

9,5+1,3% и 6,1+0,6% ( $p<0,002$ ).

В ДБ риск смерти у больных 1й группы составил +11,1+2,4, а во 2й группе отрицательную величину - -2,6+1,7 ( $p<0,0004$ ).

Выводы.

Большая часть больных с перфорацией опухоли толстой кишки поступает поздно с запущенными формами заболевания, в состоянии тяжелом или средней тяжести.

Наибольшая летальность отмечается в первые 6 суток с момента поступления.

Совершенствование методов прогнозирования исхода заболевания необходимо для улучшения предоперационной подготовки больных и уменьшения риска оперативного лечения.

*Семак М.В.<sup>2</sup>, Шатиль М.А.<sup>4</sup>, Борисова Р.П.<sup>1</sup>,  
Тоне Р.В.<sup>3</sup>, Котлов В.О.<sup>4</sup>, Бубнова Н.А.<sup>2</sup>*

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С  
ВРЕМЕННЫМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ БЛОКОМ У ПАЦИЕНТОВ С  
ХРОНИЧЕСКИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии<sup>1</sup>; Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра общей хирургии<sup>2</sup>, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова, Кафедра общей хирургии<sup>3</sup>, СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»<sup>4</sup>, [markin-84@mail.ru](mailto:markin-84@mail.ru)*

Проблема послеоперационного остеомиелита конечностей является крайне актуальной в нашей стране. Год от года количество таких больных растет. В связи с недостатком специализированных учреждений для таких пациентов, большинство из них лечатся в общих гнойно-септических отделениях многопрофильных стационаров. Основными принципами лечения таких пациентов в данных условиях являются экстренное оперативное лечение при наличии показаний и антибактериальная терапия. Одним из хорошо зарекомендовавших себя методов в лечении гнойных заболеваний, в том числе и остеомиелита, является лимфотропная антибактериальная терапия с временным фармакологическим блоком, позволяющая вызвать временное депонирование антибиотика в очаге воспаления. К сожалению, в настоящее время наблюдается высокая устойчивость основных возбудителей заболевания ко всем традиционно

используемым для этого метода антибиотикам. Нами была проведена лимфотропная антибактериальная терапия с временным фармакологическим блоком с использованием современных антибиотиков, устойчивость возбудителей к которым остается высокой. Использовались два антибиотика – ампициллин/сульбактам и цефоперазон/сульбактам.

В общей сложности лечение получили 55 пациентов. При этом в основную группу вошли 25 больных, а 30 пациентов составили контрольную группу. Среди больных обеих групп преобладали мужчины трудоспособного возраста. По локализации процесса, преобладали больные с остеомиелитом бедренной кости, реже большеберцовой кости или с сочетанной патологией. Обе группы были однородны по всем приведенным параметрам.

В качестве возбудителя в обеих группах в подавляющем большинстве случаев высеивался золотистый стафилококк (52% основная группа, 50% контрольная), реже встречались ассоциации стафилококка с грамотрицательной микрофлорой ( 28% и 26,7%), изолированная грамотрицательная микрофлора (12% и 13,3%) и другие виды стафилококка (8% и 10%).

Пациенты обеих групп получали антибактериальную терапию данными антибиотиками, противовоспалительную терапию, местное лечение. По показаниям проводилось экстренное оперативное лечение, преимущественно заключающееся во вскрытии и дренировании остеофлегмоны. Пациентам контрольной группы антибиотик вводился внутримышечно.

Лимфотропная антибактериальная терапия осуществлялась по следующей методике. Инъекционную иглу вводили в первый межпальцевой промежуток стопы. Инфузия осуществлялась с помощью инфузомата LINEOMAT, в котором фиксировался шприц, соединенный с иглой с помощью перфузора. Стандартная разовая терапевтическая доза ампициллин/сульбактама либо цефоперазон/сульбактама разводилась в 5 мл 0,25% раствора новокаина. Раствор антибиотика в объеме 5 мл вводился в течение часа. Инфузии проводились один раз в сутки. В зависимости от динамики клинической картины заболевания, осуществлялось от 5 до 7 инфузий. В случае выявления устойчивости возбудителя к используемому антибиотику, производилась смена его на второй препарат.

Было выявлено, что у пациентов основной группы наблюдалось уже начиная с третьего дня лечения, значительное более быстрое купирование всех местных признаков воспаления, при этом на 10 сутки лечения воспаление купировалось в 100% случаев. В 100% случаев наблюдалась нормализация температуры тела. У пациентов контрольной группы в ряде случаев на десятые сутки сохранялись воспалительные явления, а также лихорадка.

Ни у одного пациента из основной группы за время лечения не возникало показаний к повторному или первичному (у пациентов, получавших

консервативное лечение) экстренному оперативному лечению. Среди пациентов контрольной группы оперативное лечение потребовалось 9 (30%) из 30 больных. Показанием к оперативному лечению было наличие задержки гнойного отделяемого либо появление очага размягчения в области инфильтрации.

Отдаленные результаты лечения пациентов обеих групп были прослежены в срок до 1,5 лет. Всего из 55 пациентов удалось связаться с 49 (23 пациента из основной группы и 26 из контрольной группы). Частота рецидивов заболевания в двух группах была различной. Из 26 пациентов контрольной группы рецидив заболевания наступил у 12 пациентов (46%). Из 23 пациентов основной группы рецидив наступил у 4 больных (17,4%). При этом все 4 пациента имели срок заболевания более 2х лет, в анамнезе у всех имелись неоднократные рецидивы заболевания.

Таким образом, было установлено, что проведение пациентам с хроническим послеоперационным остеомиелитом нижних конечностей курса лимфотропной антибактериальной терапии с временным фармакологическим блоком современными остеотропными антибиотиками способствует более быстрому купированию воспалительных явлений. Помимо этого, рецидив заболевания наступает у таких пациентов значительно реже, чем у пациентов, получавших традиционное лечение. При этом, простота методики, позволяет применять такой метод лечения в любом стационаре, включая ЦРБ.

*В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов*

#### **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Росздрава, [pppfsurg@yandex.ru](mailto:pppfsurg@yandex.ru)*

Каждый год в мире производится более 2,5 млн самых разнообразных операций на желчевыводящих путях, накоплен огромный научно-практический опыт по ведению таких пациентов, однако число послеоперационных осложнений по-прежнему остается на высоких цифрах, колеблющихся от 12,3 до 57,8 %. Особенно неблагоприятно выглядят результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложнениями в виде механической желтухи.

За последние 10 лет в клинике факультетской хирургии находилось на лечении 275 больных механической желтухой неопухолевого генеза пожилого и старческого возраста. При исследовании системы гемокоагуляции было установлено, что изменения в этой системе носили неоднозначный характер. У