

Учитывая нефизиологичность метода парентерального питания, во время его проведения необходимо тщательно контролировать функциональное состояние почек, печени, а также следить за гемодинамикой и возможными аллергическими реакциями. Исследование содержания глюкозы крови и кислотно-основного состояния при полном парентеральном питании мы выполняем ежедневно, электролитов плазмы крови, липидов, концентрацию билирубина и аминотрансфераз – раз в 3 дня. Общий суточный калораж после восстановления пассажа по кишечнику должен превышать потребность по номограмме на 25-30% за счет высококалорийных продуктов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Д.Н. Свистунов, В.В. Пономарев, А.Г. Шкуро, Н.А. Чернов
Калужская областная больница

По данным ВОЗ, во всем мире насчитывается 150 млн больных сахарным диабетом, а к 2010 г., по оценкам экспертов, их количество увеличится до 221 млн. У более чем четверти больных развиваются поражения нижних конечностей – синдром диабетической стопы, по поводу чего каждый час выполняется 55 ампутаций (5-8% ампутаций в год на 1000 больных).

Для оптимизации диагностики, объективного обследования и прогнозирования нами разработана и применяется таблица, всесторонне отражающая различные аспекты синдрома диабетической стопы: анамнез и жалобы, оценка выраженности деформаций стоп, нейропатии и ангиопатии, локализация и степень деструктивного процесса, компенсация диабета и сопутствующая патология, данные дополнительного обследования.

За период с 2003 по 2006 г. в отделении общей хирургии Калужской областной больницы получили лечение 68 больных (30 мужчин и 38 женщин) с гнойно-деструктивными формами синдрома диабетической стопы.

У большинства больных течение диабета было тяжелым и длительным (свыше 10 лет), с выраженными диабетическими осложнениями (ретинопатия, нефропатия и т.д.). С диабетом I типа пролечено 24 пациента, II типа – 44. У 14 больных диабет был впервые выявлен во время госпитализации. Все пациенты в обязательном порядке консультированы эндокринологом и ангиохирургом, а при наличии показаний – и другими специалистами (окулист, нефролог, невропатолог).

Нейропатическая форма синдрома диабетической стопы диагностирована у 22 больных, нейроишемическая – у 46. Стадии поражений по Вагнеру распределились следующим образом: III стадия – 24 больных, IV – 31, V – 13. В пяти наблюдениях течение болезни было осложнено сепсисом.

В лечении больных с синдромом диабетической стопы мы применяем комплексные органосохраняющие подходы. Так, необходимым условием консервативного лечения является коррекция гликемии с переводом больных на инсулинотерапию и лечение нейропатии (препараты тиоктовой кислоты, витаминные комплексы, седативные средства, физиотерапия), а также лечение сопутствующей кардиологической патологии. Важнейшим компонентом в лечении гнойно-деструктивных форм является антимикробная химиотерапия, на первом этапе проведения которой эмпирически мы назначаем антибиотики широкого спектра действия. После получения результатов бактериологического исследования вторым этапом проводится

антибиотикотерапия с учетом резистентности выделенной флоры. При назначении антибиотиков обязательно учитывается степень выраженности сопутствующей нефропатии.

У больных с тяжелыми системными воспалительными проявлениями проводится дезинтоксикационная терапия, а по показаниям – и иммунокоррекция. В обязательном порядке всем больным назначаются препараты для коррекции нарушений гемостаза и реологических параметров крови (препараты ацетилсалициловой кислоты, курантил и гепарин, гепариноиды, реополиглюкин). Лечение нейроишемической формы дополняется сосудистой терапией (трентал, препараты никотиновой кислоты, сермион, вазaproстан и т.п.), направленной на купирование явлений критической ишемии конечности. К лечению подобных больных привлекаются ангиохирурги для решения вопросов о возможности сосудистых реконструкций.

Консервативное лечение является важной частью комплексного подхода, неотъемлемо дополняющего этапное хирургическое лечение. Первым этапом оперативного лечения является хирургическая обработка гнойно-деструктивного очага. Так, из 68 пролеченных больных оперировано 50 (73,5%). Основными видами вмешательств являются вскрытие и дренирование флегмон (10 больных), в 8 случаях потребовались некрэктомии. Широко применяются малые ампутации – экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюневых костей (18 пациентов), ампутации стопы на разных уровнях (3 больных). В ряде случаев указанные виды оперативных вмешательств были неприемлемы, у 13 больных пришлось прибегнуть к «большим» ампутациям на уровне голени и бедра.

В экстренном и срочном порядке оперировано 35 больных, показаниям к вмешательствам в такие сроки мы считаем «влажную» гангрену конечности, флегмону и глубокие абсцессы стопы, неадекватно дренирующиеся гнойные раны и затеки. Планово прооперировано 15 больных, из них 10 – с хроническим остеомиелитом костей стопы, трое – с вторичными некрозами в ране и двое – с дефектами кожи и мягких тканей стопы.

Оправданным в послеоперационном периоде мы считаем назначение курса гипербарической оксигенации и физиолечения. Важным аспектом является продолжение консервативного лечения и местное лечение с учетом фазы раневого процесса. В первой фазе для «мягкого» очищения ран мы используем мази с фиксированными ферментами и физиолечение (обработка с использованием ультразвука и лазера, расфокусированного луча плазменного потока). Существенным является выбор перевязочного материала соответственно фазам раневого процесса (полупроницаемые пленки, губки, гидрогели и гидроколлоиды, альгинатные материалы и повязки с фиксированными лекарственными веществами). Разгрузка конечности достигается ее иммобилизацией и вспомогательными средствами. Ведется также борьба с отеком конечности с помощью эластичного бинта.

Важным этапом хирургического лечения являются различного рода восстановительные операции: кожная пластика, вторичные швы, а также сосудистые реконструкции в условиях отделения сосудистой хирургии.

Из 68 пролеченных больных умерли два пациента с сепсисом (2,9%). Причиной смерти послужило прогрессирование явлений полиорганной недостаточности.

За время пребывания в отделении общей хирургии повторные оперативные вмешательства потребовались 15 больным, показаниями к ним явилась неэффективность выполненных ранее вмешательств (12), у трех больных выполнены этапные некрэктомии и «высокие» ампутации. Пластические операции предприняты у трех больных.

На фоне проводимого лечения отмечены осложнения: нагноения раны (11 боль-

ных), пневмония (3), прогрессирование хронической почечной недостаточности (2), делириозные состояния (2 больных). Развившиеся острый инфаркт миокарда и острая задержка мочи потребовали выполнения эпицистостомии.

Повторные госпитализации, связанные с недостаточной эффективностью амбулаторного долечивания или повторным развитием деструктивных процессов, потребовались в семи наблюдениях.

Тактика лечения при гнойно-деструктивных формах синдрома диабетической стопы, основанная на комплексном междисциплинарном подходе, органосохраняющих принципах и современных достижениях медицинских технологий, позволяет добиться улучшения результатов лечения у больных с сахарным диабетом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*В.Т. Селиваненко, В.А. Дудаков, М.А. Мартаков, В.И. Шумский, П.В. Астахов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Хирургическое лечение посттравматических пороков сердца в настоящее время является одной из актуальных, но довольно редко освещаемых проблем современной кардиохирургии. Это объясняется большим количеством неудовлетворительных результатов лечения, спорностью определения показаний к хирургической коррекции, выбора методов операций и сроков их выполнения [3]. Своевременное оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе и специализированной помощи в общехирургических стационарах позволяют значительно улучшать результаты лечения [2].

Цель исследования – определение показаний, особенностей и оптимальных сроков выполнения хирургической коррекции посттравматических пороков сердца у больных, перенесших травму грудной клетки.

В отделении кардиохирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского находились под наблюдением 83 пациента с различными посттравматическими пороками сердца, 62 из них (74,7%) были оперированы. В результате травмы грудной клетки с поражением сердца развились следующие повреждения внутрисердечных структур: посттравматические дефекты межжелудочковой перегородки – 25 больных (30,1%), несостоятельность клапанного аппарата сердца – 32 (38,6%), из них у 26 больных (31,3%) повреждения сердца представлены недостаточностью митрального клапана, у пяти (6,1%) – недостаточностью аортального клапана и у двух (2,4%) – посттравматической недостаточностью трикуспидального клапана, сочетавшейся у одного больного с посттравматическим дефектом межжелудочковой перегородки. В шести случаях (7,2%) выявлены травматические повреждения синусов Вальсальвы с прорывом в камеры сердца. Посттравматические аневризмы левого желудочка встретились у трех пациентов (3,6%), у семи больных (8,4%) выявлен посттравматический перикардит с признаками сдавления камер сердца, у 10 пострадавших (12,1%) определялись инородные тела.

Среди всех 62 больных, оперированных по поводу посттравматических пороков сердца, было 50 мужчин (80,6%) и 12 женщин (19,4%) в возрасте от 7 до 66 лет, средний возраст – 35 лет. Время от момента травмы до оперативного лечения составило от нескольких часов до 23 лет, в среднем – 2 года, а от резкого ухудшения состояния до хирургической операции – полгода.