

«Малые» ампутации» с сохранением опорной функции конечности выполнены 67 пациентам. Они проводились у больных при ограниченной гангрене в пределах пальцев или дистальной части стопы, наличии удовлетворительного кровоснабжения или после выполнения реконструктивной операции на артериях конечности. Из них 50 больным выполнялись ампутации пальцев стопы, которые в обязательном порядке сочетались с резекцией дистального эпифиза плюсневой кости с максимально возможным иссечением сухожилий. Резекция стопы выполнена у 13 пациентов, ампутации — у 4. В 40 наблюдениях объем хирургического лечения ограничивался только вскрытием гнойного очага на стопе. Хирургическая обработка раны сопровождалась иссечением нежизнеспособных тканей с максимально возможным удалением сухожилий и подошвенного апоневроза.

Летальные исходы были в 14 наблюдениях, после выполнения ампутаций на уровне бедра. Общая послеоперационная летальность составила 6,8 %, при высоких ампутациях — 8,4 %, при ампутации бедра — 14,1 %.

А.М. Цигельник, Н.А. Микушина

ЛАПРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ СЕЛЕЗЕНКИ, ВЫЗВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

*ГУЗ Областная клиническая больница (г. Кемерово)
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Кемерово)*

Инфекционный эндокардит часто приводит к возникновению абсцессов селезенки (АС), наличие которых является показанием к спленэктомии. К настоящему моменту сделаны только первые шаги в уточнении возможностей и роли лапароскопической спленэктомии (ЛС) при этой патологии. В литературе имеются единичные описания ЛС при инфекционном эндокардите, осложненном АС.

Мы располагаем опытом 4 ЛС по поводу АС при инфекционном эндокардите. Средний возраст больных составил $44,2 \pm 5,76$ лет. В группу вошли 3 мужчины и 1 женщина. В 2 наблюдениях абсцесс был солитарным, у 2 имелись множественные гнойники селезенки. У 2 больных гнойник сообщался с полостью в поддиафрагмальном пространстве. Всем больным предпринята ЛС из латерального доступа.

Во всех наблюдениях селезенка была плотно припаяна к диафрагме. Наложение пневмоперитонеума приводило к растяжению связок селезенки, а сама селезенка оставалась фиксированной сращениями, что в большинстве случаев обеспечивало своего рода «hanging spleen»-эффект (эффект «подвешенной» селезенки). Мобилизацию начинали с рассечения сращений большого сальника, который, как правило, окутывал селезенку. Затем рассекали желудочно-селезеночную связку для создания доступа к ее воротам. Выделяли и клипировали селезеночную артерию и вену. В дальнейшем проводили пересечение оставшихся связок селезенки, оставляя последнюю фиксированной к диафрагме сращениями. Их рассекали в последнюю очередь в связи с риском вскрытия гнойных полостей. В двух наблюдениях при прорыве абсцесса под диафрагму применен комбинированный вариант вмешательства. После полной мобилизации связок селезенки, когда она осталась только к диафрагме за счет окружающих абсцесс сращений, выполнен разрез на грудной стенке в проекции X ребра — торакофренотомия, — через который опорожнен гнойник и извлечена селезенка. Этот доступ использован для дренирования оставшейся под диафрагмой гнойной полости дренажом Penrose.

Конверсий не было. Продолжительность операции составила в среднем $116 \pm 6,96$ мин. Интраоперационная кровопотеря — $250 \pm 93,5$ мл. Ни в одном из наших наблюдений не возникли непреодолимые препятствия для завершения операции эндохирургическим путем. Летальных исходов не было.

Н.Н. Цыбиков, А.В. Гурулев, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

Острые нагноительные заболевания плевры в последние годы имеют тенденцию к росту. Это связано со снижением иммунитета пациентов, увеличением антибиотикоустойчивых форм возбудителей

и ростом агрессивности в отношении факторов естественной резистентности организма. Все большую роль в этиологии заболеваний в настоящее время играет грамотрицательная флора, как среди аэробов, так и в спектре неклостридиальных анаэробов.

В последние годы отмечается значительный рост числа острых абсцессов легкого и эмпием плевры, являющихся, как правило, осложнением пневмоний, легочных ателектазов, травм и оперативных вмешательств. При этом происходит изменение видового состава флоры, рост ее агрессивности и антибиотикорезистентности.

При госпитализации больных с эмпиемой плевры диагноз устанавливается по клинико-рентгенологическим данным, а подтверждается трансторакальной пункцией, при которой содержимое полости берут на бактериологическое исследование. Изучение микробного состава мокроты также информативно, однако материал, полученный непосредственно из гнойного очага или из бронхов при проведении фибробронхоскопии, является более «чистым» в плане идентификации возбудителя.

Анализируя истории болезни 224 пациента, находящихся на стационарном лечении по поводу эмпиемы плевры в период 2002 – 2006 гг. в хирургическом отделении Городской клинической больницы № 1, оказалось, что в 64 % случаев возбудителями в монокультуре были аэробы, в 13 % — анаэробы и в 23 % — сочетание патогенов обеих групп.

Современные достижения торакальной хирургии в лечении эмпиемы плевры и их последствий требуют продолжения поисков более рациональных методов диагностики и лечения. С 2000 по 2006 годы в 1 городской клинической больнице в отделении хирургии прооперированно 122 (54,5 % от общего количества больных) человека с диагнозом — эмпиема плевры в возрасте от 23 до 75 лет. Средний койко-день равен 28,23. Летальность 7 (16,5 %) человек в год. Применялись наиболее эффективные методы лечения: медикаментозные средства, плевральные и легочные пункции, дренирование, бронхоскопии. В последние годы неплохие результаты получены при использовании иммуностимулирующих и иммуномодулирующих препаратов.

В повседневной практике для большинства врачей основным источником проблем остаются острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей. Прежде всего, из-за их распространенности. Вряд ли существенно можно повлиять на такие предрасполагающие факторы, как социальная активность пациента, загрязнение воздуха, холодный климат и прочее, однако стимуляция местного иммунитета слизистых оболочек может поставить надежный заслон на пути ряда инфекций или привести к их abortивному течению.

Местная иммунная система, ответственная за защиту инфекций на поверхности слизистых оболочек, подвергается различным нарушениям. Наряду с первичным нарушением иммунной системы вторичные нарушения являются наиболее частой причиной хронических рецидивирующих инфекций дыхательных путей. Риск инфекций особенно повышается в силу того, что факторы, ответственные за нарушение мукоцилиарной системы, одновременно ухудшают и иммунную защиту. При дисбалансе в системе иммунитета макроорганизма под действием бактерий может произойти угнетение иммунной системы продуктами секреции бактерий и эндотоксинами, освобождаемыми в процессе бактериолиза. При этом иммуностимуляции, усиливающейся с ростом числа бактерий, противостоит ими обусловленная иммуносупрессия. В механизме иммуносупрессии лежит сниженная способность лимфоцитов периферической крови человека к репарации ДНК и накопления поврежденных ДНК, что приводит к генетической нестабильности. Это длительный процесс, усиливающийся под влиянием антибактериальной терапии. Он может быть ослаблен при применении иммуномодуляторов. При отсутствии иммунологической поддержки возникает опасность развития рецидива и угроза перехода заболевания из острой формы в хроническую. С учетом этого обстоятельства представляется целесообразным иммунопрофилактика и иммунотерапия с помощью препаратов, содержащих бактериальные антигены. Такая терапия должна проводиться в каждом случае заболевания эмпиемой плевры. Если же врачом принимается решение о проведении антибиотикотерапии, то иммунотерапия абсолютно необходима во избежание возникновения иммунологической недостаточности ятрогенной природы.

Устойчивый иммунореабилитационный эффект достигается тогда, когда лечебно-профилактические мероприятия разрабатываются на основе системного, комплексного подхода, который в медицине традиционно называется этиопатогенетическим лечением. Только тогда в организме больного человека можно создать необходимые условия, обеспечивающие не только восстановление физиологических уровней взаимодействия систем иммунного гомеостаза, ликвидацию иммунного дисбаланса в крови, но и, что самое главное, — самовосстановление нарушенной иммунной адаптации организма, являющейся одной из форм существования и проявления неразрывного иммунонейрогормонального единства.