету сроком на 6-8 недель. Пациенту мы рекомендовали при этом постепенное увеличение нагрузки на кисть, с последующим ношением напульсника.

Положительные результаты при данном методе лечения и реабилитации были получены в 92,5%. Причиной неудовлетворительных результатов в 7,5% случаев явились повторная травма поврежденного сустава, значительная физическая нагрузка на кистевой сустав сразу после снятия аппарата, неполные сроки фиксации и воспаление мягких тканей вокруг спиц.

Данные методы лечения и реабилитации больных с асептическими некрозами ладьевидной кости запястья являются достаточно эффективными, что позволяет нам рекомендовать их к применению в практике лечебных учреждений.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Костюшев С., Слабука А., Слостин С., Топильский В., Оксем В.

ФГУ «1586 ОВКГ МВО» МО РФ

Эндопротезирование тазобедренного сустава – сложная и травматичная ортопедическая операция, которая производится из широкого хирургического доступа. В ходе вмешательства мобилизируется проксимальный отдел бедренной кости, резецируется ее шейка, рассверливается вертлужная впадина и костно-мозговой канал, в отдельных случаях используется костный цемент для фиксации компонентов эндопротеза, имплантируется сам эндопротез и его компоненты. Операция занимает в среднем 1,5 – 2 часа, сопровождается интра- и послеоперационной кровопотерей.

Перечисленные факторы являются одной из причин развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. В отделении травматологии за период с 2000г. по 2007г. выполнено 158 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. В 64 операциях фиксация эндопротезов выполнялась с помощью костного цемента, в 94 – по методу press-fit. Всем пациентам по разным показаниям выполнено первичное эндопротезирование. Гнойные осложнения развились у 3 (1,8%) пациентов, которым выполнено тотальное эндопротезирование. Возбудителем являлся золотистый стафилококк, выявленный в 100% наблюдений. Впоследствии присоединились возбудители условно патогенной, как правило, аутофлоры. Всем пациентам выполнялась хирургическая санация с удалением эндопротеза и установкой спейсера. Повторное реэндопротезирование произвести не удалось, все пациенты продолжают пользоваться временным имплантатом.

Таким образом, двухэтапный метод лечения с установкой цементного спейсера, импрегнированного антибиотиками, в сочетании с системной антибиотикотерапией, позволяет создать благоприятные условия для повторного эндопротезирования при нестабильности имплантата и вторичном характере нагноения.

ПЛАЗМЕННЫЕ ПОТОКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Костюшев С., Слабука А., Слостиц С., Топильский В., Оксем В.

ФГУ «1586 ОВКГ МВО» МО РФ

Одним из новых методов лечения и профилактики инфекционных осложнений являются плазменные потоки инертных газов или воздушной смеси, которые обладают выраженным стерилизующим, гемостатическим и биостимулирующим действием. Этот метод мы применили в процессе лечения 163 раненых с огнестрельными переломами длинных трубчатых костей, среди которых 55 были с гнойными осложнениями.

В процессе хирургической обработки раны (в первые часы после ранения или по поводу осложнений) мы использовали плазменные потоки аппарата «Гемоплаз ВП» в сканирующем режиме по разработанной нами методике. Исследования показали, что микробная обсемененность ран до операции была гораздо выше критического уровня: 106 – 108, непосредственно после обработки мягкотканной раны плазменными потоками и до момента наложения швов постоянно была ниже критического уровня – 105 в 1г ткани. Швы накладывали на 5 – 6 сутки, создавая тем самым соответствующие условия для консолидации перелома по типу «закрытого». В случаях с осложненными гнойной инфекцией переломами после обработки плазменными потоками раневой процесс протекал аналогично, если к этому времени не успевал развиться остеомиелит, требующий соответствующего лечения. Раны зажили первичным натяжением в обычные сроки заживления «чистых» ран. Осложнение в виде частичного нагноения раны мы наблюдали у 4 больных, повторного хирургического вмешательства они не потребовали. Возникновения остеомиелита на нашем этапе отмечено не было.

Сроки консолидации осложненных раневой инфекцией огнестрельных переломов нижних конечностей были на одном уровне с неосложненными и составили для бедренной кости $180 \pm 28,8$ суток, для костей голени – $123 \pm 17,0$ суток. Сроки лечения огнестрельных переломов верхних конечностей составили для плеча $87,5 \pm 5,0$ и для предплечья $59,6 \pm 7,7$ суток. Всего возвращено в строй 61,4% раненых с огнестрельными переломами длинных трубчатых костей конечностей.

Проведенное исследование позволило сделать следующий вывод: применение плазменных потоков при выполнении хирургической обработки переломов, осложненных раневой инфекцией, создает благоприятные условия для своевременного заживления ран и консолидации переломов по типу «закрытых».

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ

Кочергаев О.В.

Военно-медицинский институт, г. Самара

Последние десятилетия характеризовались возникновением регионарных военных конфликтов. Как следствие этого, отмечался рост количества раненых и пострадавших, в том числе с травмой груди.

Цель исследования – уменьшить число плевральных осложнений у раненых в грудь.

Материалы и методы. Анализируется опыт лечения 942 раненых и пострадавших в локальных конфликтах. В общей структуре пострадавшие с огнестрельными ранениями груди составили 9,1%(86). Торакоабдоминальный характер ранения выявлен у 16(18,6%) человек.

Результаты. Из общего числа раненых в грудь 54% поступило с предыдущих этапов эвакуации после оказания им первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи, из них 80% пришлось выполнять повторные хирургические мероприятия.

В своей работе в целях диагностики мы широко применяли фенестрацию перикарда и ревизию органов средостения. Подобная тактика позволила у 4 пострадавших выявить ранение сердца и органов средостения, а у 11 исключить ранение сердца и органов средостения, тем самым предотвратив выполнение необоснованных широких торакотомий. Снижение числа необоснованных торакотомий способствовало в дальнейшем уменьшению количества плевральных осложнений.

В своей работе мы стремились своевременно диагностировать ранние плевральные осложнения. Особое внимание уделяли свернувшемуся гемотораксу и устойчивому пневмотораксу. В их лечении широко применяли торакоскопию, активную аспирацию плеврального содержимого, проточное промывание плевральной полости и ферментные препараты.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что применение предложенной схемы диагностики и лечения раненных в грудь позволило уменьшить количество ранних плевральных осложнений с 55,1 до 22,1%, а диагностических ошибок – с 34,2 до 11,2%.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Кочергаев О.В., Давыдов А.В., Карпухин В.А.

Военно-медицинский институт, г. Самара

Тяжелые сочетанные травмы в 30% случаев требуют проведения длительной вентиляции легких (от 5 суток до 60 дней). Это требует в большинстве случаев выполнения трахеостомии.

Цель. Уменьшить число раневых осложнений после трахеостомии.

Материалы и методы. По способу Bjork V.O. выполнено 89 операций. Как показали результаты выполненного исследования, недостатками указанного способа являются: частые отрывы, травматизация и лизис лоскута, формирование стеноза трахеи, что было выявлено у 12 (13,4%) пострадавших. В проведённом исследовании модифицировали известный способ E. Rughaimer (1982), широко применяющийся в США и Западной Европе. Суть его заключается в следующем: вертикальным разрезом по средней линии шеи осуществляется доступ к перешейку щитовидной железы, производится его резекция, из передней стенки трахеи выкраивается под размер интубационной трубки окружной формы "окно", которое фиксируется к нижнему краю раны шеи, с последующим введением интубационной трубки и ушиванием раны.

Предложенный модифицированный способ реализуется следующим образом. Полувальным разрезом длиной 5 – 6 см на 2,0 – 2,5 см выше ярмной вырезки поперечно рассекают кожу, подкожную клетчатку и мышцу. Короткие мышцы шеи тупо разводятся в стороны, до обнажения передней поверхности трахеи. Перешеек щитовидной железы мобилизуют и оттягивают вверх, из передней стенки трахеи выкраивают окружной формы "окно" под размер интубационной трубки. Созданное "окно" фиксируют двумя лигатурами к нижнему краю раны, после чего вставляют интубационную трубку и ушивают кожу. Трахея при данном способеочно фиксируется к коже.

Результаты. Для сравнения двух методов трахеостомии был проведен анализ осложнений. По методике Bjork V.O. выполнено 89 операций, осложнения отмечены у 12 пострадавших (13,4%).

По модифицированному способу выполнено 42 операции – осложнений нет.

Таким образом, предложенный способ трахеостомии прост в исполнении, более надежен и даёт меньше осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УШИБА СЕРДЦА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Кочергаев О.В., Давыдов А.В., Карпухин В.А.

Военно-медицинский институт, г. Самара

До настоящего времени одной из наиболее актуальных проблем военно-полевой хирургии является диагностика ушиба сердца (УС) при огнестрельных ранениях груди.

Цель. Определить эффективный метод диагностики ушиба.

Материалы. В выполненной работе пострадавшие с огнестрельным ранением груди, осложненным ушибом сердца составили 36,6% (106 пациентов).

Результаты проведенного исследования показали, что установить точный характер и ведущие признаки повреждений сердца только на основе данных клинического обследования довольно сложно.

Наряду с клиническими важная роль в диагностике ушиба сердца принадлежит ЭКГ, ИРТГ, УЗИ и энзимодиагностике.

Проведен сравнительный анализ ЭКГ для определения специфичности выявляемых нарушений. Все типы изменений на ЭКГ наблюдались у пострадавших с ушибом сердца и без него. Однако частота отдельных из них при ушибе сердца была существенно большей.

С целью изучения роли УС в генезе расстройств кровообращения при огнестрельных ранениях груди и определения диагностического значения в распознавании этой патологии гемодинамического мониторинга, у 86 пострадавших проведена комплексная оценка центральной гемодинамики в 1,3, 5 сутки после травмы методом тетраполярной реографии.

Для определения роли энзимодиагностики в выявлении ушиба сердца у 120 пострадавших с сочетанной травмой исследовался уровень мв-кфк/кфк.

В настоящей работе анализируются результаты УЗИ у 79 пострадавших. По данным проведенного исследования чувствительность трансторакальной эхокардиографии составила 73,5%.

Результаты проведенного исследования подтвердили положение о полиморфизме клинических и функциональных признаков ушиба сердца. С этих позиций для диагностики ушиба сердца при огнестрельных ранениях груди оптимальным является комплексный подход, основанный на многофакторной оценке информативных диагностических признаков.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ РАНЕНИЯМИ ТОНКОЙ И СИГМОВИДНОЙ КИШОК, ОБЩЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Плешаков И.В., Дразнин В.И., Карпухин В.А.

Военно-медицинский институт, г. Самара

Повреждения живота и забрюшинного пространства встречаются в 7-10% от всех ранений. Данные повреждения отличаются тяжестью и высокой летальностью. (Цыбуляк Г.Н., 2005; Patzakis M.S., 2000).

Пациент Ш., 25 лет поступил в Клинику Самарского военно-медицинского института 21.04.07 г. через 4 часа после множественных ранений живота.

При поступлении общее состояние пострадавшего крайне тяжелое. Он занимал вынужденное положение на правом боку. Уровень сознания — поверхностное оглушение. Частота дыхательных движений составляла до 28 в минуту АД — 80 и 40 мм рт. ст. При осмотре боковой поверхности живота на 5 см выше крыла подвздошной kosti слева отметили две раны. Размеры ран составили 6 x 3см и 5 x 2,5см. Установлен диагноз проникающего ранения живота. С целью спасения жизни пострадавшего выполнены следующие оперативные вмешательства.

I. Средняя нижняя срединная лапаротомия, резекция тонкой кишки с анастомозом конец в конец, обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы. Санация и дренирование брюшной полости.

II. Левосторонняя люмботомия, восстановление целостности общей подвздошной артерии, ревизия мочеточника, санация и активное дренирование забрюшинного пространства.

В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия. На двадцатые сутки пациент выписан из стационара на амбулаторное лечение. Через три месяца пациент был повторно госпитализирован для выполнения реконструктивной операции.

23 августа 2007 г. выполнена реконструктивная операция на сигмовидной кишке.

III. Средняя нижняя срединная лапаротомия. Восстановление непрерывности сигмовидной кишки по типу конец в конец с использованием аппарата CHR – 25.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Пациент выписан из стационара на 14 сутки.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Крайнюков П.Е.¹, Козлов А.Н.², Корюкина И.В.¹

¹Военный госпиталь РВ СН, войсковая часть 33760, г. Знаменск

²Военный санаторий «Золотой берег», г. Анапа.

Частота встречаемости гнойных заболеваний кисти и пальцев составляет не менее 25 % и имеет тенденцию к росту, поэтому оказание медицинской помощи больным с данной патологией остается по-прежнему актуальной (А.В. Конычев, 2002).

Цель: оценить эффективность реабилитационного комплекса в послеоперационном периоде у пациентов с гнойными заболеваниями кисти.

Результаты и методы: больные были разделены на две группы, состав групп был сопоставим по возрасту и полу, нозологическим формам заболевания. У пациентов контрольной группы (n=55) реабилитация заключалась

в физиолечении и ЛФК. В основной группе ($n=52$) она дополнительно включала в себя иглорефлексотерапию (патент на изобретение РФ № 2247552). В обеих группах назначали курс магнитотерапии (20–25 минут ежедневно, 10 сеансов). Начиная с третьих суток начинали пассивные движения, включающие в себя пассивные сгибания и разгибания в межфаланговых суставах. С 4 – 5 суток дважды в сутки гимнастика пальца, активные движения в суставах. Координационные движения с теннисным мячом – легкие броски, точное попадание в цель, поочередное касание подушечками II, III, IV, V пальцев подушечками I пальца, постепенно увеличивалась скорость упражнений и продолжительность. Сеансы иглорефлексотерапии проводились ежедневно, 4 – 5 сеансов на курс лечения, продолжительностью от 20 до 25 минут.

Обсуждение: при контрольном осмотре через месяц после окончания лечения у пациентов основной группы получены: отличные результаты – 43 ($82,7 \pm 5,29\%$) пациента; хорошие – 8 ($15,3 \pm 4,04\%$); удовлетворительные – в 1 наблюдении. В контрольной группе соответственно: отличные – 12 ($21,8 \pm 5,61\%$); хорошие – 27 ($49,1 \pm 6,80\%$); удовлетворительные у 16 ($29,1 \pm 6,18\%$) пациентов. У пациентов основной группы, при сравнении абсолютных значений положительных результатов лечения с контрольной группой, результаты лечения выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы: таким образом, выполнение реабилитационного комплекса с иглорефлексотерапией дает возможность значительно улучшить функциональные, эстетические результаты лечения и сократить период реабилитации пациентов после оперативных вмешательств по поводу гнойных заболеваний кисти.

ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кузнецов А.Н., Милюков В.Е.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

Внедрение современной хирургической и анестезиологической техники открыло перед клиницистами большие перспективы. Значительно расширились возможности выполнения крупных операций на органах брюшной полости, претерпели изменения некоторые вопросы хирургической тактики. Однако многие вопросы абдоминальной хирургии далеки от своего окончательного разрешения. Одной из наиболее важных является проблема профилактики легочных осложнений при острых хирургических заболеваниях.

Цель исследования. Выявить закономерности динамики морфофункциональных изменений в тонкой кишке и легких при различных видах острой тонкокишечной непроходимости неопухолового генеза и после ее оперативного устранения. Обосновать тактику лечения и улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью, осложненной развитием респираторного дистресс-синдрома у взрослых, путем патогенетически обоснованной профилактики и лечения легочных осложнений.

Материалы и методы исследования. Исследование включает экспериментальную и клиническую части. Экспериментальная часть работы посвящена изучению артериального, венозного, гемомикроциркуляторного русла тонкой кишки и легких у собаки в норме, после формирования различных видов острой кишечной непроходимости и после ее устранения. Клиническая часть работы обобщает данные анализа клинического наблюдения 90 больных, перенесших резекцию тонкой кишки с наложением энтероэнteroанастомоза при оперативном устранении острой тонкокишечной непроходимости неопухолового генеза.

Обсуждение. Установлено, что морфологической основой патогенеза возникновения и развития легочных осложнений при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости является вазоконстрикция артериального отдела гемомикроциркуляторного русла в стенках тонкой кишки. В динамике развития заболевания в легких отмечается нарастание рефлекторного спазма артериол, прекапилляров и капилляров при менее значительном увеличении диаметра просветов венозного отдела гемомикроциркуляторного русла.

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 уменьшение диаметра просвета сосудов венуллярного отдела гемомикроциркуляторного русла из-за паравазального отека тканей, нарастающего с увеличением срока эксперимента, коррелирующие с изменениями в гемомикроциркуляторном русле стенок тонкой кишки.

Морфологической основой патогенеза возникновения и развития легочных осложнений после оперативного устранения острой тонкокишечной непроходимости является нарастание рефлекторного спазма артериол, прекапилляров и капилляров – результат реакции на операционную травму при резекции нежизнеспособного участка тонкой кишки и формировании энтероэнteroанастомоза.

Наиболее выраженным патофизиологическим фактором, обуславливающим легочные осложнения, является повышение легочного сосудистого сопротивления. Гипертензия вызвана как вазоконстрикцией артериального отдела гемомикроциркуляторного русла, так и сужением или окклюзией при отеке тканей вокруг сосудов (морфологическая основа) венозного отдела гемомикроциркуляторного русла, но чаще действуют оба механизма.

Выводы. На основании полученных результатов может быть разработана основа для правильного, патогенетически обоснованного подхода к профилактике и лечению легочных осложнений при острых хирургических заболеваниях.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ КОМПЕНСАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ

Левчик Е.Ю., Лейдерман И.Н., Воробьев С.А.

ГУЗ "Свердловская областная клиническая больница № 1", г. Екатеринбург

Цель исследования: изучить возможность стойкой компенсации расстройств питания у больных с высокими несформированными свищами тонкой кишки.

Материалы и методы исследования: проспективное неконтролируемое наблюдение за 47 пациентами с высокими свищами тонкой кишки (менее 1,5 м ниже связки Трейтца), в период с 01.01.2002 по 30.06.08.

Результаты исследования: Доля высоких свищ тонкой кишки составила 28,9%. У 5 (10,6%) из 47 больных стойкой компенсации расстройств питания добиться не удалось, им выполнены ранние восстановительные операции по жизненным показаниям (через $15,4 \pm 7,4$ суток персистенции свищ). У этих 5 больных в предоперационной подготовке базисным было парентеральное питание (умер после операции 1 – 20%).

Из остальных 42 больных у 18 (42,9%) применили внутрикишечную обтурацию, которая была эффективна у 10 (23,8%). Питание этих больных было естественным, операции выполнили через 100 ± 23 суток, после окончательного сформирования свищ. Еще 7 (16,7%) из 42 пациентов осуществляли питание протёртой пищей, обогащённой белком, 6-8 раз в сутки. Дополнительно применяли сиппинг сбалансированными полисубстратными смесями 500,0-1000,0/сутки, в разведении 1 ккал:1 мл воды. Собранный и профильтрованный химус вводили в отводящий от свища отдел кишки. Восстановительные операции выполнили через 32 ± 12 суток персистенции свищ. У 25 (59,5%) из 42 больных стойкой компенсации питания добились с помощью базисного естественного питания с дополнением сбалансированными полисубстратными смесями в виде сухой добавки к пище 3 – 4 раза в сутки. У 7 из 25 пациентов этой группы энтеральное питание дополняли парентеральным. Сроки выполнения восстановительных вмешательств составили 25 ± 8 суток от возникновения свищ. У 2 (4,7%) из 42 пациентов добились заживления свищ, 39 (92,9%) выполнены восстановительные вмешательства (умерли 2 – 5,1%). 1 (2,4%) больной умер до операции от декомпенсации сопутствующего сердечно-сосудистого заболевания.

Выводы: стойкая компенсация расстройств питания достигнута у 89,4% больных с высокими свищами тонкой кишки, что позволило выполнить восстановительные операции после купирования инфекционных осложнений и добиться выживаемости 92,9% больных, снижения послеоперационной летальности до 5,1%.

ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ АСПЛЕНИЗАЦИИ

Лепехова С.А., Апарцин К.А., Прокопьев М.В.

Научный Центр Реконструктивной и Восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск

Цель: уточнить механизмы воспалительного повреждения печени в раннем послеоперационном периоде после аспленизации в эксперименте.

Материалы и методы: экспериментальное исследование выполнено на 48 крысах-самцах породы Вистар. После выполненной аспленизации изучали некоторые показатели белково-синтетической функции печени, маркеры цитолиза и морфологические изменения в печени на 2-е, 5-е и 7-е сутки исследования.

Результаты: динамическое изучение активности индикаторных ферментов цитолиза показало существенное повышение уровня цитолитических ферментов, АЛТ и АСТ начиная со 2 суток ($p_w \leq 0,05$), с максимальным значением на 5 сутки по сравнению с нормой. При оценке белково-синтетической функции печени у аспленизиро-

ванных животных выявлено существенное снижение активности ХЭ, уменьшение количества общего белка и альбумина со 2-х суток исследования ($p_{W} \leq 0,05$), выявленная закономерность сохранялась на протяжении всего исследования с наиболее низкими показателями на 7 сутки. Эти показатели изменялись параллельно с морфологическими изменениями. Так, на 2 сутки после аспленизации у всех животных выявлены однотипные изменения в виде участков с гидропической дистрофией гепатоцитов, дискомплексацией балочной структуры печени. К пятим суткам выявляли центролобулярные некрозы гепатоцитов; у части животных отмечали дискомплексацию балочных структур, очаги гепатоцитов с коагуляционным некрозом и инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами и макрофагами.

Обсуждение: в раннем послеоперационном периоде после аспленизации животных происходит воспалительное повреждение структуры печени, сопровождающиеся ухудшением ее функциональной способности. Возможно, что патогенное воздействие на печень обусловлено бактериальной транслокацией микрофлоры в систему воротной вены, которая становится возможной после аспленизации.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Лешкова В. Е.¹, Лутфарахманов И.И.²

¹Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

²Городская клиническая больница №20, г. Москва

Цель: определить взаимосвязь структуры мультиорганной дисфункции с исходами острых желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов с тяжелым сепсисом.

Материалы и методы: в исследование включено 100 пациентов с тяжелым сепсисом (определен по критериям American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine, 2003) с острыми клинически значимыми ЖКК (определен по критериям D.J. Cook с соавт., 1994), находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова, г. Уфа в 2002-2007 гг. Были исключены пациенты с ЖКК из пептических язв, варикозных, опухолевых и других неязвенных поражений. Конечная точка исследования — госпитальная смерть. Органная дисфункция была определена по критериям A. Baue с соавт. (2000). Относительную силу взаимосвязи между предикторами и исходами болезни определяли как отношение рисков (OP) с 95% доверительными интервалами (95% ДИ).

Результаты: пациенты, умершие в стационаре, имели достоверно более высокую частоту развития синдрома мультиорганной дисфункции (OP=5,29; 95% ДИ 2,20-12,7); дыхательной дисфункции (OP=3,72; 95% ДИ 1,57-8,81); сердечно-сосудистой дисфункции (OP=5,85; 95% ДИ 2,00-17,1); почечной дисфункции (OP=4,48; 95% ДИ 1,85-10,9); неврологической дисфункции (OP=6,01; 95% ДИ 2,42-14,9). Развитие ЖКК у пациентов с тяжелым сепсисом на фоне мультиорганной дисфункции было прогностически неблагоприятным (летальность 71,0%), особенно неблагоприятным было сочетание сердечно-сосудистой и почечной дисфункций (летальность 91,7%) и комбинация сердечно-сосудистой, почечной и неврологической дисфункций (летальность 100%).

Выходы: исходы ЖКК у пациентов с тяжелым сепсисом определяются не только числом органов, вовлеченных в мультиорганическую дисфункцию, но и структурой синдрома.

ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВАН-АКЕРА/ПИТЕРА В ОЦЕНКЕ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Липин А.Н., Белевитин А.Б., Срабионов В.О.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Цель: оценить прогностическую значимость классификации Ван-Акера/Питера для оценки язвенных поражений стоп у диабетиков.

Материалы и методы: изучаемая группа состояла из 263 пациентов, у которых выявлено 312 язв. Из них 275 (88,1 %) зажили без ампутации и 37 (11,9 %) излечились после ампутации. Классификация Van Acker/Peter основана на Техасской классификации диабетических ран. Система включает 25 отдельных классов и представ-

лена в виде черно-белой сетки. Различия между подгруппами заживления с или без ампутации были исследованы t-тестом по длительности и Chi-квадратным тестом или точным тестом Fisher's (низкие числа) по категориям. Различия по времени заживления были проверены log-rank-тестами. Все тесты были двух ступенчатые. Статистические исследования были выполнены с использованием SPSS 9.0 для Windows.

Результаты: диабетические язвы на стопах согласно классификации Wagner таковы: Wagner 1 – n=179 (57.4 %); Wagner 2 – n=49 (15.7 %); Wagner 3 – n=53 (17.0 %); Wagner 4 – n=31 (9.9 %); всего 312 (100 %). Согласно классификации VA/P, 119 (38%) язв имели сосудистое происхождение (DE), из которых 90% в Wagner 1 – 3, а остальные 10% – Wagner 4. Приблизительно 60% язв располагались на пальцах стоп, половина которых были на I пальце. Такая локализация обусловила 83% всех ампутаций. Количество ампутаций значительно увеличивалось при нарастании степени инфекции (Chi-квадрат для линейной функции, $p < 0.001$), тогда как на вертикальной оси число ампутаций было связано с сосудистой этиологией (категория DE) в особенности (Chi-квадрат для линейной тенденции, $p = 0.002$).

Выводы: новая классификация язв VA/P принимает во внимание основу возникновения язв и дает более детальную информацию, чем классификация Wagner. В промежуточной категории (например, Wagner 3), в которой риск ампутации связан с размером/глубиной и патофизиологическими особенностями трофических изменений, новая классификация VA/P представляется более практической. Кроме того, классификация VA/P значительно детализирована и может оказаться весьма полезной в клинике по лечению синдрома диабетической стопы. Однако из-за своей простоты, классификация Wagner остается приемлемым инструментом в клинической практике (например, в поликлиниках).

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАН У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ГАНГРЕНАМИ

Липин А.Н., Белевитин А.Б., Срабионов В.О.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Цель. Оптимизация методов местного лечения ран у больных с диабетическими гангренами.

Материалы и методы. Исследование выполнено в отделении гнойной хирургии СПБ ГУЗ «Городская больница №14». Проанализированы результаты лечения 123 больных [83 (67,5%) женщины, 40 (32,5%) мужчины] с синдромом диабетической стопы, проходившими лечение в период с 2003 по 2006 год.

Результаты. В местном медикаментозном лечении ран у больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы нами применяется широкий спектр препаратов. В 1-ю фазу раневого процесса: мази на полиэтиленоксидной основе, растворы антисептиков. Во 2-ю фазу раневого процесса: мази, гидроколлоиды, раневые покрытия, гелевые повязки, пенно- и пленкообразующие аэрозоли. В условиях радикальности хирургической обработки гнойного очага, компенсации сахарного диабета, симптоматической терапии сопутствующих заболеваний, купирования явлений критической ишемии стопы, а также проведения системной и местной антимикробной терапии повидон-йодом (мазь – раствор) у большинства больных в короткие сроки происходила нормализация функций всех жизненно важных органов, исчезали признаки тяжелой интоксикации. Через 10–14 дней раневой процесс переходил во вторую фазу, о чем свидетельствовало появление на дне ран грануляций, каймы краевой эпителизации. В эти же сроки воспалительный тип производимых в некоторых случаях цитограмм раневых отпечатков переходил из дегенеративно-воспалительного в воспалительно-регенераторный или регенераторный, о чем свидетельствовали увеличение в мазках-отпечатках лимфоцитов, макрофагов и появление фибробластов. Количество аэробных микроорганизмов в 1 г ткани раны снижалось с 5×10^8 до $1 \times 10^{2-3}$ микробных тел.

Выводы. Использование различных лекарственных форм в зависимости от формы поражения стопы, этапов комплексного лечения дает возможность сократить сроки системной антимикробной терапии до 10–15 суток и позволяет значительно сократить расходы на дорогостоящие антибактериальные препараты, избежать формирования резистентности микрофлоры к используемым системным антибиотикам. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, сократить показания к высоким ампутациям.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Макаров А.И.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Нормальное функционирование иммунной системы с разнообразным и многочисленным клеточным участием обеспечивается физиологическим уровнем и балансом продукции и акцепции оппозитных цитокинов.

Цель исследования: установить диагностический и прогностический потенциал цитокинового профиля периферической крови при острой абдоминальной патологии.

Материалы и методы: проведено обследование 116 больных с ургентной патологией, осложненной у 22 чел. местным (МП) и у 31 чел. распространенным перитонитом (РП). При МП преобладал синдром системного воспалительного ответа, манифестирующий двумя признаками (ССВО-II) – 60,0%, при РП в 58,6% случаев – ССВО-IV. Общая летальность при МП составила 4,7%, при РП – 32,9%, максимальный уровень летальности был у больных с ССВО-IV(57,9%). Методом ИФА определены уровни провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ) и противовоспалительных (ИЛ-10, рР-ФНО- α) цитокинов.

Результаты и обсуждение: средние значения концентраций ИЛ-1, ИЛ-6, ИФН- γ , ФНО- α и его растворимого рецептора в группах больных с перитонитом и без перитонита были достоверно выше контрольных значений ($p<0,001$ – 0,05). В группе больных с ССВО показатели имели более высокое значение, чем у пациентов без ССВО ($p<0,05$). Концентрации ИЛ-6 и рР-ФНО- α находились в прямой зависимости от распространенности перитонита и степени манифестации ССВО. Максимальные уровни ИЛ-6, ФНО- α и его растворимого рецептора были выявлены у больных с летальным исходом. Частота диагностически значимых показателей при ССВО для ИЛ-1 составила 98%, ФНО- α – 95%, ИЛ-6 – 100%, в группе больных без ССВО – 94,5%, 56,1% и 58,9% соответственно.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют, что профиль оппозитных цитокинов, отражая адекватно распространенность перитонита и интенсивность ССВО, должен использоваться, прежде всего, для прогноза варианта развития воспалительной реакции и исхода заболевания. Мы поддерживаем точку зрения исследователей в том, что диагностическая значимость цитокинов состоит не в нозологической диагностике, а в выявлении общих закономерностей патологического процесса.

СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ И ВЕН У БОЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНЕЙ

Малина В.Н., Жуков А.О., Аскеров Н.Г., Махулаева А.М., Курушкина Н.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва

Цель: оптимизация тактики комплексного хирургического лечения больных трофическими язвами голени с учетом выявления комбинированной, артериовенозной недостаточности кровообращения нижних конечностей.

Материалы и методы: в отделении гнойной хирургии в период 2002-2007 гг. находились на лечении 410 пациентов с трофическими язвами голени. Все пациенты ранее длительно лечились в амбулаторных и стационарных условиях по месту жительства по поводу «венозных» трофических язв голени. Для диагностики поражения сосудов нижних конечностей использовали ультразвуковое дуплексное сканирование. При этом было выявлено, что в 95 наблюдениях (23%) нарушения кровотока носили комбинированный характер в виде сочетанного поражения артерий и вен нижних конечностей. Таким образом, исследуемую группу пациентов составили 51 (53%) женщины и 44 (47%) мужчины. Длительность существования язв составляла от 2 месяцев до 25 лет. Площадь язвенно-некротического поражения кожи голеней – от 50 до 1200 см². Трофические нарушения в виде гиперпигментации, индурации кожи и подкожной клетчатки, периязменная экзема присутствовали у всех больных. В 75 наблюдениях (79%) больные до обращения в Институт хирургии получали только консервативную терапию, 20-ти (21%) больным выполнялись различные операции, направленные на коррекцию венозного кровотока.

Результаты: возраст больных в группе пациентов женского пола составил от 49 до 93 лет, наибольшее количество наблюдений (86%) составили лица старше 64 лет. Возраст больных в группе пациентов мужского пола составил от 38 до 82 лет, наибольшее количество наблюдений (72,7%) составили лица старше 52 лет.

Обсуждение: распространенность артериовенозной недостаточности кровообращения нижних конечностей у больных трофическими язвами голеней может достигать значимых величин, а недооценка серьезности и сложности гемодинамических нарушений может привести к неправильному выбору тактики лечения и увеличению числа рецидивов трофических язв.

Выводы: диагностический алгоритм для больных «венозными» трофическими язвами голеней старших возрастных групп (старше 60 лет для женщин и старше 50 лет для мужчин) должен включать дуплексное сканирование не только вен, но и артерий.

ДИАГНОСТИКА МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ВАРИКОЗНОЙ ЭКЗЕМОЙ

Махулаева А.М.¹, Баткаев Э.А.², Жуков А.О.¹, Аскеров Н.Г.¹

¹ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского, г. Москва

²Кафедра дерматовенерологии и клинической микологии с курсом лабораторной диагностики и лабораторной микологии РМАПО, г. Москва

Цель: оценить эффективность методов диагностики микотической инфекции у больных с трофическими язвами венозной этиологии.

Материал и методы: под нашим наблюдением в период 2005-2008 гг. находилось 128 пациентов с обширными трофическими язвами голени и варикозной экземой. Из них 79 (61,72%) женщин и 49 (38,28%) мужчин. Возраст пациентов от 21 до 80 лет, в среднем 49+8,2 лет. Трофические язвы локализовались преимущественно на внутренней поверхности нижней трети голени. Длительность хронической венозной недостаточности составляла от 5 месяцев до 30 лет. У 86 (67,21%) пациентов площадь язв не превышала 50 см², у 47 (38,81%) – от 50 см² до 300 см², у 23 (18%) пациентов были язвы обеих голеней, суммарная площадь которых составила от 100 см² до 300 см².

Клинические проявления экземы колебались от слабо выраженных локализованных проявлений до распространенных. Площадь экзематозного поражения кожи варьировала от 2 см по периметру язв до циркулярных поражений голени. Клинические признаки микоза ногтевых пластинок и/ или гладкой кожи стоп имелись у 102 пациентов.

Для диагностики онихомикоза использовали микроскопию, посев, иммуноферментный анализ IgE на грибковые антигены.

Результаты: из 128 больных у 75 (58,59%) микроскопия обнаружила грибы при отрицательном культуральном исследовании, у 25 (19,53), наличие грибов подтверждено при микроскопии и культурально, а у 11 (8,60%) – только культурально. У 22 (17,18%) пациентов, несмотря на наличие клинических проявлений микоза, ни микроскопическое, ни культуральное исследование не дало положительного результата.

Выявлены грибы *T. rubrum* у 17 (13,28%) больных, грибы рода *Candida* – у 12 (9,37%), у 7 (5,46%) была смешанная, грибково-дрожжевая инфекция. У 45 (35,15%) больных в соскобах кожи вокруг трофических язв были выделены грибы рода *Candida*.

Определение общего и специфического IgE у 42 больных выявило реакцию на грибковые антигены у 18-ти (43%) *Candida albicans* – у 9(21,42), грибы рода *Pen. natatum* – у 7(16,6%) больных, у 3(7,14%) – ассоциации плесневых и дрожжевых грибов, при этом у 8 (19,04%) из них при микроскопическом исследовании грибы не были обнаружены.

Обсуждение: у больных с трофическими язвами голени венозной этиологии наиболее эффективными методами диагностики микотической инфекции являются микроскопические и культуральные исследования. У больных с отрицательными результатами целесообразно исследование общего и специфического IgE .

Выводы: комплексная диагностика, включающая микробиологические методы и иммуноферментный анализ, позволяет обнаружить микотическую инфекцию у 90% больных с длительно существующими трофическими язвами голеней венозной этиологии.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИК ОБЪЕМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ПРОВОДИМОСТИ КРОВИ

Милюков В.Е.¹, Кисленко А.М.²

¹Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

²Центральный военный клинический госпиталь ВВС №5, г. Красногорск

Удельная электрическая проводимость крови является величиной постоянной у практически здоровых людей. Увеличение электрической проводимости крови пропорционально поступлению жидкости в сосудистое русло при аутогемодилюции, возникающей при острой кровопотере. На этом основан предложенный нами экспресс-метод определения объема кровопотери. [Патент на изобретение № 2238670 (Зарегистрировано в Государственном реестре РФ 27.10.2004 г.)] гнойно-септических заболеваний.

В клинической практике диагностика объема острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта затруднена по причине отсутствия простых и информативных методов определения острой кровопотери у этой категории больных.

Для решения вопроса о возможности использования определения удельной электрической проводимости крови в диагностике объема острой кровопотери при гнойно-септических заболеваниях, нами изучена удельная электрическая проводимость крови у 19 пациентов, находящихся на стационарном лечении (17 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 38,4±2,2 года) с гнойно-септическими заболеваниями (абсцессы брюшной полости разного генеза, панкреонекроз в реактивной фазе и др.) без водно-электролитных нарушений.

Контрольная группа состояла из 20 пациентов (16 мужчин и 4 женщины) – практически здоровых людей. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Удельная электрическая проводимость крови группы пациентов с гнойно-септическими заболеваниями составила $2,55\pm0,8 \times 10^{-3}$ 1/Ом х см., в контрольной группе $2,53\pm1,4 \times 10^{-3}$ 1/Ом х см. Достоверных различий показателей удельной электрической проводимости в сравниваемых группах не выявлено.

Таким образом, у больных с гнойно-септическими заболеваниями без водно-электролитных нарушений удельная электрическая проводимость крови является величиной постоянной, что позволяет использовать предложенный нами метод определения острой кровопотери в случае развития желудочно-кишечных кровотечений у этой категории больных.

ДИАГНОСТИКА НО-ЗАВИСИМОЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Милюков В.Е., Оксем В.Н.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

Одной из нерешенных проблем современной медицины является лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы (СДС). Это объясняется широким распространением сахарного диабета, тяжелым его течением с осложнениями, приводящими к инвалидизации и высокой смертности.

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения больных с СДС за счет использования обоснованного патогенетического подхода в лечебной тактике на основе разработки метода, позволяющего оптимизировать и упростить дифференциальную диагностику форм диабетической стопы, организовать раннюю профилактику развития гнойно-некротических форм СДС.

Известно, что оксид азота (NO) является одним из основных вазодилататоров сосудистой стенки и выполняет одну из главных функций в регуляции сосудистого тонуса. В силу функциональных либо морфологических нарушений эндотелия наблюдается снижение его NO-синтазной активности. Данное состояние чаще всего трактуется как вазоактивная NO-зависимая дисфункция эндотелия или просто дисфункция эндотелия (ДЭ). Уже доказано, что ДЭ предшествует появлению ангиографических и ультразвуковых признаков атеросклероза.

Окклюзия артериального кровотока в области бедра вызывает снижение РО₂ и увеличение напряжения сдвига на эндотелий (в момент реокклюзии), что приводит к повышению NO-синтазной активности эндотелия и раз-

витию постокклюзионной NO-обусловленной реактивной гиперемии вследствие дилатации сосудов в области голени.

Изучение степени прироста пульсового кровотока (ПК) в голени в первые две минуты восстановления кровотока по бедренной артерии, по сравнению с исходным ПК, дает возможность судить о сохранении или угнетении NO-синтазной активности эндотелия сосудов. При выявлении NO-зависимой ДЭ при исследовании сосудов нижних конечностей необходимо проводить активный поиск скрытых (доклинических) проявлений сахарного диабета. Это позволит более точно диагностировать на ранних этапах развития болезни синдром диабетической стопы по ангиопатическому типу, снизить риск развития гнойно-некротических осложнений, назначить адекватную терапию и уменьшить процент инвалидизации больных

О ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Милюков В.Е.¹, Телепанов Д.Н.²

¹Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ,
ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова, г. Москва

²Люберецкая районная больница №1, г. Люберецы

Проблема острой почечной недостаточности (ОПН) в настоящий момент является актуальной в интенсивной терапии осложнений перитонита, вызванного острой кишечной непроходимостью (ОКН). В 30 – 60% случаев ОПН является компонентом синдрома полиорганной недостаточности, что значительно ухудшает прогноз заболевания: увеличивается процент летальности. По данным разных авторов летальность варьирует от 20–50% до 80–100%. Даже значительные успехи экстракорпоральных методов детоксикации не определили существенного улучшения терапии осложнений острой кишечной непроходимости.

Цель: целью работы является качественное исследование всех звеньев гемомикроциркуляторного русла (ГМЦР) почек в процессе развития экспериментальной ОКН, странгуляционной и обтурационной. Улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью, осложненной развитием ОПН, путем профилактики и лечения почечных осложнений.

Материалы и методы: исследование выполнено на 120 взрослых беспородных собак обоего пола весом 7 – 20 кг. Производилось моделирование странгуляционной кишечной непроходимости на срок 3, 6, 12, 24 ч., обтурационной – на срок 1, 2, 3, 6 суток, с последующим изучением изменений ГМЦР почек. Микропрепараты почек, окрашенные гематоксилином-эозином, были изучены с помощью видеомикроскопа Nikon Eclipce E 400 на увеличении 40, 100, 200, 400.

Результаты: на сроках 3, 6 ч экспериментальной странгуляционной кишечной непроходимости полость капсул клубочков не изменена в сравнении с контрольной группой, на сроках 12, 24 ч – расширена, при обтурационной кишечной непроходимости на всех сроках эксперимента полость капсулы сужена. Капилляры клубочков умеренно полнокровны на сроке 3 ч, выражено полнокровны на сроках 6, 12, 24 ч. при странгуляционной кишечной непроходимости, 1 сутки при обтурационной кишечной непроходимости, на остальных сроках обтурационной кишечной непроходимости в большей части клубочков определяются диапедезные кровоизлияния. На сроках 6, 12 ч странгуляционной кишечной непроходимости, 1 сутки обтурационной кишечной непроходимости в препаратах отмечена деформация эндотелия капилляров клубочка, 2, 3, 6 суток – деформация эндотелия капилляров клубочка с участками некрозов.

Обсуждение: в результате исследования получены новые данные об изменениях гемомикроциркуляторного русла почек у собак при различных видах ОКН, установлена динамика структурных изменений микроциркуляторного русла почек во временном аспекте. Полученные данные позволили выявить критические периоды максимальных изменений в почечных тельцах при различных видах ОКН.

Выводы: морфологические изменения в почках находятся в прямой зависимости от длительности течения и вида ОКН. При обтурационной кишечной непроходимости отмечены более выраженные изменения ГМЦР почек, чем при странгуляционной. При острой кишечной непроходимости развиваются нарушения ГМЦР почек, что необходимо учитывать при лечении основного заболевания и для профилактики такого грозного осложнения, как ОПН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОКАЛЬНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Минаков О. Е.

ГУЗ Воронежская областная клиническая больница №1, г. Воронеж

Цель работы: улучшение результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы путем ротации антибактериальных препаратов для эмпирической терапии на основе локального микробиологического мониторинга.

Материал и методы: работа основана на анализе лечения 236 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Больные находились на лечении в отделении гнойной хирургии ГУЗ ВОКБ №1 с 2003 по 2008 годы. При поступлении производился забор материала для проведения бактериологического исследования. Пациенты разделены на две группы: поступившие из дома (1 группа), переведенные из других лечебных учреждений (2 группа).

Результаты: в первой группе грамположительная флора (*Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*) до 60%, энтерококки—10%. Чувствительность к антибиотикам: Ванкомицин — 100%, Офлоксацин — 100%, Рифампицин—83,7%, Фузидин—88,7%, Оксациллин—50%. Грамотрицательная флора в 10% исследований (*E. Coli*, *Proteus*). Чувствительность к антибактериальным препаратам: Имипенем/циластатин—100%, Меропенем—100%, Офлоксацин—100%, Цефтазидим—87,5%, Цефепим—75%, Ципрофлоксацин—50%. Во второй группе: грамположительная флора—25,1% (*Staph. aureus*—12,5%, *Enterococcus faec.*—6,3%, *Staph. saprophyticus*—6,3%). Чувствительность в группе грамположительных микроорганизмов: Ванкомицин—100%, Офлоксацин—91%, Рифампицин—66,7%, Фузидин—87%. Грамотрицательная флора—68,6% (*Enterobacter*—31%, *Proteus*—12,5%, *Pseudomonas spp.*—6,3%, *Klebsiella spp.*—6,3%, *Corynebacterium spp.*—12,5%). В группе грамотрицательных микроорганизмов чувствительность: Имипенем/циластатин—97,8%, Меропенем—96,7%, Офлоксацин—89,4%, Цефтазидим—44,5%, Ципрофлоксацин—44,5%.

Выходы: за последние 5 лет в структуре внебольничной инфекции преобладает грамположительная флора. Отмечается увеличение MRSA до 50%, для лечения которых препаратами выбора являются Ванкомицин, Рифампицин и Фузидин.

В структуре нозокомиальной инфекции преобладает грамотрицательная форма с высокой резистентностью к Амикацину и Ципрофлоксацину. Препаратами выбора являются Офлоксацин, в тяжелых случаях — карбапенемы.

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М., Цыбульская И.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра хирургии,
г. Санкт-Петербург

В Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга за период с 1990 по 2004 гг. находилось на лечении 68 пациентов с повреждением двенадцатиперстной кишки (ДПК). В результате травм и ранений повреждение ДПК было выявлено у 65 пострадавших, в 2 случаях повреждение носило ятогенный характер и в 1 случае больной переведен в Елизаветинскую больницу для лечения поздних осложнений. В этот период на лечении в стационаре находилось 3077 пациентов с ранениями и повреждениями живота и поясничной области. Травматический характер повреждений ДПК установлен у 65 пострадавших, что составило 2,11 % от общего количества больных. Из них на долю закрытых повреждений ДПК приходилось 44,6% (29), а на долю открытых повреждений 55,4% (36). При колото-резанных ранениях живота повреждения ДПК встречалось у 31; при огнестрельных ранениях — 4; с закрытой травмой живота — 29; а при ранениях поясничной области -1. В раннем послеоперационном периоде у 14 больных возникла необходимость в повторной операции. При релапаротомии в 8 наблюдениях обнаружены повреждения ДПК, а в 1 случае ранение нижней полой вены, не выявленных при первой операции. Ретроспективный анализ показал, что причинами диагностических ошибок в этих случаях явился отказ от ревизии забрюшинных гематом в проекции нисходящего отдела ДПК, правой почки и по ходу правого бокового канала, а также от проведения интраоперационной фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), для исключения повреждений ДПК. При релапаротомии были ушиты раны ДПК и дефект в нижней полой вене. В 3 случаях при повторном

оперативном вмешательстве обнаружена несостоительность швов, с развитием септической флегмоны забрюшинного пространства. Так же поводом для выполнения релапаротомии явились внутрибрюшное кровотечение из сосудов желудочно-ободочной связки в 1 случае и продолжающийся послеоперационный перитонит в 2 наблюдениях. Непроходимость ДПК, в раннем послеоперационном периоде, возникла у 1 больного. При развитии флегмоны забрюшинного пространства, после ушивания ран ДПК, производили «выключение» ДПК по Грехему – Маттоксу – формирование гастроэнтероанастомоза (ГЭА) с прошиванием привратника или по способу Ру. Непроходимость ДПК была устранена путем формирования обходного ГЭА с межкишечным соусьем по Брауну. Несмотря на проводимое комплексное лечение, в том числе повторные санационные релапаротомии, летальность после повторных операции составила 71,4% (10).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Новосельцев А.В., Чумаков П.А., Семенюк А.А.

Кафедра общей хирургии Омской государственной медицинской академии, г. Омск

Эффективность лапаростомии в лечении распространенного перитонита в настоящее время не вызывает сомнений. Широкое внедрение этого «тяжелого вооружения» (M.Schain, 2003) в руках хирурга находится в прямой связи с внедрением в клинику принципов “damage control” и “source control”. Метод позволяет осуществлять динамический контроль за источником инфицирования брюшной полости и минимизировать операционную травму. Кроме того метод временного закрытия брюшной полости позволяет эффективно бороться с синдромом интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) – состоянием, привлекающим к себе все возрастающее внимание хирургов.

С целью повышения эффективности метода и снижения количества осложнений, продолжается поиск новых материалов для создания «приспособлений для временного закрытия живота» (ПВЗЖ), в первую очередь для создания «матрицы» – мембранны, укладываемой на петли кишечника.

Мы использовали полипропиленовые сетчатые протезы, выпускаемые для пластики центральных грыж. Протез размером 30 – 40 см укладывался на кишечные петли. Края его подшивались отдельными полипропиленовыми швами к париэтальной брюшине для предупреждения эвентрации. Поверх сетки укладывались марлевые тампоны. На 6-е сутки после операции полипропиленовая сетка-матрица удалялась, выполнялась полноценная ревизия брюшной полости, лапаротомная рана ушивалась.

Полипропиленовая сетка в качестве матрицы лапаростомы нами использована у 4 пациентов с разлитым гнойным перитонитом. Величина MPI у всех пациентов превышала 30 баллов. Все пациенты выжили. Развитие кишечных свищей, внутрибрюшное кровотечение, эвентерации не отмечены ни в одном из случаев.

Заключение. Использование полипропиленовых сеток для временного укрытия брюшной полости при выполнении лапаростомии при лечении распространенного гнойного перитонита является простым и надежным способом, позволяющим добиться адекватного дренирования брюшной полости и снижения внутрибрюшного давления, а также обеспечивающим простой и быстрый доступ к брюшной полости в случае развития осложнений.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Нурахметов Т.М., Милюков В.Е.

ГИУВ МО РФ г. Москва

На современном этапе развития медицинской науки хирургия желудочно-кишечного тракта является одним из наиболее изученных разделов. Однако в неотложной абдоминальной хирургии, несмотря на обилие способов инструментальной диагностики, не существует чётких общепризнанных и достоверных критериев оценки жизнеспособности тонкой кишки.

Целью нашего исследования является разработка и апробирование в экспериментальном исследовании наиболее простого и доступного, по нашему мнению, способа определения жизнеспособности тонкой кишки на основе регистрации и оценки изменения ее электрофизических показателей при острой тонкокишечной непроходимости.

Материалы и методы: эксперимент проводился на 25 собаках с соблюдением правил работы с экспериментальными животными. По стандартным моделям формировали у животных обтурационную и странгуляционную тонкокишечную непроходимость. На стадиях формирования болезни через каждые 30 мин производили замер электрофизиологических показателей всех участков, вовлеченной в патологический процесс кишки, с последующим забором материала для гистологического исследования.

Результаты: в основе примененного нами способа определения жизнеспособности тканей тонкой кишки лежат знания об электрофизиологии живой и поврежденной клетки. В результате эксперимента нами выявлена четкая связь между электрофизическими показателями и степенью повреждения тканей оболочек тонкой кишки. Сконструировано устройство для измерения электрофизических свойств жизнеспособности (патент РФ №2267986, выданный 15.06.2004 по заявке №2004117924 от 15.06.2004).

Выводы: таким образом, предлагаемый нами метод и устройство позволяет измерить напрямую зависящий от морфофункционального состояния тканей кишки биофизический показатель жизнеспособности, а данный способ может быть предложен как способ экспресс-диагностики жизнеспособности тканей тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Олейников П.Н., Александров К.Р., Яковлев С.И., Безруков В.К., Шокиров Ф.Т., Умаров Ю.У.

РМАПО, ГКБ № 24, ГКБ № 60, ГБ № 3, г. Москва

Воспалительные осложнения кишечных стом достаточно частое явление, а по мнению некоторых авторов почти неизбежное.

Несмотря на возросший интерес к этой проблеме в последнее время многие вопросы (классификации, а, следовательно, четкой характеристики стом, патогенеза осложнений и их лечения) далеки от разрешения.

Из многочисленных осложнений наиболее частым, быстро возникающим, требующим значительных усилий в лечении является раздражение кожи вокруг стомы с развитием дерматита, что обусловлено раздражающим действием кишечного содержимого, попадающего на кожу.

Дерматит вокруг тонкокишечных свищей развивается быстрее, носит более агрессивный характер и трудней поддается лечению, чем воспаление вокруг колостомы.

Попадание на кожу кишечного содержимого может быть из-за неправильно формирования стомы, развившихся осложнений (ретракция, эвагинация, рубцовая деформация, некроз, свищи стомы, парактомальные abscessы и др. причины).

Под нашим наблюдением находилось 78 больных с различной выраженностью дерматита. Из них женщин – 47, мужчин – 21. Нужно отметить, что мужчины менее охотно обращались не только за помощью, но и посещали врачей для обследования. В связи со значительной длительностью существования парактомального воспаления у большинства пациентов мы расценивали его как хронический дерматит у 60 чел. и острый – у 18 чел.

Различная степень выраженности воспаления позволила нам выделить 3 стадии воспаления:

1. Гиперемия у 42 чел.,
2. Инфильтративная – глубокий отек с инфильтрацией кожи и развитием поверхностных повреждений – 29 чел.,
3. Язвенно-некротическая – 7 чел.

Площадь воспаления так же имеет большое значение в характеристике осложнения и влияет на характер и сроки лечения. Нами выделены следующие размеры дерматита:

- 1) малой площади (до 5-6 см. в диаметре, соответствующее размеру кольца калоприемника) – у 23 чел.;
- 2) среднего размера – до 10 см. в диаметре – у 38 чел.;
- 3) большого – до 15 см. – у 12 чел.;
- 4) гигантский – превышающий указанные размеры – 5 чел.

Использование импортных калоприемников на клейкой основе значительно снижает опасность развития дерматита, что обусловлено хорошим герметизмом устройства, исключающим попадание химически (ферментного) активного вещества на кожу и асептическими свойствами базовых пластин, фиксируемых вокруг стомы.

Однако у 12 пациентов была выявлена аллергическая реакция на калоприемник, у 17- дерматит исчез по мере овладения опытом применения калоприемника у остальных 49 чел. Причиной воспаления явилась деформация

стомы у 18 чел., эвагинация у 13 чел., кишечные параколомальные свищи – у 9 чел., пользование подручных средств в качестве калоприемника у остальных пациентов.

Для лечения минимальных воспалительных проявлений хороший эффект оказывал максимально длительное ношение калоприемников на самоклеющейся основе (не менее 2-3 недель). Применение гормональной мази (ультрапрот и др.) в течение 3-8 дней, с применением самоудерживающихся калоприемников или цинковой мази с обтурирующей повязкой под калоприемник с пластиковым фланцем.

Наибольшие трудности представляет лечение дерматита 2 и 3 степени при деформированной или патологически функционирующей илеостоме. Мокнущие, резкая болезненность затрудняют использование любых моделей калоприемников. Чаще всего приходится прибегать к марлево – мазевым аппликациям и даже дренированию стомы (латексным или резиновым зондом) для исключения попадания кишечного содержимого на кожу.

Тем не менее, лечение этих тяжелых осложнений может проводиться амбулаторно, но при этом требует тщательного выполнения всех приемов, обучения пациента всем навыкам лечения и ухода за стомой.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Олейников П.Н., Михайлянц Г.С., Скрипин А.В., Круглова И.С., Турлаева М.А.

Кафедра поликлинической хирургии и реабилитации РМАПО, г. Москва
Городская клиническая больница № 60, г. Москва

Следует отметить, что около 60% диабетиков с гнойно-некротическими поражениями стоп составляют лица пожилого и старческого возраста. Результаты лечения в этой возрастной группе остаются неудовлетворительными: сохраняется высокой частота ампутаций на уровне бедра (45-57%) и послеоперационная смертность (22-68%). Нами проанализированы результаты обследования и лечения 317 больных, находившихся в отделении гнойной хирургии. Ишемически-гангренозная форма отмечена у 23 (7,3%) больных, нейропатически-инфицированная форма – у 58(18,3%) больных. У 283 (92,43%) пациентов выявлены глубокие и обширные гнойно-некротические поражения стопы и голени. Большинство больных страдали среднетяжелой (181(57,1%)человек), и тяжелой (82(25,9%)) формой сахарного диабета II типа. Почти у всех пациентов отмечались тяжелые сопутствующие заболевания: ИБС – у 306 (96,5%) больных, в том числе постинфарктный кардиосклероз – у 47 (14,8%), гипертоническая болезнь – у 78,2% больных, цереброваскулярная болезнь – у 87 (27,4%) больных.

По объему и степени распространения воспалительного и гнойно-некротического процесса выделены 3 группы поражений: поверхностные изолированные (34 больных), глубокие ограниченные (196 пациентов) и обширные комбинированные (87 больных).

Алгоритм обследования больных включал кроме общепринятых и традиционных методов включал УЗДГ сосудов нижних конечностей, ЛДФ, рентгеновское исследование мягких и костных тканей нижних конечностей.

Состояние раневого процесса оценивали с помощью патоморфологического и морфометрического методов. Для этого выполняли прицельную биопсию из краев и дна раны (язвы)..

Результаты исследований сравнили в двух группах пациентов. Первую группу, (контрольную), составили 104 больных, комплексное лечение которых проводили с использованием традиционных методов . Во вторую группу вошли 213 больных, в лечении которых наряду с традиционными методами использовали низко-интенсивную лазерно-магнитную терапию аппаратом «Милта-Ф» в сочетании с пероральным приемом препарата «Детралекс» в дозе 500 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней на один курс В ходе клинического анализа в 2 группе, по сравнению с I (контрольной) отмечалось более быстрое очищение раны от гноя и фибрина в среднем на 14-й день, а в I группе на 19-й день лечения.

Все клинические данные нашли свое подтверждение с данными ЛДФ и морфометрии.

Накопленный нами опыт лечения пожилых больных с гнойно-некротическими формами СДС позволил разработать клинические, микроциркуляторные и патоморфологические критерии тяжести поражений стопы у пожилых больных С целью определения прогноза эти критерии (параметры) были объединены в три группы: критерии благоприятного прогноза, критерии хронизации и критерии прогрессирования процесса.

Лечение больных с **благоприятными клинико-морфологическими и микроциркуляторными критериями**, как правило, консервативное. Использование традиционных методик комплексного лечения оказывается достаточно эффективным. В лечении используется гемореологическая терапия, вазопротекторы, проводится коррекция уровня гликемии главным образом с помощью инсулинов, назначаются антибиотики широкого спектра действия, проводится разгрузка стопы, а также коррекция сопутствующих заболеваний. Местное лечение состоит

в ежедневной санации раны, удалении фибрина и гноиного детрита, использовании растворов антисептиков и мазей на основе этиленгликоля.

Лечение больных с наличием **критериев хронизации**, как правило, длительное. Требуется обязательное применение хирургических методик: выполнение этапных некрэктомий и ежедневных санаций, способных удалить большую массу фибрина, гноя и некротических тканей. Традиционные методики лечения оказываются неэффективными. Необходимо использовать методы, стимулирующие репаративные процессы в эпидермисе. Таким эффектом, на наш взгляд обладает низкоинтенсивная лазерно-магнитная терапия. Кроме того, к лечению необходимо добавить препараты, ингибирующие избыточное накопление нейтрофилов, и обладающие антиоксидантными свойствами. С этой целью показан пероральный прием детралекса.

Лечение больных с **прогрессирующими гноинно-некротическими поражениями** также длительное. Требуется выполнение нескольких этапных некрэктомий, секвестрэктомий, ежедневных санаций раны, а в ряде случаев выполнение резекции стопы на уровне суставов предплюсны (Шопара и Лисфранка). При дальнейшем прогрессировании гноинно-деструктивного процесса, переходе его на голеностопный сустав и голень приходится прибегать к ампутации на уровне голени и бедра. Использование традиционных методик комплексного лечения в этой группе абсолютно неэффективно. Кроме этого необходимо обязательно прибегать к использованию лазерно-магнитной терапии и приему детралекса, а также методам детоксикации (плазмоферез, гемосорбция) и интенсивной антибиотикотерапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРУС-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Орлова О.А.¹, Чистова А.В.²

¹Городская клиническая больница №8, г. Челябинск

²Управление Роспотребнадзора, г. Челябинск

Цель: изучение роли вирус-бактериальных фильтров, установленных в аппаратах искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на частоту возникновения инфекций дыхательных путей (ИДП) у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы: исследование проведено в отделении реанимации крупного многопрофильного стационара. В сравнительный анализ были включены пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой, которым проводилась ИВЛ. Возраст больных составил 15-45 лет (в среднем $32,2 \pm 2,1$ года). Продолжительность ИВЛ составила 2-35 суток (в среднем $12,1 \pm 1,9$ суток). Все больные были поделены на две группы. В первую вошли 126 больных, которые находились на аппаратах ИВЛ с вирус-бактериальными фильтрами, во вторую – 134 больных, которые находились на аппаратах ИВЛ, без фильтров. В работе использовались рентгенологические, клинические, микробиологические методы.

Результаты: у первой группы больных ИДП развилась в 11 случаях (8,7%), у контрольной группы – в 26 случаях (19,4%). При этом ИДП у больных в первой группе развивались на 10 сутки и позднее, тогда как у больных во второй группе ИДП развивались до 5 суток – в 8 случаях (30,8%), на 50-10 сутки – в 11 случаях (43,2%), позднее 10 суток – в 8 случаях 30,8%.

При проведении микробиологического контроля аппаратов ИВЛ (тройник, увлажнитель) после экстубации больных, у первой группу больных микроорганизмов обнаружено не было, тогда, как у второй группы больных обнаруживались в 100% случаях возбудители ИДП (*Ps.aeruginosae*, *Acinetobacter baumanii*).

Обсуждение: в результате применения в аппаратах ИВЛ вирус-бактериальных фильтров нам удалось добиться снижения количества ИДП у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, добиться развития ИДП в более поздние сроки, снизить обсемененность аппаратов ИВЛ микроорганизмами.

Выводы: наше исследование продемонстрировало эффективность применения вирус-бактериальных фильтров у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой с целью профилактики внутрибольничных ИДП.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Пасько В.Г., Лысенко М.В., Шестопалов А.Е., Руденко М.И.

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

Цель: изучить состав, сроки развития и возможные пути профилактики инфекционных осложнений у пострадавших с ТСТ.

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование у 115 пострадавших с ТСТ в течение 14 дней после травмы. Средний возраст $34,7 \pm 4,1$ года. Средний койко-день в ОРИТ – 18 дней, средняя длительность лечения – 62 дня. Все осложнения разделили на ранние (до 7 сут), отсроченные (от 7 до 15 сут) и поздние (более 15 сут).

Результаты: Осложнения развились у 31 (27%) пострадавшего. В среднем каждый пострадавший с осложнениями имел повреждения 3-4 областей тела и ПОН 4-х и более органов.

Обсуждение: Более 50% осложнений развились до 10 сут после травмы, а после 15 сут отмечено лишь 3 осложнения, среди которых пневмония, перитонит. У 22 пострадавших осложнения носили воспалительный или инфекционный характер, что составило 19,1% от всех пациентов. До 7-х суток это были пневмония, плеврит, пак-реонекроз и перитонит. Причинами перитонита чаще всего были повреждения кишечника, печени и поджелудочной железы в момент травмы. Причинами пневмоний в этот период были аспирация, повреждение легочной ткани и инфицирование трахеобронхиального дерева по разным причинам. В отсроченные гнойные осложнения вошли сепсис, синуситы, менингоэнцефалиты, флегмоны, тромбофлебит, эпидидимит и энтероколит. Поздними гнойными осложнениями были пневмония и перитонит. Причинами позднего перитонита были внутрибрюшные абсцессы, трофические язвы кишечника, осложненные перфорацией, несостоятельность швов на тонкой кишке, печени после обширных повреждений внутренних органов. Как правило, этим пострадавшим выполняли по 4-5 операций и более, включающих программные санации брюшной полости. При изучении иммунитета выявлены нарушения активности и завершенности фагоцитоза, снижение уровня IgM, IgG.

Выводы: Пострадавшим с ТСТ уже в ранние сроки показана иммуномодулирующая терапия. До 3-5 суток следует назначать иммунофан, ликопид. В более поздние сроки показано применение иммуноглобулинов с заместительной целью.

МАЛЫЕ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Пауткин Ю.Ф., Хохлова М.А., Берёзко М.П.

Кафедра факультетской хирургии Российского Университета дружбы народов, городская клиническая больница №64, г. Москва

Цель: В настоящее время проблема лечения больных с синдромом диабетической стопы (СДС) приобретает все большее значение. Наибольшее количество дискуссий вызывает лечение больных с поражением артерий нижних конечностей. Длительное время операцией выбора у данной категории больных при развитии гнойно-некротических осложнений были высокие ампутации нижних конечностей. Однако, помимо высокой послеоперационной летальности, достигающей 20-25%, ампутация конечности на уровне бедра повышает риск смерти пациента в течение последующих 5 лет до 40-68%. Целью данной работы явилась оценка результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС.

Материалы и методы: было проанализировано лечение 51 больного, находившихся на лечении в ГКБ №64, по поводу ишемической и нейроишемической форм СДС. Средний возраст данных больных составил $63,3 \pm 4,6$ года. У всех больных имело место поражение артерий нижних конечностей. По данным УЗДГ были выявлены следующие нарушения проходимости артериального русла: у 43,1% – нарушение проходимости ПБА, у 15,7% – стеноз ПА, у 17,7% – стеноз артерий голени. По классификации Wagner преобладало поражение 3-4 ст. (у 82,4% больных). Все больные с СДС получали интенсивное лечение, направленное на компенсацию обменных нарушений, ликвидацию гнойного очага, улучшение кровообращения в конечности.

Результаты: У 31 больного (60,7%) удалось ограничиться «малыми ампутациями», 8 больным (15,6%) выполняли ампутацию нижней конечности на уровне верхней трети бедра, 12 больным (23,5%) хирургическое лечение

не потребовалось. В первой группе летальность составила 13,1%, среднее пребывание в стационаре 27,7 дней. Во второй группе соответственно 37,5% и 16 дней. Причиной смерти были: ТЭЛА, инфаркт миокарда, пневмония, ОНМК, сепсис.

Выводы: проведение комплексной терапии, направленной на борьбу со всеми звеньями патогенеза развития СДС, позволяет избежать высокой ампутации конечности, сохранить трудоспособность, повысить качество жизни, продлить продолжительность жизни. Малые ампутации становятся все более актуальными в лечении ишемической и нейроишемической форм СДС.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Пацай Д.И.

ГУ«432 Главный военный клинический медицинский центр ВС РБ», г. Минск

Цель: изучение уровня сывороточного ферритина (СФ) у больных с ОП в сравнении с динамикой более изученного маркера воспаления – СРБ и оценка возможности их использования в качестве клинико-диагностического маркера острого воспаления при указанной патологии.

Материалы и методы: Обследован 29 больной, в тяжелом состоянии с панкреонекрозом в ОАР 432 Главного военного клинического медицинского центра ВС РБ. Длительность заболевания от 6 до 72 часов. Этиология, – алиментарно-токсическая. Все больные были средней возрастной категории и мужского пола. В первые 48 часов все больные стратифицированы по APACHE II, SOFA, SAPS и во всех группах $p < 0,05$ (Wilcoxon Matched Pairs Test).

В группе ($n=14$) со стерильным панкреонекрозом в первые трое суток отмечено нарастание значений СРВ до $285,81 \pm 19,38$ мг/л, СФ до $1116,843$ нг/мл, а затем быстрое снижение величины показателя к 5 суткам до $166,20 \pm 16,07$ мг/л, СФ до $526,69$ нг/мл с последующим плавным снижением до $65,27 \pm 41,31$ мг/л, СФ до $585,40$ нг/мл мг/л к 10 суткам.

В группе с инфицированным панкреонекрозом ($n=15$) отмечено увеличение СРВ к 1-3 м суткам до $348,00 \pm 30,85$ мг/л СФ до $2991,28$ нг/мл с последующим некоторым снижением показателя к 5 суткам до $243,28 \pm 24,14$ мг/л, СФ до $1914,92$ нг/мл мг/л. Далее регистрировалось плато значений СРВ $221,37 \pm 21,77$ мг/л СФ до $1706,59$ нг/мл. Во всех группах $p < 0,05$ (Wilcoxon Matched Pairs Test).

Выводы: 1.) Определены диагностически значимые уровни ферритина, СРВ при панкреонекрозе; 2.) Определение уровня маркеров (СФ, СРВ) способствует более раннему выявлению некротических (абактериальных и инфицированных) форм ОП.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА

Пичхадзе Р.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Цискарашвили А.В.,

Доржиев Ч.С., Данелиа Л.М., Пичхадзе Е.И., Реквава Г.Р., Мацакян А.М., Шулашов Б.Н.

ФГУ «ЦИТО им. Н.Н.Приорова Росмедтехнологий», г. Москва

Отсутствие единой классификационной базы хронического остеомиелита осложняет процесс формулировки диагноза и создания единого стандарта лечения данной патологии. Современная классификация должна не только отражать клинические формы заболевания, но и «быть понятной» для ЭВМ, то есть включать в себя подробную цифровую кодировку диагноза. На основании анализа имеющихся на настоящий момент современных классификаций остеомиелита и на основании собственного клинического материала была предложена новая классификация остеомиелита.

КЛАССИФИКАЦИИ ОСТЕОМИЕЛИТА:

1 Классификация – в зависимости от клинической формы и патогенеза; **2** – в зависимости от числа локализации остеомиелитических очагов; **3** – в зависимости от локализации процесса; **4** – в зависимости от распространенности патологического процесса; **5** – в зависимости от возбудителя; **6** – в зависимости от характера течения; **8** – от стадии остеомиелита; **9** – в зависимости от осложнений.

Каждый пункт классификации имеет уточняющие подпункты. Подробно классификация изложена в «Вестнике травматологии и ортопедии им Н.Н.Приорова», №3, 2008 г.

Вышеуказанная классификация, в связи с возможностью выполнения кодирования диагноза позволяет, в сочетании с современными компьютерными технологиями выполнять быструю обработку большого массива информации, связанного со статистической обработкой материала посвященного остеомиелиту. В сочетании с биомеханической классификацией и концепцией фиксации отломков, представленная классификация остеомиелита позволяет практическому врачу точно определиться в локализации и характере патологического процесса, а также провести предоперационное планирование предстоящего оперативного вмешательства, направленного на устранение данной патологии, т.е. четко определить характер и технологию предстоящего оперативного вмешательства. Единая классификационная база позволяет выработать единые стандарты в лечении представленной патологии.

РОЛЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Пичхадзе Р.М., Цискарашвили А.В., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Доржиев Ч.С., Пичхадзе Е.И., Данелия Л.М., Рекава Г.Р., Шулашов Б.Н.

ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Изучить роль стабильного остеосинтеза в условиях гнойного процесса длинных костей с учетом биомеханической концепции фиксации отломков.

Материалы и методы: Основу нашей работы составили результаты хирургического лечения 246 пациентов (177 (72%) мужчин и 69(28%) женщин) с открытыми инфицированными переломами, замедленно срастающимися переломами и ложными суставами длинных костей, осложненными хроническим остеомиелитом, проходивших лечение в ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологий» и его клинических базах с 1989 по 2007 гг. В 246 клинических наблюдениях было выявлено 361 повреждение. По локализации повреждения делились следующим образом: 41 (16,6%) больной с повреждением плечевой кости, 22 (9%) костей предплечья, 64 (26%) бедренной кости и 119 (48%) костей голени. По биомеханическому принципу повреждения делились наmonoфокальные 238 (65,9%) и полифокальные моно— и биполярные – 123 (34,1%). По рычаговости: Безрычаговые переломы составили 17 случаев (5 %), однорычаговые 68 (19%), двухрычаговые 276 (76 %). Внутрисуставные повреждения составили 109 (31%) и внесуставные 252 (69%). При внутрисуставных переломах с нарушением конгруэнтности суставной поверхности 93 (26%) и без нарушения 16 (6,4%) пациентов.

Результаты: По нашим наблюдениям при выполнении стабильного остеосинтеза с учетом биомеханической концепции фиксации отломков выражено изменяется течение раневого процесса: отмечается ускорение санации гнойных ран (спустя 15 дней в 29,6% случаях контрольные посевы были без патологической микрофлоры, у 58% пациентов санация раны достигнута на сроках от 21 до 45 дней), изменяется характер патогенной микрофлоры (снижается частота высеваемости ассоциаций, уменьшается титр при высевании монокультур), снижаются сроки заживления ран. Наблюдалось снижение потребность к антибактериальным препаратам. Во всех случаях удалось достигнуть сращения переломов и ложных суставов костей конечностей.

Выводы: Лечение больных с переломами длинных костей осложненных гнойной инфекцией в условиях стабильного остеосинтеза, т.е. при соблюдении биомеханических принципов фиксации отломков позволяет значительно сократить время купирования гноино-воспалительного процесса, и сократить сроки лечения.

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОН ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВЫБОРА УРОВНЯ АМПУТАЦИИ И ОБЪЕМА НЕКРЭКТОМИИ

Полунин С.В., Милюков В.Е.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

Активное хирургическое лечение заболеваний и травм мягких тканей конечностей поставило перед хирургами вопросы, касающихся определения зон повреждения и выбора границ хирургической агрессии. Объективность оценки жизнеспособности тканей во время оперативных вмешательств на мягких тканях конечности оп-

ределяет уровень ампутации и объём некрэктомии. Несмотря на значительный опыт хирургов и кажущуюся простоту операции, при ампутации нижних конечностей сохраняется значительное число послеоперационных осложнений и высокая летальность, достигающая по данным литературы 67%. Такие осложнения, как некроз мягких тканей и нагноение послеоперационных ран после ампутации ниже колена приводят к реампутации на уровне бедра в 50% случаев. Частота осложнений, обусловленных гнойно-некротическими процессами в послеоперационной ране, составляет 40-60%, а летальность среди больных с нагноением культи достигает 43,7%.

Цель исследования. Целью работы является обоснование и доказательство способа объективной оценки жизнеспособности мышечной ткани по её электрофизическим свойствам.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено с соблюдением правил работы с использованием экспериментальных животных. Объектом исследования являются 12 взрослых беспородных собак обоего пола весом 7-20 кг. Выполнено изучение изменения электрофизических показателей мышечной ткани при нарушении её трофики у живого животного и корреляции их с результатами гистологического исследования.

Обсуждение. В результате проведенного экспериментально-морфологического исследования впервые на достаточно большом материале выявлена корреляционная зависимость электрофизических свойств мышечной ткани и её жизнеспособности (живая ткань, паранекроз, некробиоз, некроз) на различных участках конечности, подтверждённая данными гистологического исследования. Определена математическая значимость изменений электрофизических показателей в процессе морфофункциональных изменений мышечной ткани от жизнеспособного состояния до необратимого некробиоза. Выявлено, что электрическая ёмкость жизнеспособной мышечной ткани отличается от таковой с необратимыми морфофункциональными изменениями не менее, чем в 1,6 раза, что является теоретическим обоснованием возможности применения данного способа в экспресс-диагностики для выбора объема оперативного вмешательства в клинической практике.

Выводы. Способ определения жизнеспособности мышечной ткани на основе изменения ее электрофизических свойств, после технической и эстетической модернизации может быть предложен для клинического испытания экспресс-диагностики жизнеспособности мышечной ткани в практической хирургии, что будет способствовать профилактике послеоперационных осложнений и улучшению результатов лечения раненых и больных.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЛУБОКИХ ФЛЕГМОН ТАЗА И ПРОМЕЖНОСТИ

Потемкин А.В.¹, Рышков И.Л.²

¹Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

²Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск

Цель: улучшение результатов лечения больных с травмами костей таза, осложненными глубокими флегмонаами таза и промежности.

Материалы и методы: В отделении гнойной хирургии ЧОКБ с 2005 по 2008гг. находились на лечении 15 больных с травмами костей таза, осложненных глубокими флегмонами таза и промежности. Сроки поступления от 5 до 19 дней с момента травмы. У 8% больных травма костей таза сочеталась с повреждением прямой кишки. Для уточнения локализации гнойного процесса и верификации диагноза выполняли рентгенографию костей таза, УЗИ, при необходимости КТ. Всем больным выполняли широкое вскрытие и дренирование флегмоны таза и промежности. Для адекватной иммобилизации костей таза 78% больным выполнена фиксация стержневым аппаратом. При выявлении повреждений прямой кишки выполняли отключение кишки с наложением сигмостомы. В последующем выполнялись плановые этапные ревизии ран с адекватным дренированием. При наличии обширных глубоких ран для адекватного дренирования, полноценного доступа к ране применяли фиксацию таза больного в подвешенном положении, закрепляя нижние конечности к балканским рамам скобами для скелетного вытяжения.

Результаты: средняя продолжительность лечения 38 дней, летальность 7%.

Обсуждение: Активная хирургическая тактика при гнойных осложнениях травмы костей таза приводит к более быстрому купированию гнойного процесса. Используемая методика ведения больных обеспечивает сокращение сроков лечения при данной патологии.

Выводы: При травмах костей таза, осложненных флегмонами промежности и таза необходимо широкое вскрытие и дренирование гнойных образований с последующими этапными ревизиями ран

При повреждении прямой кишки необходимо раннее отключение кишки из пассажа. Необходима иммобилизация костей таза с фиксацией больного, обеспечивающей адекватное дренирование ран в послеоперационном периоде, исключение нагрузки на рану, что способствует сокращению сроков лечения данных больных.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ В СОЧЕТАНИИ С ТРАХЕОСТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ

Лятаев С. Н., Славинский В. Г., Федосов С. Р.

Краевая клиническая больница, г. Краснодар

Цель. Обширная флегмона шеи у большинства больных сопровождается развитием дыхательной недостаточности разной степени выраженности.

Материалы и методы. В отделении гнойно-септической хирургии ККБ № 1 им. С. В. Очаповского за последние 10 лет находились на лечении 215 больных с обширными флегмонами шеи, доставленных из различных лечебных учреждений Краснодарского края. Из 198 больных, имевших дыхательную недостаточность различной степени тяжести (46 человек – I степени, 94 – II степени, 58 – III степени), 68 пациентам была наложена трахеостома. До настоящего времени, при обширной флегмоне шеи применяют "классические" линейные или фигурные разрезы (Соловьев М. М., 1997, Бернадский Ю. И., 1998). Используя такие доступы, можно выполнить только вскрытие гнойника. С целью изолирования трахеотомной раны от гнойного процесса на шее в клинике разработан оперативный доступ при обширных флегмонах шеи. Разрез проводят от одного угла нижней челюсти, параллельно её нижнему краю до нижнего края подбородочного возвышения, а затем симметрично с контраполатеральной стороны, до другого угла нижней челюсти. Второй разрез осуществляют вниз от первого, по средней линии шеи не доводя до трахеотомной раны не менее 15 мм. Затем, с каждой из сторон в виде арки над трахеотомной раной, книзу производят два дугообразных разреза с оставлением кожного мостика. Разрезы с каждой из сторон ведут до соответствующей ключицы. Образовавшиеся фигурные лоскуты отсепаровывают и отворачивают в стороны, так чтобы их основание было обращено к т. sternocleidomastoideus.

Результаты. Предлагаемая операция произведена 54 больным. Шести больным трахеотомию пришлось производить через гнойные ткани и несмотря на использование постоянного проточного аспирационного дренирования раны не удалось предотвратить попадание гноя в трахею, что явилось причиной возникновения гнойного трахеита и медиастенита. Использование способа хирургического лечения больных с обширными, преимущественно анаэробными неклостридиальными, флегмонаами шеи в сочетании с трахеостомой позволил предотвратить развитие гнойных осложнений со стороны трахеобронхиального дерева у 85% пациентов и вдвое снизить уровень летальности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Решетов И. В., Чиссов В. И., Кравцов С. А., Маторин О. В., Поляков А. П., Ратушный М. В., Филюшин М. М.,
Батухина Е. В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена, г. Москва

Цель исследования: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления местно-распространенных злокачественных опухолей полости рта.

Материалы и методы. Предложен метод микрохирургической реконструкции тканей орофациальной зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием морфо-функционально однородных аутотканей. Накоплен опыт лечения 234 пациентов. Для восстановления естественного питания и устранения 147 (63%) орофациальных дефектов, 32 (14%) крациоорофациальных, 50 (21%) ороорбитофациальных, 5 (2%) изолированных дефектов нижней челюсти использовано 266 аутотрансплантатов: висцеральных – 36 желудочно-сальниковых, 42 толстокишечно-сальниковых; кожно-мышечно-костных – 112, 49 кожно-мышечных лоскутов и 27 кожно-фасциальных лучевых. В связи с особенностями анатомического строения орофациальной зоны: ротоглотки, гортаноглотки, полости рта, при пластическом устранении дефекта и фиксации аутотрансплантатов мы использовали атравматический шовный материал «Викрил». Его применение обеспечивает техническое удобство наложения шва и освобождает от необходимости снятия швов в труднодоступных местах. Наличие микрофлоры в полости рта, а также ранее перенесенные лучевая или химиотерапия у онкологических больных создают пред-

покрытия для использования «Викрил Плюс» с антибактериальным покрытием, продемонстрировавшего снижение бактериальной колонизации в исследований *in vivo* на 96,2% по сравнению с «Викрилом».

Результаты. Различные послеоперационные осложнения возникли у 58 (25%) больных. Воспалительные реакции и образование свищей в реципиентной ране составили 37% в группе больных, которым для реконструкции полости рта были использованы кожно-мышечно-костные лоскуты и в наблюдениях, где использованы висцеральные аутотрансплантаты, отмечены у 13%. Летальность составила (2,8%). Пластика завершена у 98,4% больных. Реабилитация достигнута в 88,6% наблюдений. 93,2% пациентов удовлетворены косметическим результатом и 31,8% вернулись к труду.

Выводы: микрохирургическая аутотрансплантация позволяет решать основные вопросы реконструкции полости рта у онкологических больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИДРАДЕНИТА

Рогачев В.И., Кумахов В.Т., Ежов А.Ю., Копейкин А.А.

МУЗ ГК БСМП, г. Рязань

Хирургическое лечение гидраденита не часто обсуждается в научной литературе. В течение последних десяти лет нами отмечено значительное увеличение поступлений в стационар БСМП больных с клиникой гидраденита. Этот факт, а также довольно частые рецидивы заболевания побудили нас к исследованию современных особенностей гидраденита. На основании изучения историй болезни и наблюдения за пациентами нами проанализированы детали течения и результаты лечения 118 больных, обратившихся в БСМП по поводу гидраденита в 2004 – 2007 годах.

Средняя длительность от начала заболевания до госпитализации в БСМП составила 18,9 (от 3 до 90) суток, причем в течение первой недели были госпитализированы 43% (ср. возраст 34,0 лет), а через месяц и более – 22% (ср. возраст 26,7 лет) больных. У госпитализированных в более поздние сроки преобладал множественно-сливной характер поражения, реже встречались серьезные сопутствующие заболевания. Для гидраденита характерна выраженная сезонность, что было отмечено и нами. Почти половина всех больных поступила в стационар за четыре месяца – с июля по октябрь.Правосторонняя локализация гнойников наблюдалась в 68, левосторонняя в 45 и двухсторонняя в 5 случаях. В нашем наблюдении все гидрадениты располагались в аксилярных областях. К моменту поступления у 22% больных гнойный процесс распространялся в виде флегмоны и у 9% отмечались поражения кожи и подкожной клетчатки других локализаций.

Таким образом, гидраденит в современных условиях имеет некоторые особенности. Наблюдаемое нами значительное увеличение количества стационарных больных с гидраденитом, скорее всего, отражает общую тенденцию. Отмечается задержка в выполнении радикальной операции, особенно на амбулаторном этапе. Имеются существенные возрастные различия в возникновении и развитии гидраденита, что следует иметь в виду при лечении больных данной патологией. Для предупреждения рецидивов помимо радикального хирургического лечения необходимо проводить комплекс мероприятий, направленных на выявление и ликвидацию предрасполагающих причин.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ БСМП

Рогачев В.И., Кумахов В.Т., Песков О.Д., Копейкин А.А.

МУЗ ГК БСМП, г. Рязань

Резкое увеличение количества больных сахарным диабетом, наблюдавшееся в последние десятилетия, поставило перед обществом ряд проблем медицинского и социального характера, и одной из наиболее трудно решаемой при этом оказалась проблема диабетической стопы.

Мы располагаем материалом лечения больных с диабетической стопой в условиях отделения гнойной хирургии БСМП за 14 лет: с 1994 по 2007 годы. За это время количество пациентов, поступивших за год в стационар, возросло с 78 до 142. Средний возраст пациентов вырос, ухудшился социальный статус поступивших: в настоящее время инвалиды 1 и 2 групп составляют около 60% госпитализированных по поводу диабетической стопы, работающие – менее 8%. В 2007 году общий койко-день при данной патологии составил 5800, что можно представить, как заполнение всего отделения гнойной хирургии только больными с диабетической стопой в течение 100 дней в году. Общая летальность за 2007 год составила 12%.

Лечение больных синдромом диабетической стопы в условиях БСМП имеет свои особенности: 1) низкий социальный статус больных, ограничивающий возможности полноценного лечения и реабилитации, 2) выраженная сопутствующая патология, часто в стадии декомпенсации, что сокращает возможности комплексной терапии, снижает готовность больного следовать назначенному лечению и ухудшает его результаты, 3) экстренность поступивших больных, необходимость проведения неотложной интенсивной терапии и оперативного вмешательства, что отражается на тяжести общего состояния больных и степени декомпенсации сопутствующей патологии, 4) ограниченность специального инструментального и лабораторного обследования, необходимость постоянного мониторинга углеводного и других видов обмена у больных с кетоацидозом. Отсутствие ангиохирургического оперативного лечения, 5) высокая загруженность отделения пациентами с данной патологией, ежегодное увеличение количества поступивших по поводу осложненных форм синдрома диабетической стопы, 6) отсутствие плановой госпитализации для проведения обследования и противорецидивного лечения, непредусмотренность организационно амбулаторного наблюдения за данной специфической группой больных.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ

Рудь А.А., Резванцев М.В., Коваленко Р.А.

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

Развитие инфекционных осложнений при тяжелых травмах предопределено особенностями патогенеза самих тяжелых травм и последующих защитно-приспособительных и патологических процессов. Оно имеет определенные закономерности и происходит по сценарию: политравма – шок – ССВО – ранняя ПОД/ПОН – ИО – поздняя ПОД/ПОН (Faist E., 2003) и составляет клинико-патогенетическую сущность концепции травматической болезни (Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф., 2006). Прогнозирование наиболее тяжелых инфекционных осложнений – генерализованных – при поступлении позволит проводить направленную их профилактику и лечение.

Цель исследования: разработать методики прогнозирования генерализованных инфекционных осложнений у пострадавших с тяжелыми травмами.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 416 пострадавших с сочетанными и множественными травмами, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2000 по 2004 годы, по 181 клиническому признаку.

В исследуемый массив вошли преимущественно мужчины трудоспособного возраста ($39,9 \pm 0,7$ лет, 73,3%) с тяжелой и крайне тяжелой травмой. Общая тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) составила $8,99 \pm 0,39$ балла. Общая летальность составила 25,9% (n=108). В 19 (4,5%) случаях травмы были множественными, а в подавляющем большинстве – в 397 (95,5%) случаях – сочетанными.

Результаты исследования. Для разработки методики прогнозирования генерализованных ИО произведена оценка информативности 33 количественных признаков с помощью дисперсионного однофакторного анализа. Также изучена связь 20 качественных признаков с развитием генерализованных ИО с помощью построения таблиц сопряженности и расчета критерия Хи-квадрат, произведена их экспертная оценка. С рядом качественных признаков, такими как аспирация, ведущее повреждение, клиническая форма тяжелого состояния пострадавшего (травматический шок, травматическая кома) выявлена достоверная связь.

Путем логического отбора была исключена часть взаимосвязанных факторов с сохранением наиболее значимых и определен набор переменных, которые наиболее целесообразно использовать для прогнозирования генерализованных ИО методом дискриминантного анализа: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) и тяжесть состояния при поступлении по шкале ВПХ-СП.

В остром периоде ТБ оценивается риск развития генерализованных ИО по тяжести травмы (ВПХ-П и ВПХ-СП) с использованием формулы $F_2 = 1,917 - 0,035 \times \text{ВПХ-СП} - 0,151 \times \text{ВПХ-П}$. При значении функции, близкой к $-1,57$ – вероятность развития генерализованных ИО близка к 100%; при значении $-1,08$ – близка к 75%, при значении $-0,6$ – равна 50%; а при значении $0,36$ – близка к 0%. Данная методика высоконформативна – общая диагностическая эффективность составляет 85,2%. При верификации модели в ходе проспективного обследования 180 пострадавших с политравмами (тяжесть повреждения по ВПХ-П (МТ) более 8 баллов, тяжесть состояния при поступлении ВПХ-СП более 30 баллов) диагностическая эффективность её составила 78,1%.

Таким образом, у пострадавших с тяжелой травмой возможно прогнозирование генерализованных инфекционных осложнений при поступлении на основе индексов шкал ВПХ-П (МТ) и ВПХ-СП с диагностической точностью более 80%.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Рутенбург Д.Г., Коньчев А.В., Кокорев О.В.

ГОУ ДПО "Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования",
г. Санкт-Петербург

Введение. В последние годы нами отмечен значительный рост заболеваемости гнойно-воспалительной патологией верхней конечности. Целью исследования являлось изучение этиологических факторов возникновения гнойных заболеваний верхней конечности.

Материалы и методы. Исследовано 157 пациентов. Бактериологическое исследование выполняли с использованием следующих питательных сред: кровяной агар (Blood Agar), MacConkey агар, ВНІ, триптиказно-соевый бульон (TSB) и др.

Результаты исследования. Было выявлено четыре основных микроорганизма, принимавших участие в развитии гнойно-воспалительного процесса верхней конечности. Наиболее часто обнаруживаемым возбудителем являлся *Staphylococcus aureus* – 117 (74,5%) положительных проб, из них лишь в 28 (17,8%) случаях микроорганизм обнаруживался в виде монокультуры, в остальных 89 (56,7%) – в составе смешанных ассоциаций. Отмечена следующая активность золотистого стафилококка: 1±19 (12,1%) посевов, 2±39 (24,8%), 3±21 (13,4%), 4±38 (24,2%) случаев. В 46 (29,3%) пробах смешанные микробные ассоциации с участием золотистого стафилококка включали в себя два микроорганизма, в 26 (16,6%) – 3 возбудителя, в 16 (10,2%) – 4, у одного (0,6%) пациента была выявлена ассоциация, состоявшая из 5 микробных агентов. Наиболее часто встречающимся вариантом микст-инфекции с участием золотистого стафилококка являлось сочетание *Staphylococcus aureus* и *Acinetobacter baumannii* – 52 (33,1%) положительных посева. Была отмечена следующая частота встречаемости микроорганизмов: *Streptococcus pyogenes* – у 64 (40,8%) пациента, *Acinetobacter baumannii* – 62 (39,5%), *Enterobacter cloacae* – 14 (8,9%) случаев. Частота обнаружения более 40 других микроорганизмов была значительно ниже. Рост микробной флоры не был отмечен лишь у 2 пациентов (1,3%).

Выводы. Таким образом, в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний верхней конечности ведущую роль играют смешанные микробные ассоциации с участием вышеописанных микроорганизмов, что следует учитывать при проведении эмпирической и индивидуализированной антибактериальной терапии хирургической инфекции верхней конечности.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ

Саенко А.Ф., Михайлов А.П., Данилов А.М., Дайнега И.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра хирургии, г. Санкт-Петербург

Мы располагаем опытом лечения 60 больных в возрасте от 18 до 72 лет (мужчин-35, женщин-25) в городском центре гнойной торакальной хирургии Санкт-Петербурга и отделении торакоабдоминальной хирургии Елизаветинской больницы. Сроки поступления больных с момента травмы или начала заболевания колебались от 6 часов до 30 суток. В 43 случаях причиной гнойного медиастинита явились травматические повреждения пищевода (шейный и верхнегрудной – 37, среднегрудной – 1 и нижнегрудной и брюшной отделы – 5). Непосредственно инородными телами – 29, ятрогенным повреждениям оказалось в 14 случаях. У 6 больных гнойный медиастинит развился вследствие прорыва заглоточного абсцесса в заднее средостение, а в 11 случаях носил одонтогенную природу. Рентгенологическое исследование явились ведущим в диагностике гнойного медиастинита. Бронхоскопия, эзофагоскопия способствовали получению дополнительной информации, а в ряде случаев они использовались для осуществления отдельных лечебных мероприятий. Так, у 5 больных, поступивших в первые 6 часов с момента травмы пищевода консервативное лечение оказалось эффективным. Оперативное вмешательство было осуществлено у 55 больных. При этом стремились к адекватному вскрытию и дренированию зоны гнойного поражения средостения, предупреждению распространения инфицированного содержимого, обеспечению энтерального питания в течение длительного времени. Во всех случаях осуществлялось дренирование средостения с активной постоянной аспирацией в сочетании с промыванием растворами антисептиков. В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия. Питание больных осуществлялось через трансназально установленный зонд. Только в одном случае при повреждении нижнегрудного отдела пищевода была сфор-

мирована гастростома. Благоприятный результат достигнут у 55 (91,6%) больных. Причиной летальных исходов в 4 случаях явилось аррозивное кровотечение из магистральных сосудов средостения и у 1 больного сепсис. Наш опыт лечения больных с острым гнойным медиастинитом свидетельствует, что современные способы консервативного и оперативного лечения позволяют достигнуть успеха при своевременной госпитализации этой тяжелой категории больных в специализированные отделения многопрофильных стационаров.

СНИЖЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Сафонова Н.Н., Попов А.Н., Лейзеров Л.В.

Областная клиническая больница №1, г. Челябинск

Цель исследования: показать достоверное снижение анестезиологического риска при применении масочного севоранового наркоза по сравнению с тотальной внутривенной анестезией во время непродолжительных операций.

Материалы и методы. Исследование выполнено в отделении гнойно-септической инфекции ЧОКБ. 102 больным проведена тотальная внутривенная анестезия, 68 больным – ингаляционная анестезия севофлураном. Для определения степени риска анестезии применялась 5-ступенчатая классификация, разработанная в 1982 году В.А. Гологорским, учитывающая как состояние больного, так и тяжесть операции. Больные, включенные в исследование, имели среднюю (47%) и тяжелую (53%) степень тяжести. Это пациенты, перенесшие сепсис, полиргическую недостаточность с сохранением на момент анестезии дисфункции нескольких органов и систем. Возрастной диапазон широк: от 20 лет до 87 лет. Применялась методика масочного севоранового наркоза с одномоментной индукцией до 8 объемных процентов и дальнейшим поддержанием на уровне 1-1,3 минимальной альвеолярной концентрации.

Результаты и обсуждение. При ТВА с использованием наркотиков, бензодиазепинов и кетамина хирургическая стадия анестезии достигается на 10-15 минут операции. Далее необходимо увеличивать общую дозу каждого препарата, что увеличивает период постнанаркозной депрессии на 15-25 минут, требуя динамического наблюдения. Степень риска при ТВА равна 2,5 баллам и II степени. При масочной анестезии севофлураном по указанной выше методике хирургическая стадия наркоза достигается через 2-4 минуты после индукции. Показатели дыхания и гемодинамики стабильны. Нет отрицательного влияния на печень и почки пациента. Продолжительность анестезии неограничена. Пробуждение наступает своевременно, нет угрозы вторичной депрессии дыхания и гемодинамики, угнетения сознания. Степень риска в данном случае остается минимальной, 1,5 балла и I степени.

Выводы. Степень операционно-анестезиологического риска при малотравматичных хирургических вмешательствах и манипуляциях снижается при использовании масочного севоранового наркоза с одномоментной индукцией и поддержанием по правилу «двойного деления» по сравнению с тотальной внутривенной анестезией.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ РАСТВОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА

Сафонова Н.Н., Рахманов М.Ю., Кутубулатов В.В.

Областная клиническая больница, г. Челябинск

Цель исследования: показать целесообразность использования сбалансированных электролитных растворов «Стерофундин Г-5» и «Стерофундин изотонический» в комплексном лечении тяжелого сепсиса; показать, что они оказывают не только гемодинамическую поддержку, но и обладают антигипоксантными, дезинтоксикационными и антиоксидантными свойствами, предотвращают развитие гипогликемии, позволяют избежать гиперхлоремии и гипернатриемии.

Материалы и методы: исследование выполнено в отделении хирургической инфекции Челябинской областной клинической больницы. Исследовано 23 больных с тяжелым сепсисом вследствие некротизирующего панкреатита, перитонита запущенных форм обтурационной кишечной непроходимости, в результате гангренозного

аппендицита, при длительно существующих кишечных свищах. Возраст пациентов от 21 года до 79 лет. Сопутствующая патология: в 6 случаях – ишемическая болезнь сердца с постинфарктным кардиосклерозом; в 7 случаях состояние усугублялось исходным некомпенсированным сахарным диабетом.

Использовались растворы «Стерофундин Г-5» и «Стерофундин изотонический», максимально приближенные к электролитному составу плазмы, в дозировке 1 л/сутки под контролем кислотно-щелочного состояния плазмы с анализом уровня лактата плазмы. Кроме того, исследовался уровень С-реактивного белка, прокальцитониновый тест, выраженность лейкоцитоза и тромбоцитопении.

Результаты: исследование показало, что после 3-4 дней регулярного применения сбалансированных электролитных растворов не нарастал уровень лактата плазмы, снижались показатели натрия и хлора в плазме, возрастило насыщение кислородом гемоглобина, не нарастал уровень С-реактивного белка. Кроме того, клинически уменьшались явления интерстициального отека легких и периферические отеки, быстрее разрешался парез желудочно-кишечного тракта.

Выводы: применение сбалансированных электролитных растворов способствует быстрой коррекции гиперсмолярного синдрома и гипернатриемии, восстановлению рН и уровня лактата плазмы до нормальных показателей. При сепсисе данные кристаллоидные растворы выполняют основную задачу первичной инфузационной терапии: немедленное восстановление адекватной тканевой перфузии, нормализацию клеточного метаболизма и гомеостаза.

ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ НА ЧАСТОТУ «ВЫСОКИХ» АМПУТАЦИЙ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Тараканова О.Е., Мухин А.С., Волошин В.Н., Кудыкин М.Н.

Нижегородская Государственная Медицинская Академия, кафедра хирургии ЦПК ППС, МЛПУ ГКБ №40, г. Нижний Новгород

Цель: определить влияние критической ишемии конечности на частоту «высоких» ампутаций при гнойно-некротических формах синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: рассмотрены результаты лечения 417 пациентов с синдромом диабетической стопы, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии ГКБ №40 г. Нижнего Новгорода с 2000 по 2007 гг. У подавляющего числа больных был сахарный диабет второго типа (96,9%). Для определения степени ишемии выполнялась УЗДГ артерий нижних конечностей с определением ЛПИ. В соответствии с классификацией Бенсмана В.М. (2005г.) в нашей модификации по гемодинамическим критериям определялась степень ишемии. Ишемия не диагностирована у 77 больных (18,5%) с нейропатической формой синдрома диабетической стопы. У 107 больных (25,6%) выявлена компенсированная ишемия (ЛПИ 0,8–1), у 74 больных (17,8%) – субкомпенсированная ишемия (ЛПИ 0,4–0,8). Критическая ишемия конечностей выявлена у 159 больных (38,1%).

Результаты: ампутация на уровне голени выполнена 33 больным. У 7 из них была гангрена всей стопы, у 22 больных – гангрена части стопы, и у 4 больных – множественное поражение костей стопы с их деструкцией. Из числа этих больных критическая ишемия диагностирована у 25 больных. Ампутация на уровне бедра выполнена 54 больному. У 31 из них была гангрена всей стопы, у 19 больных – гангрена части стопы, а у 4 больных – множественное поражение костей стопы с их деструкцией. Критическая ишемия в этой группе больных была у 48 пациентов.

Обсуждение: общее число «высоких» ампутаций у обследованных больных составило 87 (20,9%). В группе больных с критической ишемией (159 больных) «высокие» ампутации выполнены 73 пациентам (45,9%), а в группе больных без критической ишемии (358 человек) – 14 пациентам (5,4%).

Выводы: наличие критической ишемии конечностей значительно повышает риск «высоких» ампутаций при гнойно-некротической форме синдрома диабетической стопы.

ВЛИЯНИЕ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛОВ НА ПОСТШОКОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Таранникова Е.А., Шаповалова Н.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель. Исходы лечения пострадавших с тяжелой механической сочетанной травмы (ТСМТ) зависят не только от тяжести и характера поражения, но и от правильно выбранной тактики лечения. Грамотная инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) травматического шока и острого периода травматической болезни (ТБ) – основное средство снижения летальности и частоты осложнений. С целью улучшения результатов лечения пострадавших с ТСМТ был проведен клинический анализ течения острого периода травматической болезни и ее исходов при использовании в комплексной интенсивной терапии препаратов декстрана (полиглюкин и реополиглюкин) и препаратов ГЭК (рефортан, стабизол).

Материалы и методы. Основу работы составили материалы ретроспективного анализа клинических наблюдений пострадавших с ТСМТ. Состояние всех пациентов при поступлении было оценено как крайне тяжелое, тяжесть состояния была обусловлена имеющимися травматическими повреждениями (тяжелые повреждения по шкале ВПХ-П – 5-13 баллов), кровопотерей, шоком (индекс Алговера – 1,3 и более), нарушениями функций жизненно важных органов (шоковый индекс по Ю.Н. Цибину – 20-29).

Результаты. При сравнении течения ТБ в контрольной и основной группах установлено, что при включении в ИТТ декстранов более часто встречался осложненный постшоковый период с формированием у пострадавших тяжелого сепсиса, септического шока и полиорганной недостаточности (СПОН). У пациентов основной группы применение рефортана и стабизола способствовало сохранению «гипердинамической стрессовой реакции» и профилактировало развитие СПОН.

Обсуждение. Наш опыт применения растворов ГЭК убедительно свидетельствует, что при оказании помощи пострадавшим с ТСМТ повседневное применение рефортана и стабизола оказывается предпочтительней в сравнении с введением других коллоидов и обеспечивает более экономичный вариант интенсивной терапии.

Выводы: применение препаратов гидроксигидроксилкрахмала обеспечивает высокую эффективность и предсказуемость ИТТ, многократно сокращая необходимость трансфузии свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы с одной стороны, а с другой – снижая выраженность и длительность клинических проявлений ССВР и ПОН.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Таранникова Е.А., Шаповалова Н.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель: провести клинический анализ течения острого периода травматической болезни (ТБ) и частого его осложнения – синдрома острой кишечной недостаточности (ОКН) при использовании в комплексной интенсивной терапии раннего энтерального питания пострадавших.

Материалы и методы. В основной группе комплексная интенсивная терапия острого периода включала раннее начало зондового энтерального питания, сначала – в первые 6-12 часов – изоосмолярные глюкозо-солевые растворы (регидрон, цитроглюкосолан), затем – переход на смеси для энтеральной нутритивной поддержки.

Результаты. При сравнении течения ТБ в контрольной и основной группах установлено, что в контрольной группе пострадавших более часто встречался осложненный постшоковый период с формированием у пострадавших синдрома ОКН, тяжелого сепсиса, септического шока и полиорганной недостаточности. У пациентов основной группы применение ранней энтеропротекции способствовало сохранению «гипердинамической стрессовой реакции» и профилактировало развитие СПОН.

Обсуждение: анализ полученных данных показывает, что факторами риска формирования ОКН у пострадавших с ТСМТ являются нарушения трофики тканей, поврежденных в результате гипоксии и нарушений агрегатного состояния крови. В свою очередь, эти процессы служат пусковыми моментами для дальнейшего прогресси-

рования генерализации воспалительной реакции организма и прогрессирования полиорганной недостаточности и сепсиса. Таким образом, восстановление трофики ЖКТ – важный компонент интенсивной терапии ТСМТ.

Выводы: наш опыт применения ранней нутритивной поддержки при ТСМТ убедительно свидетельствует, что при оказании помощи пострадавшим с ТМСТ повседневное применение раннего энтерального питания обеспечивает более эффективный и экономичный вариант интенсивной терапии.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

Тарасов С.Л., Ворончихин А.Е., Ворончихин И.В., Губер О.В., Замерова Л.Н., Тарасова М.С.

г. Ижевск

Смертность трудоспособного населения Удмуртской республики от травм и несчастных случаев на протяжении последних пяти лет не имеет тенденции к снижению и занимает ведущее место. Несмотря на то, что пострадавшие с сочетанной травмой составляют всего 8-10% всех подлежащих стационарному лечению, на них долю приходится подавляющее большинство летальных исходов от травм. Инфекционные осложнения тяжелых сочетанных повреждений превалируют в клинической картине в сроки свыше 3 суток с момента травмы и являются основной причиной летальных исходов в позднем периоде. Из общего числа погибших от сочетанных травм 30% умирают от инфекционных осложнений.

В торакальном хирургическом отделении МУЗ МСЧ № 3 в 2007-2008 г.г. было госпитализировано 325 пострадавших с сочетанной травмой, что составляет 15,9% от всех поступивших в отделение. Преобладали пациенты с сочетанной травмой органов груди и живота – 127 (56,4%) человек. Среди пострадавших преобладают мужчины 104 (82%) молодого трудоспособного возраста. Средний возраст пострадавших 38,5 года. В состоянии алкогольного опьянения поступило 47 (37,5%) человек. В структуре по причинам травмы ведущие места занимают криминальная (51%), автодорожная (25%) и падения с высоты (19%). В первые 2 часа с момента происшествия госпитализировано 64% пострадавших, до 12 часов 24,2% и более 12 часов 11,8%. В состоянии шока находились 53 (41,7%) человека, из них в крайне тяжелом состоянии 37 (69,8%). Среди пострадавших у 17 (13,4%) уровень сознания по шкале ком Глазго был менее 11 баллов, что усугубляло дальнейший прогноз. Для объективной оценки тяжести состояния пострадавших с сочетанной травмой при поступлении в стационар мы использовали интегральную шкалу SAPS II. Большинство пострадавших с сочетанной травмой груди и живота были отнесены к первой группе (до 29 баллов) – 104 (82%) человека. Оценка состояния по SAPS II составила $16,8 \pm 2,4$ балла с вероятностью летального исхода $3,1 \pm 0,96\%$. Пострадавших со средней степенью тяжести сочетанной травмы (2 группа-30-49 баллов) было 19 (15,0%) человек. При оценке группы по SAPS II средний балл составил $37,0 \pm 6,1$ с прогнозируемой летальностью $20,7 \pm 3,4\%$. Среди пострадавших с сочетанной травмой груди и живота четверо (3%) были в тяжелом состоянии (3 группа-более 50 баллов). Оценка группы по SAPS II составила $64,9 \pm 7,4$ балла с вероятным летальным прогнозом $71,9 \pm 10,2\%$. Инфекционные осложнения наблюдали у 37 (29,1%) пациентов в сроки свыше 3 суток с момента травмы. Из них в отделение реанимации находился 31 человек. В состоянии шока 3-4 степени поступило 22 пострадавших. Средняя длительность лечения при этом составила $20,6 \pm 3,4$ дня. Среди пациентов I группы инфекционные осложнения выявлены у 26 человек. Превалировали легочно-плевральные поражения (эндобронхит, пневмония, плеврит) у 13 пациентов, перитонит без абдоминального сепсиса, нагноение послеоперационной раны, пролежни. Инфекционные осложнения выявлены у 10 пациентов второй группы, назокомиальная пневмония у пяти из них, перитонит с абдоминальным сепсисом у 3, инфицированный панкреонекроз у 1, нагноение ран у 2. Среди пострадавших третьей группы сепсис развился у 1 пациента. Таким образом, инфекционные осложнения преобладали у пациентов в группах с легкой и со средней степенью тяжести по SAPS II. Летальный исход наступил у 16 (12,6%) больных. Среди пострадавших I группы трое погибло от острой кровопотери и шока в первые часы госпитализации. Летальный исход наступил у 10 пострадавших 2 группы, от сепсиса умерло 3 человека. В 3 группе один пациент умер от сепсиса, а двое в раннем периоде от острой кровопотери. Итак, сепсис явился причиной смерти у 4 (25%) пациентов в сроки свыше 3 дней с момента травмы. Основываясь на анализе наших наблюдений, мы определили и обозначили основные факторы риска развития инфекционных осложнений у пострадавших с сочетанной травмой. К таковым относятся: нахождение в отделение реанимации, состояние шока 3-4 степени тяжести при поступлении, госпитализация в стационар более 12 часов с момента травмы, потребность в искусственной вентиляции легких более 2 суток, уровень сознания по шкале Глазго менее 11 баллов, принадлежность к мужскому полу и возраст от 35 до 50 лет. Средний балл прогноза инфекционных осложнений составил $30,8 \pm 3,8$. Пострадавшие, у которых в период нахождения в стационаре не отмечались осложнения инфекционного генеза, имели $22,8 \pm 2,4$ балла ($p < 0,05$).

Таким образом:

1. Инфекционные осложнения являются основной причиной летальных исходов при сочетанной травме в сроки свыше 3 суток с момента травмы.
2. Легочная инфекция с исходом в сепсис доминирует среди инфекционных осложнений.
3. Интегральные шкалы оценки тяжести позволяют стратифицировать группы пациентов при поступлении, проводить ежедневный мониторинг органной дисфункции и эффективность терапии, а так же прогнозировать риск развития инфекционных осложнений и возможные исходы.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Тарасов С.Л., Замерова Л.Н., Тарасова М.С.

г. Ижевск

Сочетанные травмы относятся к категориям тяжелых травм мирного времени, сопровождаются значительным количеством осложнений травматического и нетравматического генеза(10%-40%), а также высокой летальностью(11 % – 70 %). Опасные гнойно-воспалительные процессы отмечаются у пострадавших даже на фоне применения антибиотиков широкого спектра действия и являются основной причиной летальных исходов в сроки свыше 3 суток с момента травмы – от 20% до 72% по данным разных авторов. Диагностика инфекционных осложнений у пациентов с сочетанной травмой представляет большие трудности и должна основываться на объективных показателях и ежедневном мониторинге. Для оценки степени тяжести состояния пострадавших, эффективности проводимой терапии и прогноза возможных исходов предложены интегральные шкалы – SAPS, SOFA, шкала Глазго. Математический анализ применения именно этих оценочных систем показал их высокую прогностичность при сочетанной травме (Гельфанд Б.Р., Ярошецкий А.И., 2005 г.).

За период январь 2006 г. – июнь 2008 г. в хирургическое отделение было госпитализировано 325 пострадавших с сочетанной травмой, что составляет 15,9% от всех поступивших. Преобладают пациенты с сочетанной травмой органов груди и живота – 127 человек (56,4 %), из них умерло 16 человек (12,6 %). Среди пострадавших превалируют мужчины 104 (82%) молодого трудоспособного возраста. Средний возраст пострадавших $38,5 \pm 3,8$ года. В состоянии алкогольного опьянения поступило 47 (37,5%) человек. В структуре по причинам травмы ведущие места занимают бытовая криминальная (51 %), автодорожная (25 %) и падения с высоты (19 %). В первые 2 часа с момента происшествия госпитализировано 64% пострадавших, до 12 часов 24,2% и более 12 часов 11,8%. Средняя длительность лечения в стационаре пострадавших с сочетанной травмой груди и живота составила $15,9 \pm 4,3$ дня, а в отделении реанимации $3,2 \pm 0,7$ дня (74,8 % / 95 госпитализированных). В состоянии шока находились 53 человека (41,7 %), из них в крайне тяжелом состоянии 37 (69,8 %). В проведении искусственной вентиляции легких при поступлении нуждались 23 пациента (18,1 %). Среди пострадавших у 17 (13,4 %) уровень сознания в оценке по шкале Глазго был менее 11 баллов. Всем госпитализированным выполнялись диагностические и инвазивные вмешательства (внутривенные инфузии, интубация трахеи, катетеризация мочевого пузыря, дренирование плевральной полости и др.). Большинство пострадавших с сочетанной травмой органов груди и живота нуждались в оперативном лечении уже на реанимационном этапе.

У 37 (29,1 %) пациентов с сочетанной травмой груди и живота наблюдались инфекционные осложнения. В основном инфекционных осложнений развиваются у пострадавших в период их нахождения в реанимационном отделении, 31 человек (83,7 %) . В состоянии тяжелого шока было госпитализировано 20 человек (54,1 %) В проведении продленной искусственной вентиляции легких нуждались 16 пациентов (43,2 %). Основное место принадлежит поражению легочной системы. Назокомиальная пневмония отмечена у 21 человека (56,8%). Средняя длительность лечения при этом составила $20,6 \pm 3,4$ дня.

Для объективной оценки тяжести состояния пострадавших с сочетанной травмой при поступлении мы применили интегральную систему SAPS II (компьютерная версия 2002 г., wanderer@online.nsk.su). Используя критерии SAPS II с достоверностью ($p < 0,05$) выявлены следующие группы: 1 группа до 29 баллов – пациенты с легкой сочетанной травмой. 2 группа 30-49 баллов – пациенты средней степени тяжести сочетанной травмой. 3 группа более 50 баллов – пациенты с тяжелой сочетанной травмой. Большинство пострадавших с сочетанной травмой груди и живота были классифицированы к первой группе – 104 человека (81,9%). При поступлении в стационар оценка состояния по SAPS II составила $16,8 \pm 2,4$ балла с вероятностью летального исхода $3,1 \pm 0,96$ %. Интенсивная терапия совместно с диагностическим мониторингом началась в течение 30 минут от момента госпитализации у 69 (66,7%) пациентов. Антибиотикопрофилактика проводилась у 32 пострадавших (31,2%), поздняя антибактериальная терапия (в сроки свыше 24 часов) назначена 36 пациентам (34,6%). Инфекционные осложнения преоб-

ладали у 26 пациентов (25%) в сроки свыше 3 суток с момента травмы. Из них в отделении реанимации находились 17 человек (65,4%). В состоянии шока 3-4 степени поступило 10 (38,5%) пострадавших, пятеро (19,2%) находились на искусственной вентиляции легких более 48 часов. Среди инфекционных осложнений превалировали легочно-плевральные поражения (эндобронхит, пневмония, плеврит), наблюдавшиеся у 13 (50,0%) пострадавших. Перитонит без абдоминального сепсиса был у 6 человек (23,0%), нагноение послеоперационной раны отмечалось у пятерых (19,2%), пролежни у двоих (7,8%). Летальный исход наступил у троих пациентов, 2,9%. В первые 2 – 3 часа с момента поступления на реанимационный этап от острой кровопотери погибло 2 человека (1,92%), в течение суток от легочно-сердечной недостаточности в отделении умер 1 пострадавший (0,96%). Пострадавших со средней степенью тяжести сочетанной травмы (2 группа) было 19 человек (15,0%). При оценке группы по SAPS II на момент поступления средний балл составил $37,0 \pm 6,1$ с прогнозируемой летальностью $20,7 \pm 3,4\%$. Антибиотикопрофилактика у пациентов этой группы не проводилась. Антибактериальная терапия в течение первых 3 – 6 часов была начата у 13 (68,4%) человек. Осложнения инфекционного генеза наблюдались у 10 пациентов (52,6%), прошедших реанимационный этап. Из них в состоянии крайне тяжелого шока госпитализировано 8 (42,1%) пострадавших, в продленной искусственной вентиляции легких нуждались девять (90,0%). Назокомическая пневмония отмечена у 5 пациентов (50%). Инфекционные осложнения были представлены нагноением послеоперационной раны и пролежнями у 2 человек (20%), инфицированным панкреонекрозом (1 больной), перитонитом с абдоминальным сепсисом у троих пациентов (30%). Среди госпитализированных больных у 10 наступил летальный исход. Полиорганская недостаточность (сепсис) явилась причиной смерти двоих пострадавших в позднем периоде сочетанной травмы, один больной умер от септического шока через 4 часа после госпитализации. От острой кровопотери и тяжелого травматического шока погибло 7 человек (70,0%). Летальность в данной группе составила 52,6%. Среди пострадавших с сочетанной травмой груди и живота четверо были в тяжелом состоянии (3 группа). Оценка группы по SAPS II составила $64,9 \pm 7,4$ балла с вероятным летальным прогнозом $71,9 \pm 10,2\%$. Все пострадавшие поступили на реанимационный этап в тяжелом шоке, оперативное лечение начато в течение 15 – 30 минут. Антибиотикотерапия началась всем пациентам интраоперационно. Троє пострадавших погибли (75,0%). Острая кровопотеря явилась причиной смерти 2 человек (66,7%) в течение часа от госпитализации. Один пациент умер от полиорганической недостаточности (сепсис) через 15 дней с момента травмы. Таким образом, из 127 пострадавших с сочетанной травмой груди и живота 16 погибли (12,6%). Сепсис явился причиной смерти у 4 (25,0%) пациентов в сроки свыше 3 дней с момента травмы. Проведя анализ оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой в нашей клинике, мы определили и обозначили основные факторы риска развития инфекционных осложнений при поступлении на госпитальный этап. К ним относятся: факт нахождения в отделении реанимации, выполнение диагностических и инвазивных вмешательств, состояние шока 3 – 4 степени тяжести, госпитализация в стационаре более 12 часов с момента травмы, потребность в искусственной вентиляции легких более 2 суток, уровень сознания по шкале Глазго менее 11 баллов. Среди критериев также выделяем принадлежность к мужскому полу и возраст от 35 до 50 лет. Балльная оценка (от 10 до 4 баллов) значимых показателей представлена в виде шкалы прогноза инфекционных осложнений при сочетанной травме. Средний балл прогноза инфекционных осложнений составил $30,8 \pm 3,8$. Пострадавшие, у которых в период нахождения в стационаре не отмечались осложнения инфекционного генеза, имели $22,8 \pm 2,4$ балла ($p < 0,05$). При анализе оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой груди и живота в нашей клинике инфекционные осложнения наблюдались у 37 (29,1%) пострадавших и преобладают у пациентов с легкой и со средней степенью тяжести по SAPS II. Несмотря на применение антибиотиков широкого спектра действия, вопросы диагностики и профилактики инфекционных осложнений при сочетанной травме остаются открытыми. Это связано с отсутствием четких критериев проведения антибиотикопрофилактики и/или антибиотикотерапии у данной категории больных. Необходимость объективной интегральной оценки тяжести состояния пострадавших при сочетанной травме не вызывает сомнения. Интегральные системы позволяют стратифицировать группы пациентов при поступлении, проводить ежедневный мониторинг органной дисфункции и эффективности терапии, а также прогнозировать риск возникновения инфекционных осложнений и возможные исходы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ АРТРИТАМИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Тетюшкин С.Н.

МУЗ Городская Больница № 4, г. Тольятти

Для вскрытия гнойного артрита чаще всего нами выполняется односторонний медио-латеральный разрез в проекции сустава по «нерабочей» поверхности пальца; при невозможности выполнить полноценную некрэктомию и произвести осмотр сухожилий делаем Z- и L-образные разрезы, соблюдая осторожность, чтобы не пересечь сухожилия разгибателя. После некрэктомии и дренирования, заканчиваем операцию наложением швов и дренажной трубы через сустав.

Дистракция сустава с помощью аппарата «разгружает» его, обеспечивает дополнительную декомпрессию, предотвращает прогрессирование гнойного процесса, создаёт благоприятные условия для регенерации хрящей суставов, препятствует рубцовому и костному сращению в суставах, пораженных гнойным процессом, спайки при этом формируются в вытянутом варианте и не препятствуют движениям в суставе, а при значительном разрушении мягких тканей суставной капсулы образуют новую рубцовую капсулу сустава. При отсутствии гнойного процесса в мягких тканях, прилежащих к суставу фаланг пальца, аппарат устанавливаем сразу после вмешательства на суставе и наложения швов на рану. Спицы проводим через кости фаланг, составляющих сустав. Одна спица проводится через кость дистальной фаланги, а две спицы – через проксимальную фалангу, фиксируются гайками на гибком стержне. Одномоментно растягиваем сустав с целью его декомпрессии. После этого фиксируем сустав в среднефизиологическом положении за счёт сгибания стержня. Аппарат фиксирует палец в заданном положении 5–7 дней, до стихания воспалительных явлений. Снимаем его после удаления дренажных трубок, после чего начинается период активной разработки сустава. В случае значительных разрушений суставных поверхностей фиксацию проводим в течение 3–4 недель до формирования рубцовой капсулы.

Реабилитационные мероприятия начинаем сразу же после удаления дренажей, для облегчения разработки сустава рекомендуем сухое тепло, аппликации озокерита, электрофорез лидазы. Ранняя активная разработка движений пальцев и кисти, комплекс лечебных упражнений и физиотерапевтические процедуры способствуют более полноценному восстановлению функций кисти.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНДАКТИЛИТА

Тетюшкин С.Н.

МУЗ Городская больница № 4, г. Тольятти

Успешное лечение пандактилита и артрита пальцев кисти возможны только при использовании целого комплекса мероприятий, включающего активную хирургическую тактику ведения раны, применение дренажно-промывных систем, использование первичного шва на раны, а также компрессионно-дистракционных аппаратов.

Показаниями к наложению аппарата внешней фиксации служили: гнойные артриты; гнойные остеоартриты; поражения метаэпифизов межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти; некроз суставной капсулы сустава, вывихи и подвывихи фаланг пальцев кисти; тотальный некроз сухожилий пальца, для придания ему функционально выгодного положения; переломы костей кисти; остеомиелит костей кисти – для сращения переломов костей и иммобилизации. Для вскрытия гнойников на кисти используем L и Z – образные разрезы, особенно если они располагаются в проекции суставов. После радикальной санации в пределах здоровых тканей, раны ушишаются над перфорированным трубчатым дренажем. Иммобилизация осуществляется аппаратом внеочаговой фиксации собственной конструкции.

Пример: Больной К., 69 лет и\б 1508\177 находился на лечении в отделение гнойной хирургии с 26.2.04 по 15.3.04 с диагнозом: Пандактилит первого пальца правой кисти с вывихом ногтевой фаланги и разрывом сухожилия разгибателя первого пальца правой кисти. Из анамнеза: две недели назад получил бытовую травму, не лечился, боли усилились, обратился в больницу. При поступлении выполнена некрсеквестрэктомия, обнаружено большое количество густого бурого гноя, тотальный некроз суставной капсулы межфалангового сустава, секвестрация суставных поверхностей фаланг пальца. Наложен аппарат внешней фиксации. 2.3.04 выполнена этапная некрэктомия. На рентгенограмме при поступлении – вывих ногтевой фаланги первого пальца и деструкция головки проксимальной фаланги. Раны зажили полностью в течение двух недель, аппарат снят через один месяц. Движения в первом пальце восстановились в достаточном для трудовой деятельности объеме.

ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Титов И.С., Атауллаханов Р.И., Ан В.К., Евсюков О.А.

Российская Медицинская Академия постдипломного образования, г. Москва

Институт иммунологии МЗ РФ, г. Москва

Инфекционная клиническая больница № 2, г. Москва

Городская клиническая больница № 67, г. Москва

Аноректальные поражения при ВИЧ у 15% больных – это первые проявления болезни. С каждым годом неуклонно растет число ВИЧ-инфицированных больных, важной стороной этой проблемы является разработка подходов к лечению гнойных заболеваний, в частности, острого парапроктита, развившегося на фоне ВИЧ-инфекции. В исследование включено 25 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении инфекционной клинической больницы №2 города Москвы с острым парапроктитом, развившимся на фоне ВИЧ-инфекции. Возраст больных колебался от 17 до 39 лет. Исследование иммунного статуса проводили в отделе активации иммунитета ГНЦ «Институт иммунологии Минздрава РФ». Согласно клинической классификации ВИЧ-инфекции больные распределялись следующим образом: больные с III стадией ВИЧ-инфекции – 4 человека (16%), с IVA стадией – 15 (58%), с IVB стадией – 4 (16%), с IVB стадией – 2 (10%). Кроме того, на фоне ВИЧ-инфекции 84% больных имели различные отягощающие заболевания.

Учитывая то, что при бактериальных инфекциях формирование иммунного ответа инициируется активацией макрофагов, несомненный интерес представляло исследование функциональной активности нейтрофилов у ВИЧ-инфицированных больных с острым парапроктитом.

У больных с инфекциями мягких тканей, не отягощенных ВИЧ-инфекцией, показатели фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ) находятся в пределах нормы.

В группе ВИЧ-инфицированных больных уменьшается в динамике количество фагоцитирующих нейтрофилов, хотя среднее количество микробов, захваченных одним фагоцитом остается неизменным. При анализе переваривающей активности нейтрофилов периферической крови выявлены существенные различия между группами.

В группе больных, не отягощенных ВИЧ-инфекцией, коэффициент завершенности в первые несколько суток после операции незначительно снижен. В группе ВИЧ-инфицированных неуклонно снижен.

Таким образом, в группе ВИЧ-инфицированных больных в первые несколько суток после операции, на фоне снижения переваривающей активности, по-видимому, возникает диссеминация микроорганизмов с током крови, что может приводить к генерализации процесса за счет выживания и размножения микроорганизмов в нейтрофилах, которые не в состоянии их переварить.

Разрушая клетку дефектного нейтрофила, микробы в увеличенном, по сравнению с исходным, количестве могут оказаться в периферической крови. В этой связи наступает развитие различных гнойно-септических осложнений.

При исследовании гуморального звена иммунитета у больных без ВИЧ-инфекции существенных изменений не выявлено. В группе ВИЧ-инфицированных больных в послеоперационном периоде отмечена тенденция к снижению В-лимфоцитов.

Снижаются так же и уровни IgG. Значимость снижения уровня IgG в группе ВИЧ-инфицированных больных, достоверна по сравнению с нормой, и достоверно ниже, по сравнению с аналогичными показателями в группе больных, не отягощенных ВИЧ-инфекцией.

При анализе Т-клеточного звена иммунитета у больных с гнойной инфекцией мягких тканей промежности выявлены следующие закономерности. У больных без ВИЧ-инфекции не отмечено существенных изменений со стороны Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров, тогда, как у больных с ВИЧ-инфекцией отмечено снижение Т-лимфоцитов, преимущественно за счет Т-хелперов, в то время как число Т-супрессоров оставалось практически неизменным или возрастает, что и приводит к более выраженным изменениям в течении послеоперационного периода и является одной из причин послеоперационных осложнений.

При анализе функциональной активности Т-лимфоцитов выявлено, что у больных без ВИЧ-инфекции в первые сутки отмечалось умеренное снижение способностей Т-лимфоцитов к бласттрансформации под воздействием фитогемаглутинина.

В группе ВИЧ-инфицированных уже в первые сутки после операции имелось существенное снижение по сравнению с нормой. На 3 сутки способность к бласттрансформации значительно угнетена.

Подводя итог исследованию Т-клеточного звена иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных с острым парапроктитом, можно выделить следующее: при гнойной инфекции мягких тканей промежности и сопутствую-

шей ВИЧ-инфекции наблюдается снижение количества Т-лимфоцитов, их функциональной активности в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, осложненное течение послеоперационного периода у ВИЧ-инфицированных больных обусловлено тяжелыми иммунологическими нарушениями, связанными с усугублением приобретенного иммунодефицита вторичным иммунодефицитом, обусловленным гнойно-воспалительным процессом.

Все указанное позволило нам включить в лечение этой тяжелой группы больных препараты иммунокоррекции, однако это допустимо лишь как средство местной иммуностимуляции, так как применение этих препаратов с целью воздействия на весь организм чревато опасностью большего угнетения собственной иммунорегулирующей системы. Первый опыт применения препарата «Гепон» дает обнадеживающие результаты, полученные у 15 пациентов, и позволяет надеяться на возможность более широкого использования препаратов этой группы.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Титов И.С., Атауллаханов Р.И., Мазус А.И., Груздев Б.М., Евсюков О.А., Шарова О.А.

РМАПО

Институт иммунологии МЗ РФ, г. Москва
МГЦ по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД, г. Москва
ИКБ №2, г. Москва

Проблема оказания хирургической помощи при сопутствующей ВИЧ-инфекцией становится очень актуальной. До 25% больных СПИД в течение своей болезни обращаются за помощью хирургов только с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, прямой кишки и анального канала.

Аноректальные поражения при ВИЧ у 15% больных – это первые проявления болезни. С каждым годом неуклонно растет число ВИЧ-инфицированных больных, важной стороной этой проблемы является разработка подходов к лечению гнойных заболеваний, в частности, острого парапроктита, развившегося на фоне ВИЧ-инфекции. В хирургическом отделении инфекционной клинической больницы №2 города Москвы нами наблюдалось 25 человек с острым парапроктитом, развившимся на фоне ВИЧ-инфекции. Возраст больных колебался от 17 до 39 лет. Всем больным диагноз ВИЧ-инфекции был установлен и подтвержден в поликлинике МГЦ «По борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД». Исследование иммунного статуса проводили в отделе активации иммунитета ГНЦ «Институт иммунологии Минздрава РФ». Согласно клинической классификации ВИЧ-инфекции больные распределялись следующим образом: больные с III стадией ВИЧ-инфекции – 4 человека (16%), с IVA стадией – 15 (58%), с IVB стадией – 4 (16%), с IVB стадией – 2 (10%). Кроме того, на фоне ВИЧ-инфекции 84% больных имели различные отягощающие заболевания. Многие пациенты долгое время лечились амбулаторно и получали различные виды симптоматического консервативного лечения в медицинских учреждениях общего типа. В стационаре все больные оперировались по срочным показаниям. Анализируя клиническую картину больных с различным уровнем Т-лимфоцитов, нами установлено что, чем ниже уровень CD4-клеток (350 и ниже), тем менее выражена клиническая картина по основным показателям и более расширены сроки очищения и заживления гнойной раны промежности. У больных с IVB, В стадии ВИЧ-инфекции послеоперационном периоде в половине случаев требовалось проведение повторных некрэктомий. В послеоперационном периоде также проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия в соответствии с полученным результатом бактериологического исследования и с учетом влияния на иммунную систему, не угнетая её. Рану вели открытым способом с применением водорастворимых мазей, растворов антисептиков и кварцеванием этой зоны 2 раза в день, используя озонотерапию и лазерное облучение крови.

Осложненное течение послеоперационного периода у ВИЧ-инфицированных больных обусловлено тяжелыми иммунологическими нарушениями, связанными с усугублением приобретенного иммунодефицита вторичным иммунодефицитом, обусловленным гнойно-воспалительным процессом. Первый опыт применения препарата «Гепон» дает обнадеживающие результаты, полученные у 15 пациентов, и позволяет надеяться на возможность более широкого использования препаратов этой группы совместно с имеющимися в арсенале хирургов методами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОЙ ПЛАНТАРНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ СДС

Триандафилов К.Г.

Краевая клиническая больница № 1, г. Краснодар

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с осложненным синдромом диабетической стопы.

Материал и методы: в клинике пролечено 376 больных с осложненным СДС. В числе поступивших были пациенты с глубокой плантарной флегмой (32 человека). Контрольная группа состояла из 18 человек. Для хирургической обработки глубокой флегмой стопы нами использовалась разработанная в клинике операция. Основа этого оперативного вмешательства являлся клюшкообразный разрез. Вскрытие глубоких плантарных пространств стопы осуществляется разрезом Г-образной формы, который проводят от проекции нижне-медиальной поверхности первой плюсневой кости в направлении к линии плюснефаланговых суставов, не достигая ее порядка 2 см, с последующим поворотом на 90° кнаружи до проекции III-IV плюсневой кости за пораженным отделом стопы.

Результаты: глубокая плантарная флегмона была выявлена у 32 больных. Причем преимущественно у больных с нейропатической формой СДС (25 больных). В результате лечения 3 больным выполнена ампутация на уровне голени. В 22 случаях сохранена стопа. В 4 случаях обошлось резекцией одного или двух пальцев. Еще в 3 случаях выполнена резекция стопы на уровне плюсневых костей. Ампутация выполнена в одном случае при нейропатической форме при угрозе возникновения сепсиса, в остальных 2 случаях при нейроишемической форме СДС. Таким образом, при глубокой плантарной флегмone удалось достичь полное или частичное сохранение конечности в 90,6% случаях. В контрольной группе, состоящей из пациентов районных больниц, высокая ампутация выполнена 12 из 18 человек.

Обсуждение: диабетическая глубокая флегмона стопы имеет свои особенности: ее распространение происходит быстро, а фасции и сухожилия являются проводниками гноя. Поэтому простым вскрытием флегмона ограничиваться нельзя. Наличие же макро и микроангиопатии вынуждает делать разрез так, чтобы не только обеспечить хороший доступ, но и не нарушить кровоснабжение, не усугубить уже имеющуюся ишемию. Клюшкообразный разрез удовлетворяет этим требованиям.

Выводы: клюшкообразный разрез, по нашему мнению, наиболее подходит для вскрытия и хирургической обработки глубокой плантарной диабетической флегмона.

СПОСОБНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ФОРМИРОВАТЬ БИОПЛЁНКИ

Фадеев С.Б.¹, Перунова Н.Б.², Явнова С.В.²

¹Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург.

²НИИ клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург.

Цели: определить способность формирования биоплёнок клиническими штаммами возбудителей флегмон мягких тканей.

Материалы и методы: Материалом для исследования явились штаммы возбудителей флегмон мягких тканей: 20 штаммов золотистого стафилококка (SA), 12 – коагулазонегативных стафилококков (CNS), 20 – энтеробактерий (E. coli, Klebsiella spp., Providencia spp.) и 12 штаммов Pseudomonas aeruginosa, выделенные из биоптатов, полученных во время операции. Бактериологическое исследование проводилось с идентификацией микроорганизмов до вида. Способность микроорганизмов формировать биоплёнки определяли фотометрическим методом (O'Toole G., H.B. Kaplan, R. Kotler, 2000) и выражали в условных единицах оптической плотности (ОП). При показателе ниже 0,1 ОП способность к формированию биоплёнок считали крайне низкой и не учитывали при оценке распространённости и выраженности признака.

Результаты: Анализ распространённости и выраженности способности формирования биоплёнок возбудителями флегмон мягких тканей показал неравномерность распределения этого признака среди групп микроорганизмов. Наиболее часто это свойство определялось у энтеробактерий (80% штаммов) и, особенно, у P. aeruginosa (100% штаммов), что сопровождалось высокими значениями способности к формированию биоплёнок – $0,58 \pm 0,07$ ОП у P. aeruginosa и $0,54 \pm 0,04$ ОП – у энтеробактерий. Данный признак у кокков встречался гораздо реже (у 60% штаммов SA и у 75% штаммов CNS) и характеризовался более низкими значениями: $0,28 \pm 0,05$ ОП

у SA и $0,38 \pm 0,07$ ОП – у CNS. Выявлена прямая корреляционная зависимость между выраженностью способности микроорганизмов к образованию биоплёнки и длительностью течения заболевания (коэффициент корреляции = 0,69).

Выводы: Возбудители флегмон мягких тканей, прежде всего псевдомонады и энтеробактерии, обладают способностью формировать биоплёнку. Наличие корреляционной зависимости между выраженной способностью микроорганизмов к образованию биоплёнки и длительностью течения заболевания позволяет не только оценивать указанную способность как маркер хронизации заболевания, но и оценить роль микробных биоплёнок в патогенезе хирургической инфекции.

СУТОЧНЫЕ РИТМЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ОКСАЦИЛЛИНУ СТАФИЛОКОККОВ – ВОЗБУДИТЕЛЕЙ АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Фадеев С.Б.¹, Перунова Н.Б.², Янова С.В.²

¹Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

²НИИ клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург

Цель работы: изучение суточной динамики чувствительности к оксациллину стафилококков – возбудителей абсцессов мягких тканей.

Материалы и Методы: материалом для исследований послужили штаммы *S. aureus* №№ 76, 77, 116, 129, 138, а также штаммы коагулазонегативных стафилококков №№ 78 (*S. xylosus*), 85 (*S. epidermidis*), 90 (*S. xylosus*), 127 (*S. capitis*), 131 (*S. simulans*), выделенные из очагов хирургической инфекции больных абсцессами. Определение минимальной подавляющей концентрации (МПК) оксациллина проводили с использованием метода серийных разведений в агаре (концентрации антибиотика от 16 мкг/мл до 0,125 мкг/мл) в течение суток с часовым интервалом.

Результаты: Выявлены определенные изменения МПК оксациллина по отношению к *S. aureus* в течение суток. Суточная динамика МПК в отношении штаммов №№ 76, 77, 129 была сходной и не превышала 0,25 мкг/мл с 5⁰⁰ до 11⁰⁰ часов, снижаясь до минимума в период с 14⁰⁰ до 23⁰⁰ часов. Обращает внимание повышение МПК к штамму № 138 до 1 мкг/мл и к штамму № 116 – до 8 мкг/мл в 11⁰⁰ часов (резистентность к оксациллину) с последующим снижением до минимума. Все пять штаммов *S. aureus* признаны чувствительными к оксациллину по результатам, полученным с использованием диско-диффузионного метода. При определении чувствительности к оксациллину штаммов коагулазонегативных стафилококков отмечено, что в отношении резистентного штамма № 131 в период 8⁰⁰-14⁰⁰ часов МПК не превышала 0,25 мкг/мл (период чувствительности). В отношении чувствительных штаммов № 78 и 90 МПК в 8⁰⁰ и в 11⁰⁰ часов составила 0,5 мкг/мл (резистентность), а в остальные часы не превышала 0,25 мкг/мл.

Таким образом, использование хронобиологического подхода в оценке резистентности стафилококков к оксациллину позволило выявить как пики резистентности у чувствительных штаммов, так и период чувствительности у резистентного стафилококка. Можно предположить, что в определенное время создаются более благоприятные условия для селекции антибиотикорезистентных штаммов. Проведение дальнейших исследований позволит выявить клиническое значение выявленных хронобиологических аспектов.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Фомин С.А.

Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения МСЧ НЯ НПЗ, г. Ярославль

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений мы применяем обработку операционной раны 0,5% водно-спиртовым 70% раствором хлоргексидина биглюконата.

Цель исследования: оценить эффективность обработки операционной раны 0,5% водно-спиртовым 70% раствором хлоргексидина биглюконата.

Материалы и методы: У 38 пациентов, прооперированных по поводу острого флегмонозного аппендицита, проведено бактериологическое исследование. Аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косого па-

раректального мини-доступа. Изучена микробная контаминация брюшной полости, операционной раны до и после обработки антисептиками. У 19 больных операционная рана обрабатывалась 0,5% водно-спиртовым 70% раствором хлоргексидина биглюконата с экспозицией 1-2 минуты, у 19 – 0,5% водным раствором хлоргексидина биглюконата с экспозицией 5 минут.

Результаты и обсуждение: Микробиологическое исследование показало, что в 21 (55,3%) случаях из брюшной полости были выделены монокультуры различных микроорганизмов. Количественный состав микроорганизмов колебался от 10^2 до 10^8 КОЕ/см². При исследовании контаминации операционной раны в 19 (50%) исследований отмечался рост монокультур микроорганизмов в количественном составе от 10^2 до 10^8 КОЕ/мл. У 19 пациентов после обработки операционной раны 0,5% водным раствором хлоргексидина биглюконата в 5 (26,4%) случаях были выделены микроорганизмы. У пациентов после обработки операционной раны 0,5% водно-спиртовым 70% раствором хлоргексидина биглюконата результаты микробиологического исследования были отрицательны в 100% случаях.

Заключение: Обработка контаминированной операционной раны во время аппендэктомии 0,5% водно-спиртовым 70% раствором хлоргексидина биглюконата 1) эффективна в отношении большинства возбудителей инфекции области хирургического вмешательства, 2) не приводит к увеличению длительности операции, 3) способствует профилактике возникновению косметических дефектов, 4) проста в исполнении.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И СТОПЫ

Хворостов Е.Д., Морозов С.А., Захарченко Ю.Б.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

В последнее время уделяется внимание максимально возможному сохранению тканей при выполнении хирургической обработки вторичного костного панариция (ВКП).

Цель: Разработка способа адекватной хирургической коррекции при ВКП дистальных отделов концевых фаланг пальцев кисти и стопы с максимально возможным сохранением анатомической целостности пальцев.

Материалы и Методы: Проанализированы результаты лечения 46 пациентов с ВКП дистальных фаланг пальцев кисти и стопы. Мужчин было 19, женщин 27. Возраст больных от 34 до 78 лет. Продолжительность болезни от 2 до 4 недель. При хирургической обработке ВКП проводилось иссечение гнойного свища, дистальная резекция ногтевой фаланги с сохранением мягких тканей, ногтевой пластинки и боковых питающих артерий. Для рассечения мягких тканей, резекции ногтевой фаланги, проведения ультразвуковой кавитации раны использовался аппарат «Узор-4» (Украина). Рану дренировали перфорированной дренажной трубкой диаметром 2,5 мм и ушивали рану. Иммобилизация. Системная антибактериальная терапия начиналась внутривенным введением антибиотиков (в соответствии с результатами бактериологического исследования) за 30 минут до оперативного вмешательства и продолжалась в послеоперационном периоде до стихания явлений местного воспалительного процесса. В ходе проточного дренирования вводили мази на водорастворимой основе, осуществляли УВЧ терапию.

Результаты: Раны зажили первичным натяжением у всех больных, дренаж удалён на 3-5 сутки, швы сняты на 7 сутки. При наблюдении в сроки от 2 до 6 месяцев рецидивов заболевания не отмечено при удовлетворительных функциональных и косметических результатах.

Выводы: Предложенная методика хирургической обработки ВКП дистальных отделов концевых фаланг пальцев кисти и стопы позволяет сократить сроки стационарного лечения, трудовой реабилитации пациентов и добиться удовлетворительных функциональных и косметических результатов путем максимально возможного сохранения тканей пальцев.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Хрипун А.И., Шурыгин С.Н., Бражникова Е.В., Пряников А.Д.

Городская клиническая больница №12, г. Москва

Цель: выявить частоту развития абдоминального сепсиса у пациентов с острой окклюзией верхней брыжеечной артерии.

Материалы и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 15 пациентов с острой окклюзией верхней брыжеечной артерии с 2007 по 2008 гг. Средний возраст больных составил $72,3 \pm 10,3$ года. Мужчин было 12 (80,0%), женщин 3 (20,0%) пациентов. В стадии некроза кишечника и перитонита оперированы 14 больных с острой окклюзией верхней брыжеечной артерии, 1 пациенту выполнена идеальная эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии в стадии ишемии кишечника.

Результаты: изолированная бактериемия выявлена у 1 (6,7%) больного, оперированного в стадии ишемии кишечника. В 4 (26,7%) случаях у пациентов с системной воспалительной реакцией (от 2 до 4 признаков) и инфарктом кишечника, бактериемии выявлено не было. Клинико-инструментальные критерии системной воспалительной реакции, некроз кишечника и бактериемии имелись у 4 (26,7%) пациентов. В остальных 6 (39,9%) случаях гангrena кишки не сопровождалась бактериемией и признаками системной воспалительной реакции. Септический шок имел место у 1 (6,7%) больного. Гемокультура в основном была представлена микроорганизмами *Staphylococcus hominis* и *haemolyticus*, реже *Enterococcus faecalis* и родом *Streptococcus*. Интраоперационно брали посев из портальной венозной системы у 6 пациентов, при этом ни в одном случае портальной бактериемии выявлено не было. Наиболее чувствительными высеванными микроорганизмами оказались к группам полусинтетических пенициллинов, макролидов и ванкомицину. Прокальцитониновый тест выполнен в 9 случаях: у 4 больных он был $<0,5$ нг/мл, у 1 одного пациента >80 нг/мл, в остальных 4 случаях >80 нг/мл. Все 5 больных (тест >80 нг/мл или >80 нг/мл) умерли в раннем послеоперационном периоде. Экстракорпоральная детоксикация осуществлена 4 пациентам с сепсисом, пережившим первые сутки после операции, однако во всех случаях наступил летальный исход.

Выводы: острая окклюзия верхней брыжеечной артерии сопровождается высокой частотой развития абдоминального сепсиса, которая по нашим данным составляет 53,3%. Несмотря на раннее применение методов экстракорпоральной детоксикации, общая летальность в этой категории больных составила 75% (6 больных).

РОЛЬ ИММУНОТЕРАПИИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Чернышев О.Б.¹, Демьянов А.В.², Бубнова Н.А.¹, Симбирцев А.С.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет,
кафедра хирургии, г. Санкт-Петербург

²Государственный научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов
Федерального медико-биологического агентства России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: Изучить влияние иммунокоррекции рожистого воспаления в остром периоде заболевания.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 92 человека (50-основная группа, 42-контрольная группа). Группы сопоставимы по полу, возрасту, форме и тяжести заболевания. Для проведения иммунокоррекции рожистого воспаления выбран препарат «Бестим» (γ -D-глутамил-L-триптофан). Курс лечения препаратом в основной группе составил 5 инъекций (в/м, 0,1 мг), через день. В ходе исследования оценивались динамика показателей местного и общего воспаления (отек, боль, уровень температуры, СОЭ, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень фибриногена).

Результаты: Динамика регресса отека в основной группе за 10 дней наблюдения шла намного быстрее, чем в контрольной. Причем значимый регресс отека в основной группе начался на третий день ($p=0,0002$), а в кон-

трольной – отек начинал уменьшаться с пятого дня. Болевой синдром в основной группе стал меньше с четвертого дня ($p=0,002$), а в контрольной группе с шестого дня. Динамика нормализации температурной реакции в обеих группах достоверно не отличалась ($(p>0,05)$). Уровень лейкоцитов и СОЭ в обеих группах в конце лечения статистически не отличались ($p>0,05$). Хотя уровни ЛИИ в группах не различались ($p=0,2$), тем не менее, средний уровень ЛИИ в основной группе составил 1,0 и в контрольной 1,98. Выявлены значимые различия по уровню фибриногена в обеих группах ($p=0,002$): в основной группе средний уровень фибриногена составил 4,3 г/л, а в контрольной 5,45 г/л.

Обсуждение: Полученные результаты свидетельствуют о положительном эффекте действия иммунокоррекции при рожистом воспалении в остром периоде. Важным моментом является регресс отека, который обусловлен подавлением (регуляцией) аллергической реакции за счет специфики иммунокорректора, что необходимо для профилактики как ранних, так и поздних осложнений рожистого воспаления.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ

Шкрадюк А.В.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,
г. Симферополь, Украина

Цель: оптимизировать тактику ведения больных с несостоятельностью толсто-тонкокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов при радикальном хирургическом лечении колоректального рака.

Материалы и методы: проанализировано 198 историй болезней больных, которым выполнены радикальные первично-восстановительные операции на толстой кишке.

Результаты: 109 (55,05%) больным выполнена левосторонняя, 89 (44,95%) – правосторонняя гемиколэктомия. У 138 (69,7%) больных анастомоз между приводящей и отводящей кишкой накладывали по типу «бок в бок», у 60 (30,3%) – «конец в конец». Несостоятельность анастомоза на нашем материале встретилась у 13 (6,56%) больных, из которых у 8 (4,04%) была выполнена правосторонняя, у 5 (2,52%) – левосторонняя гемиколэктомия. Несостоятельность анастомоза, как правило, манифестирует на 5–6 сутки после операции, и клинически протекала в виде абсцессов брюшной полости (подключичного пространства, межпетлевых абсцессов) и забрюшинного пространства или разлитого перитонита. После установления диагноза несостоятельности анастомоза, выполняли релапаротомию, ререзекцию анастомоза с последующим наложением нового соусьта, тщательную санацию и адекватный лаваж брюшной полости. Оперативное вмешательство завершили формированием лапаростомии. В последующем выполняли программируемые этапные релапаротомии с целью санации брюшной полости и контроля за состоянием анастомоза. В послеоперационном периоде больные получали массивную антибактериальную, инфузционную, дезинтоксикационную терапию, антикоагулянты, противовоспалительную терапию.

Обсуждения: среднее количество повторных санаций составило 5. Повторной несостоятельности анастомоза не наблюдали. В послеоперационном периоде умерло 4 (2,02%) больных. Причинами летальных исходов явилась интоксикация, острая сердечно-сосудистая недостаточность, без нарушения герметичности соусьта.

Выводы: выполнение ререзекции анастомоза в случае несостоятельности с последующим наложением нового анастомоза и завершением операции лапаростомией с последующими этапными санациями позволяют снизить количество летальных исходов у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРЛЕЙКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ ФЛЕГМОНОЙ СТОПЫ

Штильман М.Ю., Чумбуридзе И.П., Явруян О.А.

Кафедра хирургических болезней №3 Ростовского государственного медицинского университета.
г. Ростов-на-Дону

Цель: изучить интерлейкиновый статус у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы: проведено исследование уровня концентрации про-(IL1 \leq Ф, IL6) и противовоспалительных (IL4, IL10) интерлейкинов у 126 больных с СДС, осложненным флегмоной стопы. Интерлейкины определяли методом иммуноферментного анализа при поступлении больных в сыворотке крови, взятой из ближайшей к очагу поражения вены и из вены соответствующего отдела на контроллеральной конечности.

Результаты: при локализации флегмона в переднем отделе стопы уровень интерлейкинов: IL1 $_6$ -248,3 \pm 0,6 пг/мл, IL6-261,4 \pm 1,1 пг/мл, IL4-245,3 \pm 1,4 пг/мл, IL10-293,6 \pm 1,4 пг/мл. Показатели интерлейкинов на противоположной конечности: IL1 $_6$ -45,3 \pm 1,3 пг/мл, IL6-61,1 \pm 0,9 пг/мл, IL4-61,3 \pm 1,1 пг/мл, IL10-77,2 \pm 0,3 пг/мл. При распространении гнойного процесса до уровня голеностопного сустава и на голень: IL1 $_6$ -297,9 \pm 1,6 пг/мл, IL6-307,7 \pm 1,8 пг/мл, IL4-201,4 \pm 0,9 пг/мл, IL10-254,3 \pm 1,9 пг/мл и IL1 $_6$ -57,3 \pm 1,3 пг/мл, IL6-67,3 \pm 1,1 пг/мл, IL4-67,2 \pm 1,2 пг/мл, IL10-79,2 \pm 0,3 пг/мл, соответственно.

Обсуждение: при локализации флегмона в переднем отделе стопы отмечалось повышение концентрации провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов. В это же время показатели интерлейкинов на противоположной конечности были минимальные. При распространении гнойного процесса до уровня голеностопного сустава и на голень выявлены высокие уровни провоспалительных интерлейкинов и низкие показатели противовоспалительных интерлейкинов. У этих же больных отмечалось равномерное повышение уровня интерлейкинов и на противоположной конечности до максимальных значений. Зависимость интерлейкинов от микрофлоры не выявлено.

Выводы: имеется взаимосвязь интерлейкинового статуса и степени выраженности гнойно-некротического процесса у больных СДС. Исследование концентрации интерлейкинов у больных с СДС может служить одним из критериев тяжести и распространения гнойно-некротического процесса, что позволяет прогнозировать клиническое течение и эффективность лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ СТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭРИТЕМАТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ РОЖЕЙ

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Новикова И.В., Гогохия Т.Р.

Московская Медицинская академия им. И.М.Сеченова, г. Москва

Цель: улучшение результатов консервативного лечения неосложненных форм рожистого воспаления.

Материалы и методы: Основную клиническую группу составили 46 пациентов с эритематозно-буллезной рожей (период 2005-2007 гг.), при местном лечении которых применяли плазменные потоки (ПП) в режиме стимуляции. Генерация ПП осуществлялась с помощью установок отечественного производства: «СП-ЦПТ» (рабочий газ – аргон, плотность обработки 15 секунд на 1 см²), воздушно-плазменный аппарат «Плазон» (рабочий газ – атмосферный воздух, плотность – 10 секунд на 2 см²). Последовательность и очередность различных методик принципиального значения не имела. Плазменная обработка проводилась ежедневно до полного разрешения воспалительного процесса. При наличии буллезных элементов предварительно производили вскрытие пузырей. По завершении процедур накладывали влажно-высыхающие повязки с 0,1% хлоргексидином. В лечебную программу контрольной группы (50 пациентов) входило только УФО очага в субэритемных дозах.

Результаты: На фоне сочетанной плазмодинамической санации отмечен ускоренный регресс местных проявлений рожи. Разрешение эритемы происходило в среднем через 4,1 \pm 0,7 суток, при традиционном лечении – к 8,3 \pm 1,3 суткам ($p<0,05$). Буллезные элементы редуцировались после 6-8 сеансов (в среднем на 6,8 \pm 0,8 сутки), в группе сравнения – в среднем на 13,5 \pm 1,4 сутки ($p<0,05$). При этом в основной группе быстрее купировались признаки интоксикации, а продолжительность лихорадочного периода сокращалась примерно на 2,8 суток.

Ускоренное разрешение воспалительного процесса под действием «высоких» энергий не могло не отразиться на конечных сроках стационарного лечения, которое составило в среднем 10,4 суток против 16,3 суток в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы: При эритематозно-буллезной роже регулярная обработка воспалительного очага различными по источнику плазменными потоками в режиме стимуляции обеспечивает ускоренный регресс локальных проявлений болезни, а также сокращает сроки стационарного лечения.

ГБО В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Митрохин А.А.

Отделение ГБО, ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

В период интенсивного исследования гипербарической оксигенации (ГБО) в середине прошлого века, в числе первых показаний, наряду с декомпрессионной болезнью, отравлениями окисью углерода и периоперационным периодом в сердечно-сосудистой хирургии, рассматривалась газовая гангрена (Boeger & Veltmankamp, 1961). В дальнейшем метод широко применяли при различных состояниях, которые инфекция сопровождала или лежала в их основе – с разной степенью эффективности и убедительности. Прогресс базовых методик (хирургия, антибиотики и др.), а также техническая сложность метода, организационные проблемы и некоторые другие стали причиной роста скептического отношения к применению ГБО вообще и в области хирургических инфекций в частности.

Несмотря на сложности организации исследований ГБО, отвечающих требованиям доказательной медицины, такие исследования продолжались в рамках Европейской Комиссии по Гипербарической Медицине. Был выработан метод отбора и утверждения показаний к ГБО – Консенсусная Конференция. Отобранные Комиссией эксперты собирают подробные данные о результатах всех выполненных исследований, каждый по своей проблеме, и затем представляют эти данные Конференции и ее Жюри, состоящему из наиболее авторитетных специалистов в области ГБО. На закрытом заседании Жюри принимает решение о соответствии каждого показания тому или иному уровню доказательности и представляет их перечень в качестве официальной рекомендации. Показания разделены на 3 типа и 6 уровней:

1 тип: настоятельно рекомендуется. 2 тип: рекомендуется. 3 тип: на усмотрение.

Уровни: А – доказательность 1 уровня, В – 2 уровня, С – 3 уровня, D – только неконтролируемые исследования без единства мнений экспертов, E – нет признаков положительного действия, F – есть признаки отрицательного действия.

Последняя редакция принята на 7-й Консенсусной Конференции в 2004 г. и в неё вошли следующие состояния либо прямо связанные с хирургической инфекцией, либо с высокой вероятностью ее развития, что даёт основания рассматривать применение ГБО как профилактику (полный перечень состоит из 27 позиций).

Тип/уровни	A	B	C	D
Тип 1				
Компартментный и краш синдромы, другие травматические ишемии		X		
Анаэробная или смешанная анаэробно-аэробная инфекция			X	
Тип 2				
Диабетическая стопа	X			
Проблемная пересадка кожи или кожно-мышечного лоскута		X		
Ишемическая язва		X		
Рефрактерный хронический остеомиелит		X		
Тип 3				
Реплантация конечности		X		
Ожоги >20 % поверхности тела и 2 степени		X		
Незаживающие инфицированные раны		X		
Другие показания				
Медиастинит после стернотомии				X

Если принять во внимание общий вид формулировок, перечень конкретных нозологических единиц значительно более обширен – что особо подчеркивается в комментарии.

Принципиально положение перечня – ГБО рассматривается только как компонент терапевтического комплекса, не прерывающего последовательности лечения. Изолированным видом лечения не является.

Заключение: как дополнительный вид лечения ГБО играет существенную роль в ситуациях, связанных с хирургической инфекцией, когда комплекс стандартных мер не оказывается недостаточно эффективным, и что подтверждается установленными уровнями доказательности. Адаптация к отечественной практике показаний к ГБО, принятых в Европейском Союзе, улучшит результаты применения существующих методик.