

В отделении гнойной хирургии ЦМСЧ-81 с 1994 по 2004 гг. пролечено 69 больных с флегмонозно-некротической формой рожи, что составило 19 % от всех форм рожистого воспаления. Умерло 3 человека. Причиной летального исхода явились сопутствующие сердечно-легочные заболевания.

Нами использовалась тактика ранней радикальной некрэктомии в сочетании с консервативными мероприятиями (рациональная антибактериальная, инфузионно-детоксикационная, иммунокорригирующая терапия, коррекция белково-электролитных нарушений). На перевязках в первую фазу раневого процесса использовались раствор гипохлорита натрия (1200 мг/л), мази на водорастворимой основе, протеолитические ферменты и сорбенты. Во второй фазе выполнялись восстановительные операции. По такой методике пролечено 37 больных. Умерло 2 человека. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 42,3 койко-дня.

У всех больных отмечалось снижение общей и местной иммунореактивности организма с раз-

витием выраженной иммунодепрессии. С 1999 года нами применяется методика непрямого лимфотропного введения лейкинферона с антибиотиком. В первый межпальцевой промежуток на стопе или кисти пораженной конечности вводился лейкинферон 10 000 МЕ, антибиотик в разовой дозе, дексаметазон 4 мг на 5 мл 0,25% раствора новокаина, подогретого до 37°. Инъекции повторялись от 3 до 7 раз единожды в сутки. По данной методике пролечено 32 пациента. Замечено сокращение первой фазы раневого процесса на 3–5 дней, отсутствие гнойных осложнений после восстановительных операций. В этой группе пациентов средняя длительность пребывания в стационаре снизилась до 32,7 койко-дня.

Таким образом, не прямое лимфотропное введение лейкинферона с антибиотиком улучшает качество лечения больных с этой тяжелой патологией, сокращает сроки лечения в стационаре, предотвращает развитие гнойных осложнений после восстановительных операций.

А.Н. Ткачев, И.В. Крочек, В.А. Привалов, И.Г. Хатунцев

ЧРЕСКОЖНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск)
Городская клиническая больница № 1 (Челябинск)*

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) — довольно распространенное заболевание. Более чем в 5 % случаев население страдает копчиковым ходом. Его частота среди болезней прямой кишки составляет 14–20 %.

Основным методом лечения ЭКХ является хирургический, включающий иссечение эпителиального копчикового хода, с различными методами ведения раны в послеоперационном периоде: открытое ведение, частичное ушивание, подшивание краев раны ко дну и его модификации, глухое ушивание с различными модификациями швов, применение кожной пластики. Процесс заживления протекает длительно и, как правило, заканчивается образованием грубых рубцов.

В последнее время ведется поиск и разработка новых технологий с применением различных физических факторов, влияющих на воспалительные процессы в крестцово-копчиковой области. Известны способы обработки ран после иссечения эпителиального копчикового хода ультразвуком, СО₂-лазером.

Недостатком данных способов является предварительное вскрытие мягких тканей, что существенно удлиняет сроки выздоровления.

Целью исследования явилась разработка эффективного способа лечения ЭКХ с применением

чрескожной лазерной термотерапии для предупреждения рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений и улучшения косметических результатов.

Нами анализированы результаты лечения 20 пациентов с ЭКХ в возрасте от 14 до 33 лет. Длительность заболевания эпителиальным копчиковым ходом составила от 3 месяцев до 14 лет. У двенадцати больных установлен диагноз ЭКХ в стадии хронического воспаления, у 8 — в стадии острого гнойного воспаления. Сроки наблюдения составили от 1 года до 3 лет. Для диагностики применяли клинические, ультразвуковые лабораторные, цитологические и морфологические методы исследования.

Использовался диодный лазер с длинной волны 970 нм в непрерывном режиме с доставкой лазерного излучения к очагу воспаления пункционно, через кварц-кварцевый световод. Мощность лазерного излучения варьировала в пределах 1,5–3 Вт. Длительность сеанса лазерной термотерапии колебалась от 1 до 5 мин. и зависела от размеров копчикового хода, характера свищей и наличия затеков. Лечение проводили под местной анестезией с визуальным и ультразвуковым контролем. Под ультразвуковым контролем через первичные отверстия или транскутанно осуще-

ствлялась пункция и лазерная обработка копчикового хода, полостей, карманов. Расположение световода в копчиковом ходе или гнойной полости контролировалось при УЗИ.

Все больные отмечали купирование болей уже через 3 часа после чрескожной лазерной термотерапии копчикового хода и отсутствие их в дальнейшем. Клиническое улучшение сопровождалось снижением напряжения и отека мягких тканей уже на 2–3 день. Первичные отверстия быстро закрывались, гнойная полость копчикового хода, карманы и затеки быстро санировались и облитерировались. На месте их формировался соединительнотканый рубец. Положительный эффект лазериндуцированной интерстициальной термотерапии обусловлен гибелью микроорганизмов в результате термического воздействия, вапоризацией некротизированных тканей и эпителиальной выстилки, улучшением микроциркуляции стимуляцией репаративных процессов в полости эпителиального копчикового хода.

На курс лечения требовалось от 1 до 3 сеансов лазерной термотерапии в зависимости от объема воспалительной ткани. Больных выписывали из клиники на 2–3 сутки с момента госпитализации, средние сроки госпитализации составили $3,1 \pm 0,4$ дня, а сроки нетрудоспособности — $8,4 \pm 1,2$ дня, что в 2,3 раза короче, чем при традиционном оперативном лечении. При проведении лазериндуцированной интерстициальной термотерапии не отмечено ни одного осложнения.

Таким образом, опыт клинического применения лазерной внутритканевой термотерапии эпителиального копчикового хода с использованием диодного лазера свидетельствует об эффективности этого способа лечения. Предлагаемый способ позволяет сократить длительность лечения и сроки временной нетрудоспособности больных. Данный способ является бескровным, малоинвазивным, чем достигается хороший косметический эффект. Он может применяться в амбулаторных условиях и у части больных не требует выдачи листа нетрудоспособности.

Н.Д. Томнюк, Д.Э. Здзитовецкий, И.А. Рябков, П.Т. Жиго, Ю.А. Цибульский

ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ: ИХ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)

Впервые диагноз поддиафрагмального абсцесса поставлен английским врачом Барлоу в 1845 г. И, несмотря на вековую историю, многие вопросы остаются нерешенными.

Нам хотелось бы поделиться результатами диагностики и лечения 24 больных, лечившихся в 3-м хирургическом отделении БСМП за последние 5 лет. Возраст больных от 27 до 72 лет. Мужчин — 16, женщин — 8. Причинами были: операции на желудке и ДПК — 5 больных, острый аппендицит — 2, повреждение печени и селезенки 3 и 6 соответственно, ножевые ранения полых органов — 5, деструктивный панкреатит — 3. По локализации абсцессы располагались следующим образом. Правосторонних абсцессов было 16, левосторонних — 8. У 21 больного брюшная полость дренировалась одним-двумя дренажами. Абсцессы развивались на фоне антибактериальной терапии и маскировались «послеоперационной болезнью». Клинические признаки: субфебрильная температура, тахикардия и лейкоцитоз у всех больных. У 8 больных имелись боли в грудной клетке при глубоком вдохе и кашле (положительный симптом Крюкова), а также реактивный экссудативный плеврит. У 12 — наблюдались парез кишечника и диспепсические расстройства. Характерно, что у всех больных эти симптомы были

замечены спустя 7–10 дней (2 случая — на 16–18 сутки).

В диагностике поддиафрагмальных абсцессов использовались рентгенография и УЗИ. Только у 17 пациентов при рентгенологическом обследовании имелись прямые и косвенные признаки, тогда как при УЗИ — у 22.

Основной метод лечения абсцессов — хирургический: вскрытие лапаротомным разрезом. Пункционный, под контролем УЗИ датчика, к сожалению, не используем из-за отсутствия такового. Умерло 7 больных, причинами смерти были: прогрессирующий перитонит — 4 случая, кишечные свищи — 2 и эмпиема плевры — 1.

Таким образом, у больных, у которых наступает замедленное восстановление общего состояния после операции, появляются характерные симптомы и интоксикация нужно думать о поддиафрагмальном абсцессе. Существенным моментом в раннем распознавании этих абсцессов является содружественная работа хирурга, рентгенолога и УЗИ-специалиста. Ранняя диагностика, оперативное вскрытие в сочетании с комплексной медикаментозной терапией позволит значительно улучшить результаты лечения.