

ностей. Важное место в современной концепции возникновения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей занимает понятие «фактор риска», обозначающее любое состояние, между наличием которого и повышенной встречаемостью заболевания существует, либо предполагается причинно-следственная связь (Rosendaal F.R., 1999). К настоящему времени выяснен целый ряд достоверных факторов риска развития острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Наиболее часто он встречается у больных, иммобилизованных в силу тех или иных обстоятельств (выпадение функции «мышечной помпы» нижних конечностей); пациентов со злокачественными опухолями; больных, перенесших ортопедические операции; пациенток, регулярно принимающих оральные контрацептивы; больных с разного рода тромбофилиями, в том числе — генетически обусловленными. Однако в большинстве случаев причина возникновения острого нарушения кровотока по глубоким венам нижних конечностей остается неясной; в этих случаях уместно говорить об «остром идеопатическом тромбозе глубоких вен нижних конечностей».

Цель исследования: изучить структуру факторов риска острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Определить долю острого идеопатического тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 206 последовательно поступивших больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (102 мужчин и 104 женщины) возрасте от 17 до 83 лет, средний возраст больных последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке $54,3 \pm 1,5$ лет. Диагноз тромбоза глубоких вен нижних конечностей устанавливали клинически и подтверждали с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Всем больным в период госпитализации проводились общеклинические, инструментальные исследования и медико-генетическое обследование на наличие основных приобретенных и наследственно обусловленных факторов риска острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей: иммобилизация, ортопедические операции, прием контрацептивов, наличие злокачественной опухоли, ожирение, мутация Лейдена, мутация гена протромбина, мутация метилентетрагидрофолатредуктазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе обследования злокачественная опухоль диагностирована у 37 (17,9 %) больных, контрацептивы принимало 12 (5,9 %) больных, иммобилизованных в связи с травмой нижних конечностей — 8 (3,9 %), в связи с наличием общесоматической патологии — 10 (4,8 %), перенесших ортопедические операции — 3 (1,4 %), ожирение — у 12 (5,9 %) больных.

При генетическом обследовании получены следующие данные: мутации Лейдена не обнаружено, мутации гена протромбина не обнаружено, гомозиготных мутаций метилентетрагидрофолатредуктазы — 28 (13,6 %), гетерозиготных мутаций — 16 (7,8 %).

У 80 (38,8 %) больных не обнаружено никаких факторов риска. В этом случае характер тромбоза глубоких вен нижних конечностей принят идеопатическим.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты позволяют нам утверждать, что более чем у трети (38,8 %) больных острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей он имеет идеопатический характер.
2. Среди приобретенных факторов риска наиболее значимым является наличие злокачественной опухоли.
3. В структуре наследственных тромбофилий в г. Новосибирске встречаются нарушения фолатного цикла вследствие мутации метилентетрагидрофолатредуктазы.

А.А. Филиппов, В.С. Гусаревич, Н.М. Гоголев, С.Н. Гаврильев, К.П. Слепцов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Республиканская больница № 2 – ЦЭМП (Якутск)

Успехи терапевтического лечения больных с деструктивными воспалительными заболеваниями легких и плевры в последние годы связаны с применением современных антибактериальных средств. Несмотря на это, количество больных с гнойно-деструктивными процессами в легких и плевре не уменьшается. Лечение больных с деструктивными гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры требует от врача-хирурга длительного дорогостоящего лечения, а частая хронизация процесса, приводящая к инвалидности, высокие показатели летальности (от 4 до 18 % по литературным данным) остается достаточно сложной проблемой.

В отделении гнойной хирургии РБ № 2 ЦЭМП проходили лечение больные с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры доставленные из городов и улусов республики. Женщины составили 15,6 %, а мужчины подавляющее большинство — 84,4 %. При этом большинство пациентов составили мужчины трудоспособного возраста — старше 40 лет.

64,5 % больных поступили в наше отделение в сроки от 5 до 62 суток от начала заболевания из стационаров городов и улусов республики, остальные пациенты госпитализированы в отделение на 4 — 46 сутки от начала болезни по скорой помощи или доставлены из дома.

Среди причин возникновения гнойно-деструктивных процессов преобладали пневмонии после переохлаждения. Затем идут больные с абсцессами легких и эмпиемами плевры, возникшими после проникающих ранений, а также тупых травм грудной клетки и составили 14,4 % случаев. Достаточно высокий процент — 11,2 % — составили больные со злокачественными опухолевыми процессами в легких.

В 32,3 % наблюдений у больных имелась тяжелая сопутствующая патология значительно ухудшавшая прогноз заболевания: острая и хроническая алкогольная интоксикация с развитием печеночно-почечной недостаточности, сахарный диабет, острые нарушения внутримозгового кровообращения и органические заболевания ЦНС, вирусный гепатит В, хроническая надпочечниковая недостаточность, последствия спинальной травмы.

Нозологическими формами деструктивных гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры являлись острые абсцессы легких — 85,2 % больных, в 18 случаях они были осложнены наличием бронхоплевральных свищей и (или) эмпиемой плевры. С хроническими абсцессами пролечено 12,8 % пациентов, у троих из них имелся бронхоплевральный свищ с ограниченной эмпиемой плевры. Острая эмпиема плевры (без абсцесса) имелась у 82,4 % больных, хроническая — у 17,6 % больных.

Бактериальное исследование мокроты, содержимого полостей абсцессов и эмпием проводилось на 1 — 2 сутки после поступления в клинику, повторно — через 7 суток и далее — с периодичностью в 10 суток. При этом имелась четко выраженная динамика в изменении микрофлоры. Если при первичном исследовании в подавляющем большинстве высевается *Str. viridans*, *St. aureus* и *St. epidermidis*, реже — *Kl. pneumoniae*, то после начала антимикробной терапии в большинстве случаев присоединяется условнопатогенная флора, имеющая большой резерв антибиотикорезистентности (*E. coli*, *Ent. faecalis*, *Ent. agglomerans*, *Candida spp.*). Заборы крови проведены у больных с тяжелым течением процесса, в том числе с высевом на анаэробные среды и среды обогащения. Несмотря на явные проявления сепсиса, бактериемии ни у одного больного выявлено не было.

Основными направлениями терапии при лечении больных с деструктивными заболеваниями легких и плевры мы считаем антибиотикотерапию, в том числе регионарную; дренирование и санацию гнойных полостей; санационную бронхоскопию, эндоскопическую окклюзию бронхов (полипропилен) при бронхоплевральных свищах, коррекцию водно-электролитного обмена, анемии, нутритивную поддержку, использование бронхолитиков, физиотерапию.

Хирургическая коррекция заключалась в основном трансторакальном дренировании гнойных полостей с последующей регулярной санацией антисептиками. Осложнения данного вида дренирования (парадренажные флегмоны, подкожная эмфизема) зафиксированы в 3,2 %.

Открытые оперативные вмешательства произведены по жизненным показаниям у 5 больных. Показаниями явились кровотечение 2 и 3 степени. При бронхоплевральных свищах произведены атипичные резекции легкого, пульмонэктомии. Несостоятельность культи бронха наблюдалась в одном случае у пациентки, направленной после пульмонэктомии из районной больницы, по поводу чего производилась реторакотомия, резекция и ушивание культи. Послеоперационная летальность составила 10 %.

Госпитальная летальность составила 7,3 %. Причиной смерти послужили деструктивные пневмонии с прорывом абсцессов в плевральную полость, распространенная эмпиема плевры, гангренозный абсцесс легкого. У всех больных имелся сепсис, прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Клиническое выздоровление достигнуто с абсцессами легких у 87,6 %, переход в хроническую форму имелся у 6,9 % больных. Из больных с эмпиемами плевры различной этиологии, клиническое выздоровление имелось у 93,7 % пациентов, переход в хроническую форму — у 5,2 %. Средняя длительность лечения выписанных больных составила 34,5 койко-дней, в группе умерших — 7,2 койко-дня.

ВЫВОДЫ

1. Учитывая ведущую роль бронхообструктивного синдрома при деструктивных гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры, рекомендуем применение эндоскопической санации трахеобронхиального дерева в условиях терапевтического стационара.
2. При деструктивных гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры чаще всего высеваются *Str. viridans*, *St. aureus* и *St. epidermidis*, реже — *Kl. pneumoniae*.
3. Данные, полученные при анализе историй болезни, указывают на частое развитие легочных деструкций и переход экссудативных плевритов в гнойные при отсутствии в терапевтических стационарах адекватной начальной этиотропной антибиотикотерапии и эндоскопической санации трахеобронхиального дерева при бронхообструктивном синдроме.

4. Частое присоединение полирезистентной госпитальной флоры, характерной для внутрибрюшных инфекций при нахождении больного в отделении гнойной хирургии более 20 суток, утяжеляет его состояние, значительно увеличивает стоимость лечения. Это диктует необходимость создания возможности для лечения данной категории больных вне отделения гнойной хирургии в максимально ранние сроки после стабилизации состояния.

5. Мы считаем, что для улучшения результатов лечения и уменьшения сроков госпитализации необходимо внедрение торакоскопических методов лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры.

6. Видим необходимым открытие специализированного торакального отделения для лечения больных с деструктивными заболеваниями легких и плевры в масштабах республики Саха (Якутия). Решение данных вопросов позволит существенно улучшить качество лечения многочисленной категории больных, нуждающихся в помощи торакальных хирургов.

А.П. Фролов

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ СРЕПТОКОККОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается рост стрептококковых инфекций мягких тканей. Среди стрептококковых инфекций мягких тканей существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием некротического поражения мягких тканей.

Цель исследования: изучить особенности иммунного статуса при различных стрептококковых инфекциях мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ иммунного статуса крови у 79 больных с различными формами стрептококковых инфекций мягких тканей, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клинико-морфологических проявлений стрептококковых инфекций мягких тканей больные разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1ГКС) включены 26 больных с серозным воспалением кожи и подкожной клетчатки (рожей и целлюлитом). Во 2 группу клинического сравнения (2ГКС) — 21 больной с гнойным воспалением подкожной клетчатки (гнойным целлюлитом). В 3 группу клинического сравнения (3ГКС) включены 32 больных с некротическим поражением фасции и мышц (некротической формой рожи, некротическим фасциитом и миозитом). Исследование иммунного статуса осуществлялось по стандартным методикам в острый период заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех исследуемых группах количественное содержание лейкоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов (Е-РОК т.р.) находилось в пределах нормальных значений. В этих же группах количество Т-хелперов (Е-РОК т.р.) было повышено в группах ($66,96 \pm 3,20$; $65,33 \pm 2,52$; $68,62 \pm 1,43$ %), а их уровни достоверно не отличались друг от друга. Количество Т-супрессоров (Е-РОК т.ч.) — было снижено в 1 ГКС ($2,62 \pm 0,70$ %) и 3 ГКС ($0,53 \pm 0,24$ %). При этом количество Т-супрессоров в 3ГКС было достоверно меньше, чем в 1 ГКС ($2,62 \pm 0,70$ %) и 2ГКС. Состояние В-звена иммунной системы характеризовалось тем, что во всех исследуемых группах уровни Ig G и Ig M находились в пределах нижней границы нормы, а уровень Ig A — снижен ($1,48 \pm 0,08$; $1,20 \pm 0,15$; $1,49 \pm 0,8$ г/л). Концентрация циркулирующих иммунных комплексов во всех группах была повышена ($140,8 \pm 23,3$; $119,8 \pm 23,8$; $149,0 \pm 23,5$ у.е.), а их уровень не отличался друг от друга. Со стороны фагоцитарной системы отмечалось увеличение фагоцитарного индекса во всех группах, в 3 ГКС ($60,88 \pm 2,7$) он достоверно был выше, чем в 1 ГКС ($53,46 \pm 2,74$), и не отличался от показателя во 2 ГКС ($57,71 \pm 3,68$). Уровень активности нейтрофилов в НСТ-тесте сп. был повышен во всех группах ($37,88 \pm 1,83$; $37,10 \pm 1,52$; $37,10 \pm 1,52$ %), а показатели не отличались достоверно друг от друга. Уровень НСТ-теста инд. в 3 ГКС ($64,09 \pm 1,31$ %) достоверно выше, чем в 2 ГКС ($58,67 \pm 2,09$ %) и не отличался от показателя в 1 ГКС ($62,81 \pm 2,07$ %).

ВЫВОДЫ

У больных со стрептококковой инфекцией мягких тканей в острый период заболевания отмечается Т-супрессорный иммунодефицит. Для повышения эффективности лечения стрептококковых инфекций мягких тканей в комплексную терапию необходимо включать мероприятия, направленные на коррекцию иммунодефицитного состояния.