

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма (n = 72)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ	ЛСК	ОСН	РСН	РИН	Киста	Абсцесс
Число больных	4 (6 %)	2 (3 %)	26 (36 %)	8 (11 %)	19 (26 %)	11 (15 %)	2 (3 %)
Умерло	–	–	–	4 (50 %)	6 (31,6 %)	–	–
Всего (n = 72)	10 (13,9 %)						

Так, 4 (6 %) больных оперированы по поводу острого панкреатита отечной формы, у 2 (3 %) больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием явилась лечебно-диагностическая лапароскопия. 26 (36 %) оперированных пациентов вошли в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группа распространенного стерильного панкреонекроза состояла из 8 (11 %), а распространенного инфицированного панкреонекроза – из 19 (26 %) больных. 11 (15 %) пациентов оперированы по поводу инфицированной псевдокисты поджелудочной железы, а 2 (3 %) больных вошли в группу панкреотогенного абсцесса поджелудочной железы.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола, кроме группы больных с абсцессом поджелудочной железы и группы больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом.

Основным этиологическим фактором заболевания явился алкогольный эксцесс, а у пациентов с острым панкреатитом отечной формы и абсцесса поджелудочной железы – билиарный.

Возраст, сроки лечения в различные периоды заболевания существенно не отличались.

На основании оценки интегральной тяжести состояния всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

- 1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;
- 2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Ограниченные формы острого панкреатита имели существенно меньшие сроки лечения (от заболевания к моменту верификации диагноза и от госпитализации к лапароскопии и операции), по сравнению с распространенными. При распространенном инфицированном панкреонекрозе отмечено наибольшее пребывание в стационаре.

Клинико-лабораторные критерии системной воспалительной реакции при различных формах острого панкреатита имели следующую тенденцию. Так, при остром панкреатите отечной формы, ограниченных формах стерильного панкреонекроза ССВР составило 2, при распространенных формах – 3–4 симптома.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом. Так, летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 50 %, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 27 %, причиной которой явилась полиорганная дисфункция в последней группе, а в стерильной фазе заболевания – панкреотогенный шок. В целом летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 13,9 %.

Таким образом, результаты исследований позволили прийти к выводу, что при ограниченном некротическом процессе предпочтительны «закрытые» методы дренирующих операций, при распространенных формах – «открытые».

Л.Б. Сахьянов, Г.Ф. Жигаев, В.П. Саганов

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ КИСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Институт цитологии и генетики СО АН РАМН (город)
ГОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Изучению применения иммобилизованных протеолитических ферментов в клинике уделяется большое внимание. Ферментные препараты используются в терапии гнойно-некротических процессов, именно они определяют течение и исход болезни.

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 иммозимузу 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, невроаскулит) 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.