

Изучение микрофлоры ран выявило преобладание полимикробной флоры, среди которых преобладавал стафилококк (*St. aureus*) и кишечная палочка (*E. coli*). В 93,6 % случаев выделяются ассоциации с участием факультативно и облигатно анаэробных неклостридиальных микроорганизмов. Наличие множественных ассоциаций в гнойно-некротическом очаге сочетается с высокой микробной обсемененностью тканей раны — 106 — 1011 микроорганизмов в 1 г ткани. Проводилась целенаправленная антибактериальная терапия с учетом высеваемой микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Нами применялись, как правило, 2 антибиотика разных групп (по механизму действия — бактериостатические + бактерицидные) в сочетании с метронидазолом. Все больные, поступившие в отделение, были оперированы. По объему операции распределились следующим образом: ампутация бедра — 32 (56,1 %), голени — 2 (3,6 %), стопы — 1 (1,7 %), пальцы стоп — 11 (19,3 %) и некрэктомии с последующим закрытием ран — 11 (19,3 %).

При закрытии ран стопы после их очищения нами использовалась аутодермопластика, вторичные швы. Летальность в отделении составила 10,3 % (15 больных). Среднее пребывание больных СДС в стационаре составило $27,2 \pm 2,3$ койко-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, объем и характер операции определялся дифференцированным подходом в зависимости от выраженности гнойно-воспалительного процесса и преобладания поражения магистральных сосудов и микроциркуляторного звена. При выборе тактики оперативного лечения больных с СДС решающим принципом должно быть максимальное сохранение тканей конечностей и обеспечение качества жизни больного.

В.И. Осипов, И.Г. Легких, Ф.Р. Чепцов

К ВОПРОСУ ПРИЧИННОСТИ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН

МУЗ «Городская клиническая больница № 1» (Чита)

Забрюшинная флегмона — одно из относительно редких осложнений гнойно-деструктивных заболеваний внутри- и внебрюшинных органов, которые незадолго до этого предшествовали ей. Естественно, она утяжеляет состояние организма больного, возможен сепсис. Такое осложнение случается при панкреонекрозе, гнойном процессе в почке, после травм поясничной области и при других заболеваниях. Принято считать, что занос микробов в забрюшинное пространство осуществляется по гематогенному, лимфогенному путям или по межтканевым промежуткам.

Однако забрюшинная флегмона случается и в отдаленном послеоперационном периоде: спустя месяцы и годы после операции или у лиц, не оперированных, но перенесших какое-то острое воспаление.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализировано 36 случаев таких «отдаленных» забрюшинных флегмон среди взрослых пациентов, оперированных в экстренном порядке по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложнившихся перитонитом, и неоперированных (2002 — 2007 гг.) (табл. 1).

Таблица 1

Результат анализа был сопоставлен с данными экспериментальных исследований (20 кошек) по изучению последствий фибринозно-гнойного перитонита — спаечной болезни, состояния крово-, лимфообращения, что позволило подтвердить мнение некоторых исследователей о механизме возникновения забрюшинной флегмоны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во-первых, была установлена высокая причастность перитонита к деструкции брюшинных листов, замещение поврежденных участков соединительно-тканевыми маловаскуляризованными «напластованиями», фиксирующими между собой несколько петель кишки, сальника и др. даже спустя год и более после излечения от перитонита. При этом также существенно нарушалась архитектура крово-, лимфососудистого русла в зоне бывшего воспаления, утрачивалось нормальное строение некоторых забрюшинных лимфоузлов, тромбоз синусоидов (данные гистологического исследования). Во-

вторых, мы отметили в эксперименте удлинение времени в 2–3 раза по сравнению с нормой элиминации краски из забрюшинной клетчатки у выживших животных, также спустя несколько месяцев после эксперимента.

Несомненно, одним из последствий перенесенного перитонита в эксперименте и в клинике является скрытое необратимое нарушение лимфодренажа из брюшной полости и из параперитонеальных тканей, секвестрация части лимфатического русла, возможна хроническая инфекция этих участков, а при неблагоприятных условиях обострение воспаления и возникновение забрюшинной флегмоны.

Только так мы могли объяснить патогенез поздней забрюшинной флегмоны, когда исключались другие ее причины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В плане профилактики дремлющей инфекции, спайкообразования и забрюшинной флегмоны мы думаем, по показаниям можно рекомендовать в комплексной терапии незаслуженно забываемое эндолимфатическое введение лекарственных препаратов, антибиотиков и лимфотропную терапию. В своей практике мы это выполняем по показаниям, а об окончательной излеченности после острого воспаления при отсутствии жалоб больного судим дополнительно по показателям общеклинических и биохимических исследований.

О.Б. Очирова, Ю.Д. Доржиев

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения отморожений является запоздалая диагностика истинной тяжести травмы. В дореактивном периоде вследствие скудности клинических проявлений диагностика глубины поражения холодом невозможна. Поэтому, по нашему мнению, показанием для госпитализации является подозрение на возможное развитие тяжелых степеней отморожения. Используемая в практической работе морфологическая классификация отморожений отражает только конечный результат поражения тканей холодом и проведенного лечения, к тому же проявляется в позднем реактивном периоде.

На наш взгляд, стремление врачей сразу определить степень отморожения является заблуждением, так как при этом ошибочно отождествляются степень первичного поражения и глубина повреждения тканей. В дореактивном периоде отморожения можно только различить формы местного поражения тканей: охлаждение, ооченение, оледенение. Диагностика их несложна и не требует специального оснащения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задачей настоящего исследования является определение значимости использования морфологической классификации отморожений в госпитализации больных и важности применения индекса тяжести отморожения (ИТО) в диагностике и лечении больных с холодовой травмой различной степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании использованы данные с 1998 по 2007 год по приемному отделению городской больницы скорой медицинской помощи. За данный период с холодовой травмой обратилось 317 человек, из них 211 пострадавших — в период с 1990 по 1998 гг. (первая группа) и 106 (вторая группа) — в период с 1998 по 2002 гг.

У пострадавших первой группы степень отморожений диагностировали по общепринятой четырехстепенной классификации; для больных второй группы показанием для госпитализации была глубина поражения тканей.

Из 211 пострадавших первой группы, обратившихся за медицинской помощью, были госпитализированы 135 (64 %), остальные были отпущены домой и в последующем госпитализированы в позднем реактивном периоде травмы с развившимися необратимыми изменениями пораженных тканей. Число обращений на одного больного составило 1,36.

Во второй группе из 106 больных, обратившихся в раннем периоде после травмы, госпитализировано 101 (95,28 %), только пятеро пострадавших были направлены на амбулаторное лечение и поступили повторно. Число обращений на одного больного составило 1,05.