тии в условиях эндокринологического отделения или дневного стационара, при этом используются препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктацид, берлитион), комплекс витаминов группы В, токоферол, никотиновая кислота, мильгамма, мидокалм, актовегин, электростимуляция поясничных нервных сплетений и мышц голени. При преобладании в клинической картине сосудистых поражений больной осматривается ангиохирургом и решается вопрос о реконструктивной операции. В случаях со сформировавшимися язвами стоп, хирургом отделения гнойной хирургии осуществляется подиатрическая обработка язвы (иссечение гиперкератоза, краев язвы, обработка пораженных ногтей скалером и т.д.) в сочетании с терапией полинейропатии.

У больных с развившейся остеоартропатией (стопа Шарко) особое значение имеет привлечение к лечению врача ортопеда. Нельзя надеяться на благоприятное течение СДС без профессионально спланированной разгрузки пораженной стопы. Консультации врача ортопеда (ортопедо-протезное предприятие) подлежат все больные с СДС перенесшие удаление пальцев, резекцию стопы, имеющие длительно незаживающие язвы и грубые рубцы после вскрытия гнойников. Больным выполняется индивидуальное построение обуви, подбор протезов, ортезов, стелек и супинаторов.

Диабетологом кабинета «Диабетическая стопа» после выполнения всех необходимых диагностических мероприятий и консультаций специалистов формируется план лечебных мероприятий, который в дальнейшем будет осуществлять эндокринолог поликлиники. Таким образом, происходит интеграция специализированной помощи больным СДС на амбулаторном этапе.

Комплекс реабилитационных мероприятий заключается в контроле за развитием полинейропатии и нарушением региональной гемодинамики, создании разгрузки конечности, регулярной (не менее 2-х раз в год) стационарной коррекции дистальной полинейропатии и макро- и микроангиопатии в условиях дневного стационара, отделения гнойной хирургии или эндокринологического отделения.

После завершения организации службы «Диабетическая стопа», за 2005 г. в г. Барнауле высоких ампутаций нижних конечностей у больных с СДС выполнено на 18 % меньше.

Таким образом, характер оказания лечебно-диагностической помощи больным СДС является междисциплинарным. Основой снижения количества высоких ампутаций нижних конечностей у больных СДС является своевременное создание групп риска и координирующая функция кабинета «Диабетическая стопа».

М.В. Четин, Д.Л. Березовский, Д.В. Волков, Г.Г. Ананьева, А.И. Мидленко

НОВЫЕ КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 (г. Ульяновск)
Перинатальный центр (г. Ульяновск)*

За период 2003–2006 гг. с различными укушенными ранами пролечено 43 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет: мальчиков 31 (60 %), девочек 12 (40 %). Раны верхних конечностей составили 34 % (15), нижних конечностей 27 % (12), туловища 16 % (7), волосистой части головы и лица 9 % (4), укусы мошонки и полового члена 2 % (3). Клинически они проявились в 47 % (19) в виде целлюлитов, в 27% (12) гнойных ран с регионарной реакцией лимфатических узлов, в 26% (11) абсцессами с явлениями лимфангоита. Комплексное лечение осложненных укушенных ран осуществлялось согласно приказа № 297 МЗ РФ «О совершенствовании мероприятий по профилактике бешенства» от 07.10.1997 г.

При наличии абсцессов раны вскрывали, дренировали, производили иммобилизацию конечности. Рану вели по общепринятой методике Экстренная профилактика столбняка проводилась согласно приказа МЗ РФ № 174 от 17.09.97 г. С 2001 года в комплексное лечение включены сеансы гипербарической оксигенации (ГБО), субэндолимфатическое введение антибиотиков (СЭВА), а с 2006 г. с целью повышения эффективности лечения ран конечностей, детям с сопутствующей соматической патологией (ОРВИ, аллергический дерматит и др.) – энзимотерапия.

Основными возбудителями были микробные ассоциации, в которых преобладали золотистый или эпидермальный стафилококки и синегнойная палочка, а также аэробы и анаэробы. Длительность сеанса ГБО, проводимого в БЛКС 301 при давлении 1,5–2,0 кг с/см², составляла в среднем 30 минут в изопрессии. Курс терапии 5–7 сеансов. Определяющим для СЭВА было место расположения гнойного очага: у 55% (24) пациентов использовался 1 межпальцевый промежуток на верхней конечности, у 45 % (19) детей – первый межпальцевой промежуток стопы или область бутриности большеберцовой кости. Ранее вводили пенициллин и полусинтетические пенициллины, в последующем применяли антибиотики цефалоспоринового ряда 1 раз в день. Для энзимотерапии использовали вобэнзим 5 суток в

возрастной дозировке 2 раза в день. В комплексную терапию со второго дня госпитализации всем детям основной группы были включены занятия с психологом.

Для сравнения была взята группа из 32 детей (группа сравнения), у которых ГБО, СЭВА и энзимотерапия в комплексном лечении не применялись. Сроки полного заживления осложненных укушенных ран в группе сравнения составили 23 ± 2 дня, в основной группе 17 ± 2 дня.

Таким образом, в комплексе лечения осложненных укушенных ран у детей, целесообразно шире использовать ГБО и СЭВА. В тяжелых случаях и при наличии сочетанной соматической патологии следует использовать энзимотерапию.

Для снятия постстрессового страха, групповые занятия с психологом рекомендуется проводить с первых дней не только с детьми, но и с их родителями.

Е.А. Чижова, Е.Э. Тюрюмина, А.Б. Мальцев, Р.Р. Гумеров

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и лечении абсцессов печени, летальность остается достаточно высокой — 5 % при одиночных и 41 % при множественных гнойниках (Ralls Ph.W., 2002).

В 1998 — 2006 гг. в Иркутском гнойно-септическом центре наблюдалось 72 пациента с внутривисцеральными гнойниками. Среди них, в 17 наблюдениях (23,6 %) были выявлены абсцессы диаметром более 10 см (мужчин 10, женщин — 7, в возрасте от 27 до 71 лет). Исследования и миниинвазивные манипуляции выполнялись на сканирующих комплексах «АЛОКА PHD» 4000 и «GE» LOGIC 700 pro с использованием мультисекторных датчиков. В правой доле абсцессы локализовались у 12 пациентов, в левой — у 5, в 6 наблюдениях установлены множественные гнойники. Всем пациентам были выполнены дренирующие транскутантные вмешательства. Учитывая размеры внутривисцеральных гноевых очагов, предшествующая обычно дренированию пункция не выполнялась, было осуществлено одномоментное дренирование гнойников по методике «стиллет-катетер» «корзинчатые» самофиксирующиеся конструкциями диаметром 5 мм (8 наблюдений). При абсцессах, расположенных в толще печеночной паренхимы, где расстояние до полости составляло более 6 см (4 пациента) также одномоментно устанавливали менее травматичный катетер «Pig tail» диаметром 2 мм. После формирования канала, при необходимости, редренировали гнойник трубкой большего диаметра. В двух наблюдениях в гнойную полость установлено два дренажа для проведения ирригационно-эвакуационной санации. В трех наблюдениях, при поверхностно расположенных гнойниках применялось троакарное дренирование. При множественных абсцессах полости больших размеров дренировали по одной из описанных методик, другие — пунктировали.

Всего было эвакуировано от 150,0 до 650,0 мл гноя. В микробном пейзаже преобладала грам-негативная аэробная флора. Средняя продолжительность дренирования составила 15 дней. Осложнений, связанных с выполнением манипуляции не было. Все пациенты поправились, каких-либо дополнительных лечебных манипуляций не потребовалось.

Ю.В. Чикинев, М.С. Любарский, Е.А. Дробязгин, И.В. Симакова, А.И. Котельников

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

*ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)
ГУ НИИКЭМ СО РАМН (г. Новосибирск)*

ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)

Методика энтеросорбции использована в лечении 20 пациентов с острой эмпиемой плевры. Из них 19 мужчин и 1 женщина в возрасте от 22 до 68 лет. Средний возраст пациентов составил $43,52 \pm 3,22$ года. Давность заболевания до поступления в стационар составила у пациентов от 2-х недель до 2-х месяцев. Давность заболевания составляла $27,31 \pm 3,38$ дней.