

Комплексная медико-социальная оценка исхода при сколиотической болезни выявила несомненное преимущество двухэтапного метода хирургического лечения по Я.А. Цивьяну. Применение указанного метода без резекции реберного горба «оценена» в 84,1 %, а применение метода в сочетании с внеплевральной резекцией реберного горба получило оценку 87,5 %, т.е. в обоих случаях результат оценен как «высокий».

Таким образом, коррекция сколиотической деформации одним из предложенных методов в сочетании с дорзальной и вентральной костно-пластической стабилизацией позволяет получить стабильный, компенсированный, безболезненный позвоночник, удовлетворяющий больного сколиозом в функциональном, косметическом и социально-психологическом аспектах.

Н.П. Володченко, Н.А. Дружинина

АНТИОКСИДАНТЫ И НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)

По данным международного комитета ВОЗ, количество больных диабетом составляет более 3 % населения земного шара, а в возрастной группе старше 50 лет — 7–9 %.

Проблема профилактики и лечения гнойных заболеваний и осложнений у больных сахарным диабетом является актуальной, так как любой гнойно-некротический процесс при наличии сахарного диабета сопровождается нарушением местного кровообращения с развитием циркуляторной, тканевой и анемической гипоксии, активизацией ПОЛ, усугубляет течение сахарного диабета (Ерехин И.А., 1989, Кузин М.И., 1996). Традиционные методы лечения и профилактики у таких больных остаются недостаточно эффективными.

В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику методов профилактики и лечения, направленных на устранение гипоксии, подавление инфекции в зоне воспаления, снижения активности ПОЛ, является патогенетически обоснованной и актуальной.

Проанализированы результаты обследования и лечения 67 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, панариции) у больных с сахарным диабетом 2 типа. Женщин было 42 (62,7 %), мужчин — 25 (37,4 %). Средний возраст больных $59,1 \pm 1,4$ года. Сахарный диабет (по классификации ВОЗ) легкой степени выявлен у 13 (19,9 %), средней степени тяжести у 45 (65,2 %), тяжелой степени у 9 (14,9 %).

Больные были распределены на две группы: 1 группа — 29 человек. В комплексное лечение больных данной группы были включены антиоксидант дигидрохверцитин в дозе 250 мкг в сутки курс от 14 до 21 дня, поддерживающая доза 10 мкг, лазеротерапия (НИЛИ). Использовали гелий-неоновый лазер ЛА-2, с длиной волны 0,89 нм. Проводили наружное облучение раны. Курс лечения 8–14 дней, продолжительность сеанса 5–10 мин. С целью коррекции иммунитета использовали УФОК 3–5 процедур. Традиционное лечение получили больные второй группы (38 человек). Больные в группах были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести сахарного диабета.

Диагностический алгоритм включал: анализ клинико-лабораторных показателей, оценку иммунологического статуса, состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ), цитологическое исследование раны, бактериологическое исследование очагов гнойно-некротических процессов.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу гнойных заболеваний мягких тканей проводили коррекцию уровня гликемии простым инсулином. Уровень сахара стремились стабилизировать в пределах 5,5–11 ммоль/л: назначали антибиотики широкого спектра действия (с учетом чувствительности микрофлоры), препараты, улучшающие микроциркуляцию и снижающие свертываемость крови, проводили коррекцию функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательных систем, печени, почек, иммунитета. У 23 больных проведен курс УФОК, у 31 — ГБО.

После очищения раны от гнойно-некротических тканей к лечению подключали гелий-неоновый лазер.

Процессы нормализации глюкозы крови, положительные изменения иммунного статуса, очищение ран, появление грануляций и островковой эпителизации у больных первой группы, лечение которых осуществлялось с применением антиоксидантов, НИЛИ, УФОК происходили в 1,5–2 раза быстрее, чем у больных 2 группы при традиционном методе лечения. Продолжительность лечения больных в стационаре в основной группе составила $13,9 \pm 0,13$, контрольной — $21,7 \pm 0,15$ к/дней.

Таким образом, лечение больных гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета должно быть комплексным и заключаться в проведение качественной обработки гнойных очагов,

коррекции глюкозы простым инсулином, применение современных антиоксидантов, НИЛИ, УФОК, что позволит сократить сроки лечения больных в стационаре, улучшить их качество жизни.

С.А. Воробьев, Е.Ю. Левчик

ТАКТИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОНКО-КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

ГУЗ «Свердловская Областная клиническая больница № 1» (г. Екатеринбург)

Цель исследования: оценить эффективность этапной тактики лечения пациентов с тонкокишечными свищами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ непосредственных исходов восстановительных операций у 78 больных со свищами тонкой кишки, оперированных в отделениях хирургической инфекции СОКБ № 1 в 2002 – 2007 гг. Мужчин было 49 (63 %), женщин – 29 (37 %). Возраст пациентов от 18 до 77 лет (средний составил $46,7 \pm 14,9$ лет). Свищи тощей кишки наблюдали у 21 (27 %) пациента, свищи среднего отдела тонкой кишки – у 14 (18 %), подвздошной – у 43 (55 %) больных, с множественными свищами 24 % (19 из 78 больных). Полные свищи у 42 (54 %) больных, рецидивные – у 13 (17 %). При поступлении 16 (20,5 %) из 78 пациентов имели дефицит массы тела более 20 % от идеальной; 11 (14 %) – с абсцессами брюшной полости, в том числе с множественными – 3 (4 %); 10 (12,8 %) больных – с эвентрационными ранами брюшной стенки. Спаечную болезнь брюшной полости выявили у 59 (75,6 %) пациентов, различные формы механической кишечной непроходимости – у 34 (43,6 %) больных. У 33 (42 %) пациентов безвозвратные потери кишечного содержимого составляли более 1,5 л в сутки.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

С 2002 по 2007 гг. у 64 (82 %) из 78 больных нами проведено этапное хирургическое лечение, которое заключалось в ликвидации гнойно-воспалительных осложнений свищей и нарушений трофологического статуса до восстановительных вмешательств. Множественные абсцессы брюшной полости до восстановительной операции нам удалось устранить у 6 (7,7 %) больных, заживление эвентрационных ран передней брюшной стенки произведено у 4 (5,15 %) из 78 больных. Успешное устранение гнойно-воспалительных осложнений свищей, как главной причины интраоперационного инфицирования брюшной полости и развития послеоперационного перитонита, было невозможно без компенсации нутритивной недостаточности. Для этого использовали методы сокращения/прекращения безвозвратных потерь кишечного отделяемого в сочетании с лечебным энтеральным и/или парентеральным питанием. Обтурация кишечных свищей выполнена 32 пациентам и была эффективна у 19 (24,4 %) из 78 больных с неполными свищами, или полными – с податливой шпорой. Питание таких пациентов не имело ограничений (стол 15). «Возвратная» схема компенсации потерь кишечного содержимого в отводящие отделы тонкой кишки была эффективна у 8 (10,3 %) из 78 больных. Дополнительно к питанию протертой пищей, обогащенной белком, использовали сбалансированные полисубстратные смеси для энтерального питания (нутризон, нутрикомп), вводимые в растворе или сухом виде с протертой пищей. У остальных 51 (65,4 %) из 78 больных со свищами среднего и дистального отделов тонкой кишки использовали калоприемники или сорбционные повязки для сбора безвозвратных потерь кишечного отделяемого. В комплексе питания таких больных использовали сбалансированные смеси для энтерального питания в виде питьевого раствора в объеме 0,5 – 1,0 л в сутки, в разведении 1 : 1, или в виде сухой добавки к пище. Калорийность суточного рациона составляла 2500 – 3000 ккал. Некоторым больным дополнительно проводили парентеральное питание (10 % аминокислотный раствор – 500,0; 10 % липофундин – 500,0; 10 % и 20 % растворы глюкозы с инсулином 1 ЕД на 4 – 5 г глюкозы – до 800,0 в сутки).

В результате у 64 из 78 больных восстановительные вмешательства были выполнены через 3 – 6 месяцев от возникновения свищей/последней лапаротомии, после купирования общих и местных осложнений. Лишь 14 (17,9 %) из 78 больных оперированы в ранние (до 30 суток) сроки существования свищей. Летальных исходов у этих пациентов не было, но послеоперационный период сопровождался развитием осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 78 больных выжили 74 (94,9 %), умерли 4 (5,1 %) пациента. Относительно невысокая послеоперационная летальность обусловлена снижением частоты послеоперационного перитонита, который развился у 10 (12,8 %) из 78 больных.