

рата и даже несостоятельности шва с перитонитом. Особенно большие проблемы возникают при наложении анастомозов в условиях гнойного воспаления органов брюшной полости.

Принципиально новое направление в соединении тканей — использование сверхэластичных сплавов с памятью формы. Способ наложения компрессионного анастомоза на органах ЖКТ разработан в 1985 г. коллективом во главе с профессором Р.В. Зиганьшиным. Способ основан на применении конструкций из сплава на основе никелида титана.

Методика компрессионных анастомозов имеет несомненные преимущества: бесшовность, атравматичность и асептичность. Применяемые конструкции обеспечивают равномерную компрессию по периметру анастомоза вне зависимости от наличия отека кишечной стенки, их использование технически просто, сокращает время операции.

Указанные свойства анастомозов с использованием конструкций из никелида титана привлекли наше внимание в связи с необходимостью наложения соустьев у больных в условиях гнойного воспалительного процесса, когда традиционные методы часто дают неудовлетворительные результаты.

В 2006 году в клинике Красноярского краевого гнойно-септического центра было оперировано 20 больных с использованием конструкций из никелида титана для наложения компрессионных анастомозов.

Всем больным были ранее проведены операции на органах брюшной полости 2 раза и более, в т.ч. 8 больным — 4 раза и более. Пациенты были доставлены из других учреждений с явлениями нутритивной недостаточности различной степени. Состояние на момент операции у больных этой группы оценивалось по системе Apache II в среднем на 15 баллов, по системе SOFA — в среднем на 9 баллов.

Показанием к операции было наличие одного или нескольких несформированных тонкокишечных свищей. Объем операции в 2-х случаях вынужденно ограничен наложением обходного анастомоза, в остальных выполнена резекция кишки, несущей свищ, с наложением илеотрансверзоанастомоза в 49 %, гастроэнтероанастомоза — в 38 %, энтероэнтероанастомоза — в 13 % случаев.

Недостаточность компрессионного анастомоза как причина смерти отмечена только у одного больного. Еще 4 пациента погибли в ближайшем послеоперационном периоде по другим причинам. У остальных больных признаков несостоятельности анастомозов не отмечалось, они были выписаны в удовлетворительном состоянии в разные сроки после операции.

Таким образом, применение компрессионного анастомоза у больных с несформированными тонкокишечными свищами в условиях гнойного воспалительного процесса позволяет в большинстве случаев избежать развития несостоятельности швов и способствует достижению положительных непосредственных результатов лечения.

А.Г. Соколов, А.В. Степаненко, Д.В. Терсков, К.Ю. Беляев, Е.П. Константинов

КОРРЕКЦИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**ГОУ ВПО Красноярская государственная медицинская академия (г. Красноярск)
Красноярский краевой гнойно-септический центр краевой клинической больницы (г. Красноярск)**

В Красноярске в 2005 г. было 35 000 больных сахарным диабетом. Около 200 ампутаций бедра проводится ежегодно по поводу синдрома диабетической стопы (СДС), т.е. у 1 из 175 больных сахарным диабетом.

Проанализированы результаты обследования и лечения 560 больных с СДС, находившихся на лечении в клинике за период 1992 — 2005 гг. Среди обследованных больных женщин было 66 %, мужчин — 34 %. Сахарным диабетом 2 типа страдал 91 % больных. 90 % больных поступил с декомпенсированным СД. У каждого из больных было по 2 и более осложнений СД: макроангиопатии — 64,3 %, полинейропатии — 80 %, нефропатии — 90 %, в том числе ХПН — 10 %, артропатии — 80 %. У 75 % обследованных больных диагностирована нейроишемическая форма СДС, а у 25 % — нейропатическая инфицированная форма СДС.

У обследованных больных отмечались следующие формы инфекционно-некротического поражения стоп: гнойно-некротические раны, флегмоны стопы, голени — у 36 %, гангрена стопы, пальцев — у 32 %, остеомиелит костей стопы — у 28 %, трофические язвы — у 5,3 %.

Все пролеченные нами больные были разделены на 3 группы в соответствии с эволюцией взглядов на лечение этого контингента больных.

С 1992 по 1998 гг. было пролечено 159 больных, которым применялась стандартная схема лечения независимо от формы СДС. Она включала в себя коррекцию СД, антибактериальную терапию, спазмолитики, анальгетики и местное лечение. В этой группе без операции вылечено 26 больных (16,4 %).

Всего было выполнено 133 операции: ампутации бедра и голени среди них составили 78,2 %, ампутации на уровне стопы удалось выполнить только у 21,8 % больных.

С 1999 по 2000 гг. было пролечено 89 больных, которым применялись дифференцированные схемы лечения согласно клиническим формам СДС. Без операции вылечено 15 больных (16,9 %). Всего выполнено 74 операции: ампутации бедра и голени у 55,4 % больных, ампутации на уровне стопы — у 44,6 %.

В мае 2001 г. на базе ККБ был организован Красноярский гнойно-септический центр, одной из задач которого стало лечение осложненных форм СДС. С 2001 по 2005 год в клинике КГСЦ было пролечено 312 больных с СДС. Лечение этой группы больных было направлено на коррекцию углеводного обмена, купирование критической ишемии, подавление инфекции и коррекцию полинейропатии.

С целью купирования критической ишемии нами применяется длительная регионарная внутриартериальная инфузия вазоактивных препаратов (вазапростан, пентоксифилин), которая позволяет создать в тканях концентрацию препаратов, в 1,4–2,8 раза более высокую, чем при внутривенном введении, способствует улучшению микроциркуляции, насыщению тканей антибиотиками и ускоряет репаративные процессы, позволяет сократить до минимума суточную дозу вводимых препаратов, что уменьшает частоту развития побочных эффектов и значительно снижает стоимость лечения. За 2001–2005 гг. внутриартериальные инфузии получили 220 пациентов с СДС (70 %). 25 % из них получали ваззапростан, длительность курса составляла 6–8 суток.

С ноября 2004 г. для лечения критической ишемии при СДС мы применяем эндоваскулярные методы коррекции кровотока нижних конечностей. Выполнены вмешательства (ангиопластика и стентирование) 20 больным с смешанной формой СДС. При мультифокальном поражении производится баллонная дилатация гемодинамически значимых стенозов на всех уровнях. Отдаленные результаты (до 12 мес.) прослежены у 5 больных, проходимость магистральных артерий у них сохранена.

Применение современных методов лечения позволило радикально изменить структуру операций у больных с СДС и их исходы. Если в первой группе больных (1992–1998 гг.) только у 21,8 % удалось сохранить опороспособность конечности, выполнив операции на уровне стопы, а остальным была выполнена ампутация бедра, то у больных из третьей группы (2001–2007 гг.) калечащая операция ампутации бедра выполнена только в 22,7 % случаев, у остальных опороспособность конечности удалось сохранить.

А.Г. Соколов, Ш.В. Чооду

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*ГОУ ВПО КрГМА (г. Красноярск)
Республиканская больница № 1 (г. Кызыл)*

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) страдают приблизительно 5 % взрослого населения. Среди пациентов с перемежающейся хромотой 7 % нуждается в немедленной реконструктивной операции, а 4 % — в ампутации. Заболевание имеет неуклонно прогрессирующее течение, что приводит к ранней инвалидизации и имеет большой удельный вес в структуре смертности. Несмотря на успехи медицины, как в нашей стране, так и за рубежом, частота ампутаций нижних конечностей по поводу критической ишемии продолжает оставаться на высоком уровне. В Европе ежегодно на 1 млн населения выполняется от 250 до 300 ампутаций нижних конечностей. При этом показания к оперативному восстановлению кровотока имеются только у 25–30 % пациентов, остальные подвергаются только консервативному лечению.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение эффективности лимфотропного лечения у больных с хронической ишемией нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ

Работа основана на материалах обследования и лечения 97 больных с ХОЗАНК, находившихся на лечении в общехирургическом отделении Республиканской больницы № 1 Республики Тыва. Все больные были разделены на 2 группы по характеру проведенного лечения.

Первую (основную) группу составили 48 больных в возрасте от 30 до 83 лет, средний возраст составил $56,9 \pm 10,2$ лет (мужчин — 40 и женщин — 8). Этой группе больных проведен комплекс консервативных и оперативных мероприятий, включавших лимфотропное введение комплекса препаратов, применение прямых и не прямых методов реваскуляризации, в числе которых РОТ (22 больных — 45,8 %),