

Беларуси. Новый взгляд на лечебную стратегию и тактику / Напечатано в России: Изд-во LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. 266 с. (ISBN: 978-3-8465-2904-1).

3. Варзин С.А. Два различных исхода ваготомии (выздоровление и рецидив заболевания) у больных язвой двенадцатиперстной кишки / Проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию кафедры хирургии МФ СПбГУ. СПб., 2006. С.26-29.

*Р.О. Чепцов, М.М. Крамчанинов, А.М. Мансуров,
А.А. Протасов, М.А. Шатиль*

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПО ДАННЫМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова, Кафедра общей хирургии; СПб ГБУЗ «Городская больница Святого
Великомученика Георгия», roman.cheptsov@mail.ru*

Проанализированы истории болезней больных, которым в гнойно-септическом отделении городской больницы Св. Георгия в течении года были выполнены высокие ампутации нижних конечностей при отсутствии показаний к реваскуляризации. Общее число больных – 92, из них 51 больной страдал облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК), им были выполнены ампутации бедра в средней трети (32), в верхней трети (19). У 38 больных был ОАСНК на фоне сахарного диабета (СД), им были выполнены ампутации бедра в средней трети (33), на уровне голени в верхней трети (5). 3 больным выполнены ампутации голени по поводу отморожения.

Представлены результаты ампутаций бедра. Из 92 больных было 44 женщины и 48 мужчин. Все больные рассмотрены в трех возрастных группах: до 60 лет, от 60 до 75 лет и старше 75 лет.

В группе больных с ОАСНК, которым выполнена ампутация бедра в средней трети, наблюдался исходный уровень некроза преимущественно дистальных отделов нижней конечности, чаще всего стопы; преобладающий уровень окклюзии артерий - бедренно - подколенный сегмент. Синдром системной воспалительной реакции чаще был выражен в возрастной группе от 60 до 75 лет (61%). Операции чаще были отсроченные. Осложнения со стороны послеоперационной раны, в виде нагноения, наблюдались только в возрастной

группе от 60 до 75 лет, и составили 25%.

В группе больных с ОАСНК, которым выполнена ампутация бедра в верхней трети, наблюдался более высокий уровень некроза, чаще распространявшийся на стопу и нижнюю треть голени, в большинстве случаев выявлялась окклюзия подвздошно-бедренного сегмента. Синдром системной воспалительной реакции был выражен во всех возрастных группах (30-60%). В этой группе по сравнению с предыдущей, было больше больных поступивших в тяжелом состоянии, требующих экстренных операций, выполненных в день поступления. Осложнения со стороны послеоперационной раны, в виде нагноения, наблюдались во всех возрастных группах (20-50%).

В группе больных с ОАСНК и СД, которым выполнена ампутация бедра в средней трети, в большинстве случаев наблюдается уровень некроза дистальных отделов нижней конечности при уровне окклюзии артерий бедренно - подколенного сегмента. Синдром системной воспалительной реакции наблюдался во всех возрастных группах (25-75%). 55% больных поступили в тяжелом состоянии, им чаще всего выполнялись экстренные операции, в день поступления. Осложнения со стороны послеоперационной раны в виде нагноения (17-50%) и краевого некроза (6-11%) наблюдаются во всех возрастных группах.

Наименьшая госпитальная летальность наблюдалась в группе больных с ОАСНК, которым выполнена ампутация бедра в средней трети (28%), наибольшая госпитальная летальность наблюдалась в группе больных с ОАСНК и СД – 47%. Госпитальная летальность увеличивалась с возрастом во всех группах больных.

Проанализированы отдаленные результаты высоких ампутаций нижних конечностей у этих больных. В группе больных с ОАСНК и СД, которым выполнена ампутация бедра в средней трети, годовая выживаемость составила 55%, а пятилетняя – 30%; в группах больных, страдающих ОАСНК без сахарного диабета, годовая выживаемость составила 80%, а пятилетняя - 50%.

Никто из больных после выписки из стационара не протезировался. До 60 лет причиной этому чаще всего является отсутствие желания самого больного или социальные факторы, с возрастом увеличивается количество отказов по медицинским показаниям. Наилучшая степень реабилитации наблюдалась в группе больных с ОАСНК, которым выполнена ампутация бедра в средней трети: 45% больных пользовались коляской, 10% - костылями; наихудшая реабилитация наблюдалась у больных с ОАСНК и СД, из них только 10% пользовались коляской, остальные больные не вставали с постели.

Анализируя проведенную работу можно сделать следующие выводы: У больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета, по сравнению с больными, причиной заболевания которых являлся только облитерирующий атеросклероз, в одних и тех же

возрастных группах, течение заболевания по большинству показателей проходило тяжелее. Уровень ампутации зависел от уровня окклюзии, который часто коррелировал с уровнем некроза и уровнем воспалительных изменений. Наибольшая непосредственная послеоперационная летальность наблюдалась в группе больных при наличии сахарного диабета и только 55% из них проживают год после операции. Годичная выживаемость в остальных группах 80%, а пятилетняя – 50%. В послеоперационном периоде реабилитации больных протезированием не было, только 3% больных пользовались костылями, и только треть больных пользовалась коляской.

Полученные нами неутешительные данные имеют значение для определения прогноза у этих больных и показывают, что с наступлением старшего возраста больные должны подвергаться диспансерному наблюдению для раннего выявления окклюзирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и активного их лечения до появления некротических изменений тканей. На нашем материале лечение у сосудистых хирургов до появления некроза наблюдалось только у 6 больных из 92. Диспансеризация необходима и после выписки из стационара, что позволит реабилитировать больше больных.

*Чернышев О.Б.², Петров А.В.¹, Шатиль М.А.²,
Серебряная Н.Б.¹, Бубнова Н.А.²*

ИММУНОТЕРАПИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*¹ ФГУП «Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов» ФМБА России,
Санкт-Петербург; ² СПб ГУЗ «Городская больница Св. Великомученика Георгия»,
Holger_tch@mail.ru*

Для современной клинической картины рожистого воспаления (РВ) характерно частое рецидивирование. РВ часто рецидивирует на фоне хронической лимфовенозной недостаточности (ХЛВН) нижних конечностей. Используемые средства иммунокоррекции в основном применяются после стихания явлений РВ, а попыток проведения иммунокоррекции РВ в остром периоде заболевания в доступной литературе не описано. Осуществление иммунотерапии в остром периоде РВ нам представляется чрезвычайно важным и актуальным клиническим направлением, учитывая тот факт, что существующие способы превенции рецидивов РВ не достаточно эффективны.

Цель исследования. Изучить влияние иммунокоррекции РВ в остром периоде заболевания.