

тельных изменений в прокоагулянтном и антикоагулянтном звеньях свертывающей системы крови до и после лечения мы не определили.

В группе пациентов, которым наряду с лекарственной терапией применялось ВЛОК, МЛО и ГБО нами выявлено снижение коагуляции и значительное увеличение фибринолитической активности плазмы крови. Клинически в этой группе пациентов отмечено уменьшение частоты гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны до 13 %, средняя длительность нахождения в стационаре составила  $10 \pm 2$  дня, тогда как в контрольной группе частота гнойных осложнений составила 21 %, средняя длительность нахождения в стационаре  $20 \pm 4$  дня.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным литературы, летальность непосредственно после операции ампутации выше щели коленного сустава составляет до 11 – 39 %, что обусловлено большим числом тромботических осложнений, распространенным окклюзионным поражением артерий, тяжелой сопутствующей патологией и гнойными осложнениями.

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с гипербарической оксигенацией в периоперационном периоде у пациентов после ампутации нижней конечности выше щели коленного сустава способствует улучшению реологических свойств крови, непосредственных результатов лечения таких пациентов и уменьшению частоты гнойных осложнений.

**В.Н. Ищенко, Н.Н. Беседнова, Л.М. Эпштейн, А.М. Зинатулиан**

## МЕСТО И РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Успешное решение проблемы по профилактике инфекционных осложнений послеоперационных ран требует использования комплексного подхода различных методов.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние иммунотропного пептида — тинростима — полученного из нервной ткани дальневосточного кальмара, хитозана из панцирей морских крабов на течение раневого процесса в эксперименте и у больных хирургического профиля.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальные исследования были произведены на 40 беспородных крысах, массой 200 – 250 г, которым наносили скальпелем линейные разрезы длиной 2,5 – 3 см с двух сторон от позвоночного столба.

Животные были разделены на 2 группы. Всем группам по стандартной методике на раневую поверхность слева от позвоночного столба наносили мазь «Левомеколь».

1-й группе справа от позвоночного столба наносили гель тинростим, 2-й группе — гель хитозановый с тинростимом.

В 30 % рана ушивалась узловыми швами, в 30 % — внутрикожными швами и в 40 % раны велись открыто, вторичным натяжением.

Перевязки производили 2 – 3 раза в день.

Результаты лечения ран мы оценивали по общеклиническим параметрам и по результатам гистологии (на 3, 7, 14 и 30-е сутки).

В результате комплексного исследования удалось проследить динамику заживления послеоперационных ран. Под влиянием препаратов, содержащих тинростим: 1) сокращаются сроки воспаления; 2) происходит интенсивное образование капилляров и пролиферация фибробластов в грануляционной ткани; 3) формируются адекватные грануляции; 4) ускоряются сроки эпителизации.

Результаты экспериментальных исследований на животных позволили нам апробировать данный метод в клинических условиях в отделениях гинекологии ПКОД и колоректальной хирургии ПККБ № 1.

В отделении онкогинекологии под нашим наблюдением находилось 20 больных, которым были выполнены различные оперативные вмешательства.

100 % больных (20 человек) получали тинростим в предоперационном периоде в дозе 0,05 мг два раза в день в виде таблеток. С 4-х суток послеоперационного периода мазь, содержащая тинростим, вводилась во влагалище с целью предупреждения развития культи. Процедура повторялась ежедневно в течение пяти дней. Ее выполнение было направлено на предупреждение осложнений в зоне культи.

В случае развития осложнений в послеоперационном периоде (серомы, гематомы, расхождение краев раны, нагноение) целесообразно назначение тинростима в 2-х формах (таблетированной и в виде геля). Таблетированный препарат реко-

мендуется по 0,05 мг внутрь два раза в день в течение 14 дней с момента развития осложнений.

После обработки раны гель наносится из тюрбика на всю поверхность, в недоступные края и дно раны гель подводится с помощью шприца. На рану накладывается повязка с целью удаления избыточного экссудата.

В отделении колоректальной хирургии под нашим наблюдением находилось 26 проктологических больных: 2 пациента с острым парапроктитом; 4 — с эпителиально-копчиковым ходом; 4 — с анальной трещиной; 16 — с хроническим парапроктитом.

Из них 13 пациентов — основная группа и 13 — группа клинического сравнения.

Больные обеих групп были сходны по возрасту и полу.

Пациенты группы клинического сравнения получали местно традиционное лечение — обработка растворами антисептиков и мазь «Левомеколь».

У больных основной группы после обработки растворами антисептиков был применен гель тинростим и гель хитозановый с тинростимом в виде местных аппликаций 2—3 раза в сутки.

Для выявления побочного действия данного препарата проводилась оценка общей переносимости препарата, а также мониторинг лабораторных показателей (общий и биохимический анализ крови и общий анализ мочи) каждые 4 дня, которые оставались в пределах нормы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

У онкогинекологических больных, получавших тинростим в предоперационной подготовке по вышеуказанной схеме, было отмечено заживление послеоперационных ран первичным

натяжением в срок 10 дней. Клинические и биохимические показатели крови при этом достигают исходного уровня к 4—5 суткам после операции.

У 20—25 % женщин, не получавших тинростим в комплексной предоперационной подготовке, наблюдается вторичное заживление раны в сроки до 14 дней. Клинические и биохимические показатели крови достоверно приближаются к исходному уровню только к 7—10 суткам послеоперационного периода.

Оценка результатов лечения проктологических больных проводилась на основании общеклинических исследований на 1, 3, 7, 9 и 14-е сутки после операции.

В 96 % случаев болевой синдром уменьшился к 2—3 суткам и к 3—5 купировался полностью. К 7—9 суткам отмечалось наличие фибринозных пленок на дне ран. Полное заживление — к 10—17 суткам.

Таким образом, на основании эксперимента сделан вывод: применение мазевых препаратов, содержащих тинростим, является более эффективным, чем применение традиционных препаратов, ускоряет процесс заживления ран, и формирующийся при этом рубец более эластичен и эстетичнее выглядит.

Клинические данные показывают, что применение тинростима в двух лекарственных формах (таблетки и гель) в комплексной предоперационной подготовке в лечении хирургических ран и профилактике послеоперационных осложнений способствует быстрому заживлению ран, сокращению сроков послеоперационного периода и снижению тяжести послеоперационных осложнений, и это позволяет его активно рекомендовать в клиническую практику.

**А.В. Калинин, Т.В. Очирова, А.Ю. Ким**

## ПРИНЦИПЫ ДИСТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Высокая ампутация нижней конечности по поводу гнойно-некротического процесса на фоне сахарного диабета по-прежнему остается одним из распространенных методов лечения (Калинин В.П., 2001, Дедов И.И., 2004). По данным А.Б. Земляного, частота ампутации на уровне бедра встречается в 63 % случаев. Ряд исследователей применяли дистальную ампутацию для лечения ограниченной гангрены и в 30 % наблюдениях отмечали необходимость реампутации, низкий уровень первичного заживления (12 %) после операций на уровне стопы.

Все вышперечисленное заставляет искать новые подходы к сохранению конечности у больных с гнойно-некротическими процессами на фоне СД.

За период с 2002 по 2004 гг. в клинику Центра с данным диагнозом было госпитализировано 32 человека. Все больные страдали сахарным диабетом второго типа на протяжении  $8 \pm 2$  лет. 12 пациентов (37,5 %) были переведены из других лечебных учреждений, и в 8 наблюдениях до поступления была выполнена некрэктомия.