

В институте цитологии и генетики СО АН РАМН созданы профезим, трипцеллим и иммозимаза (1979). Первые результаты применения иммозимазы аппликационным методом были успешными. Однако при обширных гнойно-некротических процессах, когда имеются глубокие некрозы раневой поверхности, панариций, аппликационный метод лечения не достаточный. В поисках эффективности способов лечения глубоких некрозов привели нас к внутритканевому введению препарата для пролонгированного протеолиза.

Методика: после вскрытия гнойника проводится инфильтрация тканей раствором иммозимазы в области раневой поверхности. Однократная инъекция препарата увеличивала площадь инфильтрации, распространения ($12 - 15 \text{ мм}^2$). В 95 % случаев иммозимазу вводили двукратно, в 13 % — 3 раза, одна инъекция препарата составила 2 %.

По данной методике пролечено 42 человека с гнойно-некротическими процессами кисти в условиях поликлиники.

Сроки очищения ран от некротических тканей составили $2,2 \pm 0,6$ суток, сроки появления грануляций — $3,1 \pm 0,43$ дней. Сроки временной нетрудоспособности при флегмонах кисти — $7,3 \pm 0,82$ дней (контроль — $13,3 \pm 0,8$ суток), при абсцессах кисти — $5,2 \pm 0,74$ (контроль $11,1 \pm 0,79$). Осложнений от введения препарата внутритканно не наблюдали.

Таким образом, применение внутритканевого протеолиза иммозимазой при лечении гнойно-некротических ран в амбулаторно-поликлинических условиях высокоэффективно и существенно сокращают сроки лечения больных.

В.А. Сизоненко, А.В. Михайличенко, К.Г. Шаповалов

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Холодовая травма — проблема, которая продолжает привлекать внимание клиницистов. Значение рациональной профилактики и эффективной терапии трудно переоценить. Отморожения приводят к длительной потере трудоспособности и часто являются причиной пожизненной инвалидности, требуют значительных усилий при реабилитации. Повреждающему действию низких температур могут способствовать различные факторы: скорость ветра, влажность воздуха, переутомление, истощение, утрата сознания, шок, хронические заболевания с нарушениями периферического кровотока, курение, тесная обувь или одежда. Большинство холодовых травм в мирное время происходит в состоянии алкогольного опьянения. Действие алкоголя приводит к утрате самоконтроля, угнетает центр терморегуляции, способствует развитию гиперкоагуляции и гипогликемии.

В основном встречается холодовая травма от воздействия холодного воздуха. Также различают контактные отморожения (контакт с холодными, чаще металлическими предметами) — характеризуются ограниченными по площади глубокими поражениями, иммерсионная (длительное нахождение в холодной воде) и траншейная (длительное использование сырой тесной обуви в холодное время) стопа — при этом наблюдается подострое течение и глубокий некроз тканей.

В зависимости от длительности действия и температуры охлаждающей среды могут быть сверхострые (оледенения), острые (отморожения), подострые (траншейная стопа и т.д.), хронические (холодовая аллергия, нейроваскулит) холодовые травмы.

Периоды местной холодовой травмы:

1. Дореактивный период — с момента получения травмы до полного согревания.
2. Ранний реактивный период — с момента согревания до конца 2-х суток.
3. Поздний реактивный период.
4. Восстановительный период.
5. Период отдаленных последствий.

При оказании первой помощи необходимы меры, направленные на профилактику тромбообразования, улучшение микроциркуляции и снижение воспаления тканей. С этой целью проводятся различные мероприятия в зависимости от вида холодовой травмы. При острой (отморожения) и сверхострой (оледенения) травмах на пораженные конечности накладывается теплоизолирующая повязка, вводятся обезболивающие, осуществляется транспортная иммобилизация доставка в стационар. При подострой холодовой травме (полученной при температуре не ниже -5°C), когда имеется скованность движений, отек, лучший результат получен при согревании в теплой воде $36 - 38^\circ \text{C}$, даче спазмолитиков и массаже конечностей. Хроническая холодовая травма не требует экстренной первой помощи. Необходимо прекратить действие охлаждающей среды.

Четко наблюдается, что на конечном результате лечения существенное значение имеет рациональное оказание первой помощи и последующая инфузионная терапия с использованием обезболивающих, спазмолитиков, антикоагулянтов, фибринолитиков, проведением проводниковых блокад.

При поражениях II – III степени, которые устанавливаются в раннем реактивном периоде, напряженные пузыри пунктируются толстой иглой у основания и обрабатываются раствором фурацилина, йодопирона. Если пузыри не напряженные, поверхность обрабатывается спиртом и накладывается повязка с раствором, состоящим из 30 мл димексида с добавлением 30 мл 2% новокаина, 10000 ед. гепарина и 30 мл глицерина. За счет димексида новокаин и гепарин проникают в ткани, а глицерин не даст быстро высохнуть повязке.

В позднем реактивном периоде необходимо ультрафиолетовое облучение и повязки с растворами 30% димексида и раствора 0,5 – 1% нитрата серебра или 1% йода, повязки с диоксидином.

Проводится ранняя некротомия, когда по всем показателям будет травма IV степени, и поражение распространяется проксимальнее головок пястных и плюсневых костей. Эта некротомия позволяет уменьшить интоксикацию и быстрее перевести влажный некроз в сухой.

Читинский ожоговый центр работает с применением высокотехнологичных методов и принципов лечения холодовой травмы. Успешно внедрены разработанные профессором В.А. Сизоненко способы реабилитации больных с последствиями отморожений. При нарушении функции конечностей проводятся реконструктивно-восстановительные операции: фалангизация пальцев, остеотомия с последующим удлинением кости, устранение контрактур, пластика полнослойным кожным лоскутом, формирование клешни Крукенберга.

Своевременное и адекватное оказание пострадавшим с холодовой травмой квалифицированной медицинской помощи приводит к уменьшению тяжести травмы, сроков лечения и процента инвалидизации.

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, А.С. Воробьев, С.В. Козьмин

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (Иркутск)
МУЗ «Клиническая больница № 1» (Иркутск)**

Острая кишечная непроходимость (ОКН) на протяжении многих лет остается одной из самых актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии.

Цель исследования: разработка нового варианта общей анестезии, направленного на достижение всех необходимых ее компонентов на центральном, сегментарном и периферическом уровне.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное рандомизированное контролируемое исследование проведено с января 2003 г. по декабрь 2006 г. у 60 больных с острой кишечной непроходимостью. Критерии включения: верифицированный диагноз острой кишечной непроходимости, возраст — 38 – 90 лет, определение концентрации кортизола, пролактина, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), антиоксидантной активности (АОА), отсутствие у больного инкурабельного сопутствующего заболевания. Критерии исключения: гипотензия, непереносимость местных анестетиков. В зависимости от способа проводимого анестезиологического пособия больные с ОКН были распределены на 2 группы. Группу клинического сравнения 1 составили 30 (50 %) больных, которым проводилась многокомпонентная МНЛА (МНЛА). Группа клинического наблюдения состояла из 30 (50 %) пациентов, оперированных в условиях МНЛА в сочетании с эпидуральной анестезией (МНЛА + ЭА). Методика анестезии: больные всех групп получали стандартную премедикацию. У больных группы клинического сравнения 1 при проведении МНЛА общая доза фентанила составила $4,5 \pm 0,6$ мкг/кг·ч, дроперидола — $0,12 \pm 0,02$ мкг/кг·ч, ГОМКа — $65,0 \pm 12,0$ мг/кг, дипривана — $4,3 \pm 0,6$ мг/кг·ч, кетамина — $5,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,04 \pm 0,003$ мкг/кг·ч. У больных группы клинического наблюдения (МНЛА + ЭА) общая доза фентанила составила $2,1 \pm 0,01$ мкг/кг·ч, дроперидола — $0,09 \pm 0,001$ мкг/кг·ч, ГОМКа — $44,0 \pm 8,4$ мг/кг, дипривана — $2,9 \pm 0,9$ мг/кг·ч, кетамина — $4,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,02 \pm 0,004$ мкг/кг·ч, нарпина (10 мг/мл) — $1,4 \pm 0,9$ мг/кг.

Изучали показатели гемодинамики, концентрацию кортизола, пролактина, продуктов ПОЛ, АОА за 40 мин. до операции, в травматичный период операции, после окончания операции и наркоза, через 24 часа после операции. У больных группы клинического сравнения 1 послеоперационное обезболивание проводили наркотическими анальгетиками в общепринятых дозах. В группе клинического наблю-