8. Особенностью является, то, что при отморожении пальцев даже II степени в области эпифизов костей иногда закрываются зоны роста и пальцы отстают в развитии.

А.Б. Сингаевский, В.Б. Кожевников

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург)
Дорожная клиническая больница (Санкт-Петербург)*

Описан случай развития вторичного диффузного тотального некробиоза правой половины таза с формированием множества глубоких гнойных затеков, развитием тяжелого сепсиса на фоне диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы.

Больной 32 лет, поступил в хирургическое отделение с лихорадкой, выраженным болевым синдромом и наличием деструктивных изменений в костях правой половины таза. До этого в течение 10 суток проходил лечение в отделении нейрохирургии по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Учитывая разрушение подвздошной, лонной, седалищной костей, проводилась дифференциальная диагностика между гематогенным остеомиелитом, туберкулезом, глубоким микозом, вторичным остеонекробиозом на фоне миеломной болезни, саркомы, иммунодефицита при СПИДе, наркомании.

На вторые сутки выполнена хирургическая обработка. При ревизии объективизирована мелкоячеистая сквозная деструкция всего крыла подвздошной кости, аналогичные разрушения лонной, седалищной костей, правосторонний гнойный сакроилеит, обширная флегмона таза с формированием гнойных полостей по передней и задней поверхностям крыла подвздошной кости, затеки к седалищной, паховой области, на переднюю брюшную стенку. Операция завершена множественными разрезами на передней брюшной стенке, в паховой, ягодичной, седалищной области, санацией и дренированием затеков. Проводилась комплексная этиотропная антибактериальная терапия, ежедневные перевязки. Перевязки выполнялись в условиях наркоза или глубокого обезболивания, тем не менее, они были сложны для пациента и хирургов из-за выраженного болевого синдрома.

С 9-х суток больному применена методика местного лечения ран контролируемым локальным отрицательным давлением «suprasorb CNP». После повторной некрэктомии установлен аппарат suprasorb с дренированием ран, затеки заполнены каркасной марлей «kerlix», налажена активная аспирация. С этого момента отмечено значительное улучшение состояния больного. Пациент стал активнее, болевой синдром в покое купирован. Смена повязок в условиях наркоза выполнялись раз в 3-е суток. Этапные некрэктомии выполнены на 16-е и 23-е сутки. Раны закрыты вторичными швами на 32-й день.

В дальнейшем лечение проводилось в условиях отделения гематологии. Проведена химиотерапия по схеме R-СНОР — отмечена положительная динамика. Больной выписан на амбулаторное лечение на 30-й день.

Таким образом, использование метода локального отрицательного давления suprasorb позволило значительно улучшить качество жизни пациента. Даже при наличии обширного инфекционного процесса полноценное дренирование ран осуществлялось в течение 3 суток без смены повязок, быстро уменьшился болевой синдром, интоксикация, купированы явления хирургической инфекции.

Данное наблюдение демонстрирует, что метод локального отрицательного давления прост в использовании, значительно сокращает сроки очищения гнойных ран, улучшает качество жизни пациента.

С.А. Совцов, Е.В. Прилепина

ХОЛЕЦИСТОЛИТОТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск)

Цель исследования — улучшение непосредственных результатов лечения деструктивного холецистита у больных высокой степенью операционного риска.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены непосредственные результаты лечения 265 больных в возрасте 75 лет и старше. Сопутствующие заболевания были у 246 человек (92,8%), причем в среднем на одного больного приходилось 2,1 заболевания. Деструктивные формы острого холецистита диагностированы у 236 пациентов (89%), Все это вместе взятое позволяет отнести их к III – IV классу операционного риска по классификации ASA с вероятностью наступления летального исхода в 30 – 50 % случаев. Оперировано 139 больных (52,4%). Холецистэктомия из традиционного широкого лапаротомного доступа была произведена у 16 человек (11,5%), холецистэктомия из минилапаротомного доступа у 111 (79,8%), холецистостомия выполнена у 12 больных (8,6%). Умерло после операции 8 больных (5,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшее число умерших больных было после выполнения холецистэктомии из лапаротомного доступа (6 из 8 пациентов). После операции, произведенной из минилапаротомного доступа, не умер ни один человек. Не перенесли хирургическое вмешательство в виде холецистостомии двое больных. При анализе полученных результатов лечения выяснено, что все больные, которым произведена холецистостомия, были в возрасте 80 лет и старше, у которых процент деструкции желчного пузыря, число сопутствующей патологии на 1 больного были гораздо больше, чем в возрастной группе 75 – 79 лет. В связи с этим, степень анестезиологического и операционного риска достигает своего максимума именно в возрастной группе 80 лет и старше. Это позволяет считать оправданным выполнение холецистолитотомии с последующим дренажом желчного пузыря. Изучение отдаленных результатов в течение 3 лет у 10 выживших больных показало, что не один из них не обращался повторно по поводу заболеваний желчного пузыря, у большинства пациентов искусственный желчный свищ самостоятельно закрылся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении последнего столетия в истории хирургии острого холецистита декларировался тезис о том, что деструкция стенки желчного пузыря является противопоказанием для выполнения холецистостомии как операции выбора у больных с высокой степенью операционного риска, приводящего к высоким показателям смертности. В связи с этим, у многих хирургов возникал закономерный вопрос: а зачем накладывать холецистостому у больных с катаральной формой воспаления желчного пузыря, если эта форма острого холецистита не представляет реальной угрозы для жизни больного? Полученные нами достаточно неплохие непосредственные и отдаленные результаты лечения после выполнения холецистолитотомии с последующим дренированием просвета желчного пузыря позволяют рекомендовать шире использовать данную операцию при деструктивном холецистите у больных с высокой степенью операционного риска.

С.А. Совцов, Е.В. Прилепина

РОЛЬ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск)

Цель исследования — снижение послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных высокой степенью анестезиологического и операционного риска

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были изучены данные внутрибольничного бактериологического мониторинга 3 хирургических и реанимационного отделений клиники за период 2003 – 2008 гг. Было исследовано 4791 посевов: из ран – 3046, мокроты – 1633, крови – 111, мочи – 1. Рост культуры получен в 4072 (85 %) случаях. Кроме этого, нами проанализированы непосредственные результаты лечения 265 больных с острым холециститом в возрасте 75 лет и старше. Сопутствующие заболевания были у 246 человек (92,8%), причем в среднем на одного больного приходилось 2,1 заболевания. Деструктивные формы острого холецистита диагностированы у 236 пациентов (89%), Все это вместе взятое позволяет отнести их к III – IV классу анестезиологического и операционного риска по классификации ASA с вероятностью наступления летального исхода в 30 – 50 % случаев. Оперировано 139 больных (52,4%). Послеоперационные осложнения возникли в 14,5 % наблюдений, из них гнойно-воспалительного характера у 3 % больных.