

аппаратом, а при разрывах лонного сочленения особенно, необходимо выполнять как можно раньше, как только позволит состояние больного. При отсутствии противопоказаний после стабилизации таза стержневым аппаратом больные активизировались нами на следующий день после операции. Сначала они передвигаются при помощи костылей, а в дальнейшем пользуются только одной тростью. С аппаратом больные выписывались на амбулаторное лечение с соответствующими рекомендациями. По достижению клинических и рентгенологических признаков консолидации переломов больные госпитализировались в плановом порядке, и им под наркозом выполнялся демонтаж аппарата и удаление стержней.

За последние три года нами выполнены 15 подобных операций у больных с разными повреждениями таза и сопутствующей патологией. Мужчин прооперировано 11, женщин – 4, что подтверждает то, что чаще высокоэнергетическим травмам подвергаются лица мужского пола. В 10 случаях операции были выполнены по поводу перелома костей таза, в 2 случаях по поводу вывиха бедра, сопровождающегося переломом крыши вертлужной впадины, и в 3 случаях – по поводу разрыва лонного сочленения. В 5 случаях операция выполнялась в экстренном порядке у больных с тяжелыми сочетанными травмами. Нахождение больного в коме при черепно-мозговой травме не являлось противопоказанием для выполнения данной манипуляции. Во всех случаях удалось добиться хорошей стабилизации отломков тазовых костей, что положительно сказалось на состоянии пострадавших. Отмечено субъективное улучшение в виде уменьшения болевого синдрома, это позволило раннюю активацию и сокращение сроков стационарного лечения. В 14 случаях были достигнуты хорошие результаты лечения. В 1 случае, когда имелся оскольчатый перелом вертлужной впадины, развитие выраженного посттравматического артроза потребовало выполнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Таким образом, применение внеочагового стержневого остеосинтеза при переломах костей таза значительно улучшает результаты лечения у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами. Возможно широкое его применение ввиду несложности манипуляции и относительной дешевизны аппарата.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.А. Горский, С.Н. Какурин, Г.В. Караханова
РГМУ

В настоящее время в клинике апробирован новый способ обезболивания при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Основанием для разработки и внедрения этого способа обезболивания послужило значительное количество осложнений, связанных с применением наркотических анальгетиков. Для достижения адекватного обезболивания требуется использование опиоидов в дозах, вызывающих выраженный седативный эффект, угнетение дыхания, тошноту, рвоту, дисфункцию желче- и мочевыводящих путей. Это негативно сказывается на состоянии оперированных больных, затрудняет их активизацию, способствует развитию респираторных, тромбоэмболических и других осложнений [1, 3, 5]. В абдоминальной хирургии все отрицательные эффекты опиоидов проявляются в большей степени, что связано с их негативным влиянием на моторику желудочно-кишечного тракта [2, 4].

С целью пролонгированной анестезии в раннем послеоперационном периоде, а также для снижения воспалительного процесса в зоне операции применяем препарат «Ксефокам» фирмы «Nycomed». При этом под видеоконтролем после отделения желчного пузыря от ложа, до удаления его из брюшной полости, через переднюю брюшную стенку производим пункцию круглой связки печени тонкой длинной иглой. Ксефокам вводим в дозе 16 мг. В дальнейшем в первые сутки послеоперационного периода препарат вводим внутримышечно в дозе 8 мг 3 раза.

Приведенная выше методика была использована у 52 больных (основная группа), оперированных в плановом и отсроченном порядке по поводу хронического (13 больных) и острого калькулезного холецистита (39 больных). Одновременно были обследованы 50 больных (группа сравнения), которым ЛХЭ выполняли по поводу хронического (15 больных) и острого холецистита (35 больных). В этой группе с целью обезболивания в ближайшем послеоперационном периоде применяли 2% раствор промедола (тримеперидина) по 1,0 мл внутримышечно.

Интенсивность болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по шкале вербальной оценки (табл. 1).

Таблица 1

Оценка интенсивности болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде

Интенсивность боли	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
0 – нет	0	0	0	0
1 – слабая	40	76,9	7	14
2 – умеренная	10	19,2	28	56
3 – сильная	2	3,9	15	30
4 – очень сильная	0	0	0	0
Всего	52	100	50	100

В основной группе у 40 (76,9%) больных в ближайшем послеоперационном периоде отмечались слабые боли и у 10 (19,2%) — умеренные. Сильный болевой синдром наблюдали у 2 (3,9%) пациентов с повышенным порогом болевой чувствительности. Этим больным были вынуждены дополнительно ночью ввести однократно 1,0 мл 2% раствора промедола, далее обезболивание проводили ксефокамом. Очень сильных болей в основной группе не было. В контрольной группе в ближайшем послеоперационном периоде у 15 (30%) больных отмечены сильные боли, а у 28 (56%) больных — умеренные. Слабый болевой синдром наблюдался лишь у 7 (14%) пациентов.

Приведенные данные указывают на эффективность «упреждающей» аналгезии ксефокамом, вводимым в круглую связку печени: болевой синдром у больных основной группы был выражен значительно меньше. Побочные эффекты в контрольной и основной группе представлены в табл. 2.

В группе сравнения 26 больным промедол вводился трижды (вечером в день операции, утром и вечером на 2-е сутки после операции). У 8 больных, ввиду выраженного болевого синдрома, промедол вводился четырежды (в первые часы после операции, вечером в день операции, утром и вечером на 2-е сутки после операции). У 10 больных промедол вводился дважды, т.к. повторное введение

наркотического анальгетика вызывало слабость, головокружение, тошноту, рвоту. У 4 больных после однократного введения промедола отмечались снижение АД, выраженная слабость, головокружение, тошнота, рвота. После однократного введения промедола развилось психомоторное возбуждение у 1 больного и кратковременная потеря сознания у 1 больного. При возникновении побочных реакций промедол отменяли и заменяли его ненаркотическими анальгетиками.

Таблица 2

**Сравнительная оценка побочных эффектов обезболивания
в послеоперационном периоде**

Побочные эффекты	Ксефокам (n)	Промедол (n)
Тошнота	0	14
Рвота	0	14
Слабость	0	14
Головокружение	0	14
Снижение АД	0	4
Потеря сознания	0	1
Психомоторное возбуждение	0	1

У больных, получавших ксефокам, побочных эффектов выявлено не было.

С целью оценки противовоспалительного действия ксефокама в зоне операции в послеоперационном периоде больным проводили ультразвуковое исследование. Для более объективной оценки сравнивали больных, оперированных по поводу острого холецистита. Ультразвуковыми критериями неблагоприятного течения считали: наличие жидкостных образований в подпеченочном пространстве, инфильтрацию тканей ложа желчного пузыря, плотные инфильтративные образования в зоне операции (табл. 3).

Таблица 3

**Сравнительная оценка воспалительных изменений в области
операции, по данным УЗИ**

Осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	n=39	%	n=35	%
Жидкостные образования	0	0	4	11,4
Плотные инфильтраты	0	0	2	5,7
Инфильтрация тканей ложа	3	0,7	18	51,4

В основной группе инфильтрация тканей в области ложа желчного пузыря выявлена у 3 (7,7%) больных из 39 оперированных по поводу острого холецистита. Биллом, абсцессов и плотных инфильтратов не обнаружено. В группе сравнения из 35 больных у 2 (5,7%) пациентов диагностированы плотные инфильтраты, а у 4 (11,4%) – жидкостные образования подпеченочного пространства, что явилось основанием для «усиления» антибактериальной терапии. Абсцедирования удалось избежать, но эти больные находились на стационарном лечении длительное

время (от 14 до 18 дней после операции). У 18 (51,4%) больных этой группы определялась инфильтрация тканей в зоне операции – от незначительной до умеренно выраженной.

Таким образом, апробация предложенного нами нового способа введения препарата «Ксефокам» в круглую связку печени во время ЛХЭ и пролонгированного применения его в течение первых суток послеоперационного периода оказалась эффективной и заслуживает дальнейшего клинического применения. В 96,2% случаев был отмечен стойкий анальгезирующий эффект, позволяющий отказаться от использования наркотических препаратов и избежать присущих им побочных негативных проявлений у 100% больных. Неспецифическое противовоспалительное действие препарата способствовало уменьшению количества послеоперационных осложнений. Метод интраоперационного введения ксефокама в круглую связку печени под контролем лапароскопа является простой, безопасной и общедоступной манипуляцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахова А.В. // Безопасность лекарств. Бюлл. 2. – 1998. — С. 3-8.
2. Лебедева Р.Н., Никода В.В. Фармакотерапия острой боли., —М., 1998. — 184 с.
3. Овечкин А.М., Карпов И.А., Люосев С.В. // Анестезиология и реаниматология . – 2003. — № 5. — С. 45-50.
4. Осипова Н.А. //Анестезиология и реаниматология. – 1998. — № 5. – С. 11-15.
5. Осипова Н.А. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков. Методические указания. —М., 2001. — 24 с.

СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

В.К. Гостищев, К.В. Липатов, Ф.А. Фархат, С.В. Главацкий, С.В. Бычков
ММА им. И.М Сеченова

Характеризуя особенности возникновения и течения хирургических инфекций мягких тканей, нельзя не отметить, что в большей части случаев они являются проявлением неспецифической инфекции: разнообразные по своему видовому составу микроорганизмы вызывают сходные по патогенезу и клиническому течению заболевания. Значительно реже один микроорганизм может вызывать различные патологические состояния. В полной мере это относится к β -гемолизирующему стрептококку группы А (*Streptococcus pyogenes*) [3].

Патогенные свойства стрептококка связаны с биологическим действием на ткани и органы антигенов его клеточной стенки, токсинов и ферментов [5].

Наиболее полная классификация хирургической стрептококковой инфекции приводится в западной литературе. Авторы выделяют рожу, некротизирующий фасциит, стрептококковый мионекроз и хроническую пробуравливающую язву Мелени [2, 5].

В своей клинической практике мы чаще всего встречали три варианта течения стрептококковой инфекции. С одной стороны, это ее неспецифические проявления в виде острых гнойных заболеваний мягких тканей и гнойных ран, с другой – некротическая рожа и некротизирующий фасциит (с мионекрозом или без него).

Первая группа заболеваний встречается наиболее часто и имеет наименьшие отличия от аналогичных поражений, вызванных другими микроорганизмами. Два