

ности и травматичности операции. В послеоперационном периоде КТ мониторинг позволил отследить рецидуальные гнойники и выполнить их дренирование под контролем КТ. Послеоперационная летальность составила 23 %, общая летальность при панкреонекрозе составила 12,4 %.

ВЫВОДЫ

Использование разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма, основанного на комплексном применении КТ в диагностике и лечении панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений, сопровождается улучшением результатов лечения за счет повышения эффективности антибактериальной терапии и снижения травматичности санации очагов гнойно-некротической ретрозии.

Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, Е.Ю. Морозов

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)

В настоящий момент сахарный диабет занимает первое место среди эндокринной патологии. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих гнойно-некротические поражения нижних конечностей, достигает от 90 000 до 375 000 человек в мире. Ампутация нижних конечностей у данной группы пациентов производится в 15 раз чаще, чем в общей популяции. По данным Анциферова и соавторов, от 50 до 70 % от общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных диабетом. Примерно от 6 до 30 % из них после первой подвергаются ампутации второй конечности в течение одного — трех лет. Частота контрлатеральной ампутации увеличивается с 12 % через год до 28 — 51 % через 5 лет после первой ампутации.

Цель и задачи данного исследования: проанализировать эпидемиологию и лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы по данным отделения хирургической инфекции 1-й ГКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучали и анализировали сто шестьдесят два случая заболевания за период 2001 — 2005 гг. 1-ой ГКБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Были исследованы истории болезни сорока четырех мужчин, ста восемнадцати женщин.

По возрасту: до 49 лет было 28 пациентов, от 50 до 59 лет — 39; от 60 до 69 лет — 62; старше 70 — 33 пациента. Более 65 % больных имели в анамнезе стабильную стенокардию, около 60 % имели симптоматическую артериальную гипертензию, нефропатию — 30 %, инфаркт миокарда — 15 %, ХОБЛ — 12 %, панкреатит — 5 %, холецистит — 4 %. У 88 % больных сахарным диабетом имел место атеросклероз сосудов нижних конечностей. По давности заболевания от впервые выявленных до пяти лет — 30 случаев, от шести до десяти лет — 27, от одиннадцати до пятнадцати лет — 21 случай, от шестнадцати до двадцати — 47, от двадцати одного до двадцати пяти — 19, больше двадцати пяти лет — 18. Все пациенты получали комплексное лечение, включающее инсулинотерапию, антибактериальную терапию, применение антиагрегантов, ангиопротекторов, спазмолитиков, иммуномодуляторов. Ста двадцати двум (77,3 %) пациентам было проведено оперативное лечение, из которых у тридцати пяти (28,6 %) — вскрыли и дренировали гнойники, 48 (39,3 %) — сделали некрэктомию и экзартикуляцию с иссечением сухожилий, 49 (32,1 %) — ампутировали конечность на уровне бедра.

Среднее количество койко-дней стационарного лечения за 2001 год составило 26, за 2002 год — 30, за 2003 год — 28, за 2004 год — 34, за 2005 год — 30 дней.

Причины длительной госпитализации:

- позднее поступление больного в стационар, в результате безболезненного течения раневого процесса на фоне диабетической нейропатии (44 %)
- поздняя обращаемость за медицинской помощью (36 %)
- длительное амбулаторное лечение (16 %)
- другие причины (4 %)

Летальность за 2001 — 2002 гг. составила по 2 случая, в 2003 году — 4, в 2004 — 7, в 2005 году — 3.

При исследовании обратили внимание на высокий процент летальности в первые десять суток стационарного лечения. Причина в прогрессировании гнойно-некротического процесса, в тяжелом течении фоновой и сопутствующей патологии.

ВЫВОДЫ

Успех лечения больных синдромом диабетической стопы зависит не только от комплексного подхода к данному заболеванию. Необходимо формирование групп и определение риска развития синдрома диабетической стопы на уровне первичного звена медицинской помощи — поликлиник. Уменьшить риск развития гангрены стопы, повторных госпитализаций в хирургические стационары позволяет организация специализированного кабинета диабетической стопы.

Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, И.Н. Номоконова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)

В настоящее время доказано, что при синдроме диабетической стопы (СДС) отмечается снижение иммунорезистентности организма пропорционально степени тяжести и форме заболевания. Таким образом, выявляется необходимость иммуностимуляции при гнойно-некротических формах СДС, в частности при исходно сниженной иммунореактивности и при влиянии факторов, снижающих защитные силы организма. В иммуностимулирующей терапии нами использовался «Ронколейкин» (интерлейкин-2 человека рекомбиантный дрожжевой)

Интерлейкин-2 является эндогенным иммуномодулирующим препаратом, вызывает пролиферацию всех типов Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и натуральных киллеров, стимулирует продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами. Выступает в роли макрофага активизирующего фактора, способствует трансформации моноцитов периферической крови в лимфокинактивированные киллеры (ЛАК). Потенцирует продукцию ряда лимфокинов клетками мишенями для которых являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты, натуральные киллеры и макрофаги. При этом происходит усиление иммунного ответа за счет функциональной активации указанных клеток. Действие ронколейкина дает плеiotропный эффект с участием нескольких субпопуляций клеточных элементов иммунной системы, что позволило нам использовать его в качестве иммуностимулятора при СДС.

Нами пролечено 24 пациента с гнойно-некротическими формами СДС. «Ронколейкин» вводили лимфотропно в 1 – 2 межпальцевые промежутки стоп подкожно, на задней поверхности голени после наложения манжеты. На момент введения препарата состояние всех больных расценивалось как тяжелое и средне тяжелое. Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4 – 6 дней температура начинает нормализоваться, лейкоцитоз постепенно уменьшается. Снижение отека и инфильтрации тканей на 10 – 14 сутки, уменьшение гнойного отделяемого на 14 – 16 сутки, уменьшение площади язв на 19 – 20-е сутки, в 4-х случаях достигнуто практически полное заживление язвенных дефектов. Сравнение этой группы больных с контрольной, где пациенты лечились традиционными способами (39 пациентов), показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2 – 1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс и сокращаются сроки заживления язв.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

В.А. Бомбизо, М.Л. Меланин, И.Г. Толстокоров, А.М. Яцын

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

МУЗ «Городская больница №1» (г. Барнаул)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить качество хирургического лечения больных с разрывами двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 26 пациентов с повреждением забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.