

комплекс обследования также включали общеклинические, определение состояния центральной гемодинамики, эндотоксикоза, функции внешнего дыхания, иммунного статуса, гемокоагуляции и липидного обмена.

Большинство больных имели сопутствующие заболевания; ИБС — 17 (19,9 %), инфаркт миокарда в анамнезе — у 9 (10,1 %), гипертоническая болезнь — у 63 (71 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты исследования показали, что у всех больных с трофическими нарушениями отмечали снижение иммунного статуса: Т- и В-лимфоцитов на 40–50 %, фагоцитоз — на 62–74 %, количество иммуноглобулинов — на 28 %. Выявлен тяжелый эндотоксикоз и метаболический ацидоз.

У 81,7 % больных с диабетическими ангиопатиями имеет место нарушение гемостаза и липидного обмена, выраженность которого зависит от стадии заболевания с тенденцией к гиперкоагуляции и гиперлипидемии. При выраженном эндотоксикозе показатели уровня средних молекул превышали 400 у.е.

Микробиологические исследования гнойных очагов показали преобладание смешанной флоры

у 82,7 %, из них: аэробная микрофлора — у 8 (10,9 %), анаэробная — у 65 (89,1 %).

ВЫВОДЫ

1. Гнойно-некротические осложнения при диабетической ангиопатии сопровождаются тяжелым эндотоксикозом, вторичным иммунодефицитом, метаболическим ацидозом, гиперлипидемией, гиперкоагуляцией и тяжелым сдвигом гомеостаза.

2. Комплексная консервативная терапия, направленная на компенсацию сахарного диабета, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры, терапия сопутствующих заболеваний, дезинтоксикационная терапия приводит к стиханию воспалительного процесса, ограничению некротического процесса, улучшению общего состояния, коррекции эндотоксикоза, иммунного статуса и углеводного обмена.

3. Своевременное проведение плазмафереза, гемосорбции позволяют провести эффективную детоксикацию в пред- и послеоперационном периоде.

4. Восстановление или улучшение кровообращения в ишемизированной конечности является ведущим фактором в спасении конечности или снижении уровня ее ампутации.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев, Э.З. Гомбожапов

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН ИНФИЦИРОВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, открытым методом с применением ксероформа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

87 больных с ожоговыми ранами на площади 20–30 % поверхности тела, инфицированными синегнойной палочкой, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 1995 по 2004 гг.

По примененным методам местного лечения ожоговых ран больные были разделены на 2 группы. Группу клинического сравнения составили 46 больных, им лечение синегнойной инфекции проводилось общепринятыми методами.

Исследуемую группу составил 41 больной. У них применен метод открытого ведения ран с применением ксероформа. Выбор ксероформа обусловлен его антисептическим, вяжущим и подсушивающим действием, что создает неблагоприятное

условие для жизнедеятельности синегнойной палочки. Больным этой группы первоначально производилась расширенная перевязка под наркозом, затем раны присыпались ксероформом, и в дальнейшем лечение проводилось открытым методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных, которым лечение ожоговых ран инфицированных синегнойной палочкой проводилось открытым методом, уже на вторые сутки уменьшались явления токсемии и местные проявления инфекционного процесса, заметно улучшалось самочувствие.

Применение предложенного метода лечения позволило подавить развитие синегнойной инфекции уже на 3–4 сутки начала лечения, о чем свидетельствуют отрицательные результаты бактериологических посевов из ожоговых ран. В группе же клинического сравнения этого удавалось добиться только на 10–12 сутки после начала лечения.

Метод открытого лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, позволил

подготовить ожоговые раны к аутодермопластике у больных в исследуемой группе в среднем на $5,6 \pm 0,3$ дня раньше, чем у больных группы клинического сравнения.

Более ранние сроки аутодермопластики улучшили результаты лечения и позволили сократить сроки лечения в исследуемой группе на $8,4 \pm 0,3$ койко-дня, по сравнению с группой клинического сравнения.

Если до начала применения ксероформа внутрибольничное инфицирование ожоговых ран си-

негнойной палочкой отмечалось у 35 % ожоговых больных, то в настоящее время наблюдаются только единичные случаи ее возникновения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод открытого лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, с применением ксероформа эффективен не только для купирования гнойного процесса, но и для предупреждения развития внутрибольничной инфекции.

Д.Д. Рыбдылов, О.И. Хитрихеев, О.И. Сиденов

МЕСТНЫЕ ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АМПУТАЦИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить причины развития местных гнойных осложнений после ампутаций нижних конечностей при диабетической гангрене стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 64 больных с синдромом диабетической стопы в отделении гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 1998 г. по 2004 г. Во всех случаях имела место нейро-ишемическая форма диабетической стопы с тотальной гангреной. Женщин было 52 (81,3 %), мужчин — 12 (18,7 %). Возраст пациентов колебался от 56 до 72 лет. С инсулинзависимой формой сахарного диабета было 6 (9,4 %), а с инсулиннезависимой формой — 58 (90,6 %) больных. Сроки заболевания сахарным диабетом колебались от 5 до 35 лет. Сроки развития обширных гнойно-некротических процессов от 3 до 18 дней.

Больные имели следующие сопутствующие заболевания: гипертоническую болезнь — 38 пациентов, ишемическую болезнь сердца — 27, сосудистое заболевание головного мозга — 15, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения — 6, общий атеросклероз — 13.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении состояние больных расценивалось как тяжелое, у всех отмечался выраженный интоксикационный синдром. Для уменьшения токсемии 9 больным в день поступления были произведены некротомии, что позволило перевести явления влажного некроза в сухой и оперировать их в дальнейшем в более благоприятных условиях.

Всем больным были выполнены ампутации нижних конечностей на уровне средней и верхней трети бедра. В каждом случае, показания и сроки операции определялись индивидуально, в зависимости от тяжести состояния больного. В день поступления после предоперационной подготовки прооперировано 15 больных, через сутки после поступления — 28, через двое суток — 11, через 3 суток — 9, через 4 суток — 1 больной. После операции все больные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, при этом средние сроки их пребывания там составили 3,4 дня.

Местные послеоперационные гнойные осложнения развились на 3—5 сутки у 23 (35,9 %) больных в виде: некротического целлюлита — у 2 больных, нагноения различной глубины — у 20 больных. В одном случае развился некроз культи, что потребовало выполнения реампутации. Следует отметить, что гнойных осложнений не отмечалось у пациентов, госпитализированных в относительно ранние сроки (3—5 сутки) развития гнойно-некротического процесса со стабильным общим состоянием.

Причинами возникновения гнойных осложнений явились: неправильная оценка состояния тканей и кровоснабжения — в 3 случаях, неадекватное дренирование раны — в 11 случаях, недостаточная антибактериальная профилактика осложнений — в 5 случаях, недостаточный гемостаз — в 4 случаях.

Умерло 5 больных, оперативные вмешательства которым были выполнены в день поступления. Причинами летальных исходов были: сердечно-сосудистая недостаточность у 2 больных, острый инфаркт миокарда — у 1, сепсис — у 1, острое нарушение мозгового кровообращения — у 1 больного.