

дистракция сустава препятствует образованию рубцовых и костных сращений. При значительном разрушении сустава рубцы и спайки в процессе дистракции формируются в продольном направлении, образуя нечто вроде новой рубцовой капсулы сустава и не препятствуют движениям в суставе, исключая в то же время патологическую подвижность (Чадаев А.П. с соавт., 1996).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения в группе больных с гнойными заболеваниями суставов пальцев и кисти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы применили метод дозированной дистракции при лечении девяти пациентов. В трех наблюдениях имел место суставной панариций, у пяти пациентов — костно-суставная форма и в одном наблюдении — пандактилит, осложненный глубокой подапоневротической флегмоной срединного

ладонного пространства, флегмоной тыла кисти, лимфангитом и тромбозом глубоких вен плеча.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ограничение объема движений и тугоподвижность в суставе различной степени выраженности отмечены в двух наблюдениях. У пациента с пандактилитом, которому аппарат был наложен вторым этапом (после купирования гнойного процесса), удалось устранить тыльно-ладонно-лучевой вывих. Ввиду выраженного остеопороза фаланг создать необходимую дистракцию в суставе не удалось. В последующем сформировался анкилоз пораженного сустава.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применяя метод дозированной дистракции при лечении гнойных заболеваний суставов пальцев кисти, нам удалось избежать ампутаций и экзартикуляций в исследуемой группе больных, сохранив функцию пальцев и кисти в целом.

А.В. Овечкин, И.Г. Шалганова, Б.С. Добряков, Л.Г. Приходько, Д.М. Логунов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ГНИЛОСТНЫМИ И АНАЭРОБНЫМИ НЕКЛОСТРИДАЛЬНЫМИ ФЛЕГМОНАМИ

*Новосибирская государственная медицинская академия (Новосибирск)
Городская клиническая больница (Новосибирск)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить наиболее рациональную тактику лечения у больных с обширными гнилостными и анаэробными неклостридальными флегмонами.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общеклиническое обследование (анализ крови, мочи, билирубин, мочевины, креатинин, средние молекулы); исследование иммунного статуса, микроскопия мазков-отпечатков и посев раневого отделяемого на микрофлору; посевы крови на стерильность.

Несмотря на развитие медицинских технологий, появление все новых фармакологических средств лечения бактериальных инфекций, актуальность вопросов диагностики и лечения различных форм нагноительных заболеваний мягких тканей остается весьма злободневной. Особенно это относится к осложненным формам хирургической инфекции — обширным гнилостным, анаэробным неклостридальным флегмонам, которые в значительном проценте случаев осложняются развитием септического состояния. Вопросы диагностики, тактики оперативного лечения, адекватной антибактериальной терапии, а также последующей реабилитации данной группы больных, недостаточно активно освещаются в хирургической печати.

Под нашим наблюдением за период 2002—2004 гг. находился 31 больной с данной нозологией. Мужчин — 15 (48,4 %), женщин — 16 (51,6 %). Возраст больных: до 40 лет — 8 человек (25,8 %), 40—60 лет — 12 (38,7 %), более 60 лет — 11 (35,5 %), т.е. до 65 % больных относятся к населению трудоспособного возраста.

Этиология:

- 1) 17 (54,8 %) больных с различными гнойными заболеваниями (остеомиелит, пролежни, фурункулез и т.д.);
- 2) осложненные формы рожистого воспаления — 4 (13,0 %) больных;
- 3) травматические повреждения (ушибы, ссадины) — 5 (16,1 %) больных;
- 4) постинъекционные осложнения (инъекции, блокады и т.д.) — 5 (16,1 %) больных.

По локализации преобладают нижние конечности, ягодичные области и промежность — до 55 %.

Оценка тяжести состояния проводилась по клиническим параметрам, согласно классификации Apache-II (0—18 баллов): 4 пациента — 4,7 балла (средняя тяжесть); 18 пациентов — 9—10 баллов (тяжелое); 3 пациента — 12—13 баллов (очень тяжелое); 6 пациентов — 14—16 баллов (крайне тяжелое).

Наличие высококонтагиозной хирургической инфекции часто усугублялось тяжелой сопутствующей патологией: у 6 больных — сахарный диа-

бет в стадии декомпенсации; у 4 — ожирение III — IV ст., у 3 больных — неврологические расстройства и у 3 — осложненные формы ИБС с нарушениями сердечного ритма.

Из 31 пациентов у 23 имелось осложненное течение заболевания: раневой сепсис — 9 больных; сепсис, осложненный ПОН, ТИШ — 6; сепсис, ПОН — 5.

Причем, из 23 случаев сепсиса только 10 (43,5 %) подтверждены данными бактериологического исследования крови, а у 13 (56,5 %) диагноз был выставлен в соответствии с критериями согласительной конференции АССР/СССМ (1991).

В положительных посевах крови превалирует стафилококк в различных формах (5 — *Staph. haemolyticus*) — 7 больных, и только у 3 — грамотрицательная флора (2 — *Enterococcus faecalis* и 1 — *Proteus mirabilis*).

При анализе бактериальных высевов из раневого отделяемого у 7 больных роста не найдено. У 17 пациентов — монофлора с преобладанием грамположительных микроорганизмов (до 50 % — разные виды стафилококка). В 7 случаях зарегистрирована смешанная бактериальная флора в различных сочетаниях (до 70 % — участвует *Staph. aureus*, а также *Strept. pyogenes*, *Klebs. pneumoniae*, *Enterococcus faecius*, *Pseudomon. aerogenosae*).

В лечении больных данной группы применялись активная хирургическая тактика: максимально широкое вскрытие патологического очага с проведением обширных некрэктомий (от 1 до 4 операций) — до получения достоверной стабилизации инфекционного агента в ране (29 операций). У 2 больных (наркомания) выполнено 3 операции на магистральных сосудах, в связи с аррозивным кровотечением (у 1 больного — ампутация конечности). Практически всем больным потребовались повторные операции в ближайшие дни после первичных операций в объеме некрэктомий, вскрытие гнойных затеков (30 операций), либо расширенных перевязок под в/в анестезией (26).

У 3 пациентов для купирования септического состояния потребовалось выполнение ампутации конечности (у 1 больной — 2 ампутации на уровне

бедра); Обширные раневые дефекты после купирования воспалительного процесса ликвидированы в III фазу раневого процесса путем свободной расщепленной аутодермопластики (5 операций). Таким образом, всего выполнено 75 операций, 26 перевязок под в/в наркозом, что составило в среднем 3,2 операции на 1 больного.

Одновременно с оперативным лечением проводим комплексную медикаментозную терапию, основу которого составляет рациональная антибактериальная терапия: эмпирическая — первые 2–3 суток, а затем согласно данным антибиотикограммы. Непременным противомикробным средством в любой схеме антибактериальной терапии является метрогил в дозе 1,5 г/сутки в/в. Широко используется методики ЭДО — преимущество отдает проведению дискретного плазмозфереза, с одновременной «насадкой» антибактериальных препаратов на мембрану эритроцитов (ЭКАБТ).

Некоторым больным проводилась коррекция иммунодефицита путем проведения экстракорпоральной иммунотерапии-методики из ИКИ СО РАМН (выделенные из крови мононуклеарные клетки культивировали в полной культуральной среде RPMI-1640 в течение 24 ч. в присутствии рекомбинантного ИЛ-2 (ронколейкин) в дозе 100 ед./мл, после чего клетки отмывали, ресуспендировали в 30–50 мл физиологического раствора и возвращали больному (внутривенно, капельно)). Курс: 1–2 процедуры через 5–7 дней.

Исходы: умерло 5 больных (16,1 %), из них 2 — с досущоной летальностью (по шкале Apache-II от 14 до 16 баллов). Средний койко-день составил 28,2.

Таким образом, лечение обширных гнилостно-некротических и анаэробных неклостридиальных флегмон должно быть своевременным, адекватным (сочетание активной хирургической тактики с правильным выбором антибактериального лечения), комплексным (использование ЭДО, методик иммунотерапии) и должно проводиться в условиях отделений.

Энх-Амгалан Очир, Н.И. Аюшинова, Т.В. Очирова

ПЛЕВРОСТОМА ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать эффективность открытого дренирования и санации плевральной полости при острой параневмонической эмпиеме плевры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен опыт лечения 20 пациентов в возрасте от 18 до 52 лет, проходивших

лечение в больницах г. Улан-Батора с 2002 по 2004 гг. Их них 18 мужчин и 2 женщины. У 5 (25 %) пациентов эмпиема плевры была с бронхоплевральными сообщениями.

Всем пациентам выполняли торакотомию с поднадкостничной резекцией 1–2 ребер, длина разреза — 10–12 см, под визуальным контролем удаляли гной, разрушали перемычки при «многокамер-