Эндопротезирование коленных суставов проводилось по поводу гонартрозов 3–4 ст., с выраженным болевым синдромом и контрактурой.

Из 151 операции по замене тазобедренного сустава в 2005 году произведено 22 операции, в 2006 — 51 операция, в 2007 — 79 операций. Эндопротезирование коленного сустава начато в 2007 году. Из осложнений в ближайшем (до 1 мес.) послеоперационном периоде можно отметить вывихи в 6 случаях (связанные с нарушением ортопедического режима), в 3-х случаях потребовалось открытое вправление, в отдаленном послеоперационном периоде осложнений не было.

В настоящее время сохраняется проблема своевременности адекватной медико-социальной реабилитации больных, страдающих патологией крупных суставов, так как количество нуждающихся в эндопротезировании намного превосходит количество выполняемых операций, несмотря на все увеличивающееся количество оперативных пособий.

Таким образом, рассматривая количество нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов людей в Республике Бурятия и количество фактически выполняемых операций видно, что существует потребность в увеличении коечного фонда и штатного расписания РЦЭС для обеспечения своевременной медико-социальной реабилитации данной группы пациентов.

С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, В.В. Федорова

ПЕРВИЧНАЯ РЕПЛАНТАЦИЯ КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)
СПбГМА им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)*

Некротизирующие инфекции мягких тканей (ИМТ) — аэробно-анаэробный быстро прогрессирующий гнойно-некротический процесс с поражением поверхностных и глубоких мягкотканых структур. Летальность при некротизирующих ИМТ составляет от 30 до 50 %.

Факторами, достоверно влияющими на выживаемость больных при ИМТ, являются своевременная диагностика и немедленное оперативное вмешательство, выполненное в адекватном объеме. Как правило, пациенту приходится выполнять повторные вторичные хирургические обработки раны. Впоследствии, после многократных и обширных некрэктомий, практически всем больным требуется выполнение дорогостоящих пластических реконструкций.

Нами предложена и апробирована методика первичной реплантации пораженного кожного лоскута, обработанного по методике Красовитова в ходе вторичной хирургической обработки.

К настоящему времени в клинике выполнено 24 подобных операции в условиях раневой инфекции при лечении распространенных некротических целлюлитов и фасциитов конечностей. Летальность составила 4,6 % (умерла 1 больная с декомпенсированным сахарным диабетом), 23 пациента выздоровели, функции конечностей у них сохранены.

На основании опыта нашей клиники мы считаем, что пластика по Красовитову может быть рекомендована как способ закрытия дефекта мягких тканей при некротизирующем фасциите.

С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, Л.Н. Попенко, Н.В. Минаева

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)

Современные данные системы контроля за госпитальными инфекциями свидетельствуют о растущей резистентности всех известных возбудителей, что необходимо учитывать при планировании антибиотикотерапии. Изучение профиля резистентности наиболее важных возбудителей госпитальных хирургических инфекций в стационаре необходимо при выборе антибиотика для конкретного больного, а также при разработке программ и формуляров антибактериальной терапии в стационаре. Основным методом изучения структуры основных возбудителей внутрибольничных инфекций и изучения спектра их антибиотикочувствительности является мониторинг стационара. Общепринятой является

методика контроля за основными проблемными микроорганизмами в стационаре в целом, в отдельных отделениях и в наиболее проблемных, с точки зрения развития внутрибольничных инфекций, структурах (отделения реанимации и интенсивной терапии).

Основными проблемными микроорганизмами являются:

1. Метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA).
2. Кишечная палочка, продуцирующая бета-лактамазы расширенного спектра (*E. coli*, EBSL(+)).
3. Клебсиелла, продуцирующая бета-лактамазы расширенного спектра (*Klebsiella pneumoniae*, EBSL(+)).
4. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosae*).
5. Ванкомицин-резистентные энтерококки (VRE).

По результатам исследования микробиологического профиля отделения хирургической реанимации и интенсивной терапии за 2007 год выявлено, что наиболее часто выделяемыми микроорганизмами являются золотистый стафилококк – 18 %, клебсиелла (*Klebsiella pneumoniae*) – 13 %, энтеробактер – 11 %, кишечная палочка (*E. coli*) – 9 %, энтерококки – 9 %, синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) – 7 %, ацинетобактер – 5 % и др. При этом среди всех золотистых стафилококков число метициллин-резистентных равно 81,5 %.

При анализе антибиотикочувствительности MRSA выявлены следующие закономерности:

- 1) низкая активность рифампицина (количество чувствительных штаммов на уровне 30 %);
- 2) сохраняется высокая активность фузидиевой кислоты (количество чувствительных штаммов на уровне 90 %);
- 3) ванкомицин активен в 100 % случаев.

Антибиотикочувствительность *E. coli*: 50 % выделенных штаммов обладает достаточной чувствительностью к гентамицину и амикацину, амоксициллину/клавуланату. Уровень чувствительности к цефалоспорином 3 и 4-го поколений – 73,7 %. К карбапенемам сохраняется абсолютная чувствительность.

Антибиотикочувствительность *Kl. Pneumoniae* и *Enterobacter spp.*: реальную активность сохраняют только карбапенемы. Число штаммов, чувствительных к ципрофлоксацину и цефалоспорином 3 и 4-го поколений, менее 5 % (*Kl. pneumoniae*, EBSL(+) – 96,4 %). Гентамицин и амикацин: выделены единичные штаммы, сохранившие чувствительность к данным антибактериальным препаратам.

Антибиотикочувствительность *Ps. aeruginosa* сравнима с предыдущими данными по *Kl. Pneumoniae* и *Enterobacter spp.*, но отмечается не 100% чувствительность к карбапенемам (количество устойчивых штаммов – до 70 %). 30 % штаммов *Ps. aeruginosa* сохраняют чувствительность к амикацину.

Антибиотикочувствительность *Acinetobacter*: активны только карбапенемы, и отмечается нарастающие числа штаммов, устойчивых к препаратам данной группы.

ВЫВОДЫ

В отделении реанимации и интенсивной терапии отмечается высокий удельный вес проблемных микроорганизмов, что часто определяет неблагоприятный исход заболевания и требует использования в лечении дорогостоящих антибактериальных препаратов резерва. Такой быстрый рост числа инфекций, обусловленных проблемными микроорганизмами, соответствует и мировой тенденции роста удельного веса тяжелых внутрибольничных инфекций. Актуальность проведения бактериального мониторинга наиболее проблемных отделений заключается в том, что знание ведущей микрофлоры помогает грамотно планировать эмпирическую антибактериальную терапию. Определение уровня основных проблемных микроорганизмов в каждом конкретном отделении и стационаре и изучение динамики его изменения служит надежным показателем санитарно-эпидемиологического состояния отделения и стационара в целом.

Ю.Ю. Шурыгина

АКТУАЛИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАСЕЛЕНИЯ

ГОУ ВПО «Восточно-Сибирский государственный технологический университет» (Улан-Удэ)

Комплексный подход при общепринятом медикаментозном лечении больного человека ни у кого не вызывает сомнений. Однако кроме медикаментозных и других принятых в современной медицине методов лечения существуют такие формы и технологии воздействия на больного и его ближайшее окружение, как психологические и социальные.

Раннее применение социальных технологий необходимо в комплексном воздействии с целью улучшения результатов лечения у больных следующих групп: с выраженными социальными проблемами (бомжей, мигрантов, одиноких престарелых и др.); с тяжелыми социально значимыми заболеваниями