

Следующий этап комплексной терапии составляли методы эфферентной гемокоррекции (ЭГК). В течение последних 8 лет в составе отделения анестезиологии-реанимации функционирует Лаборатория эфферентных методов гемокоррекции и гемодиализа. За это время освоены и внедрены в широкую практику все основные методы ЭГК: гемосорбция, дискретный и мембранный плазмаферез с использованием плазмафильтров ПФМ-800 и более современных ПФМ-ТТ, ультрафиолетовое облучение крови (УФОК), лазерное облучение крови, изолированная ультрафильтрация, гемодиализ у больных с острой и хронической почечной недостаточностью, гемофильтрация, гемодиафильтрация, а также «каскадный метод». «Каскадный метод» представляет из себя комбинацию различных методов ЭГК в одном контуре (on line), что позволяет достигать одновременно эффекта нескольких методов ЭГК. Возможности Лаборатории в плане проведения методов ЭГК представлены в таблице, которая дана без учета проведенных гемодиализов, гемодиафильтраций, гемофильтраций и т. д.

Методы эфферентной гемокоррекции в комплексном лечении больных с распространенными гнойными процессами

Метод гемокоррекции	Количество сеансов			
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	всего сеансов
УФОК	80	900	980	1960
ЛОК	16	18	26	60
Гемосорбция	16	26	27	69
Плазмаферез	15	20	23	58

Таким образом, применение методов ЭГК в комплексном лечении распространенных гнойных процессов позволяет значительно быстрее добиться нормализации гомеостаза организма, а это, в свою очередь, ведет к более быстрому улучшению как состояния больных, так и прогноза при такой тяжелой хирургической патологии, как распространенные гнойные процессы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ПРОМЕЖНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Т.В. Складенко, В.А. Новиков

МУЗ «Коломенская ЦРБ», г. Коломна, Московская область

В Коломенской ЦРБ в период с 1997 г. по настоящее время лечились 22 больных с некротическими флегмонами передней брюшной стенки и промежности. Отмечается увеличение числа больных с данной патологией. Если за период с 1997 по 2000 г.

таких больных было 7, то за один 2004 г. пролечено 6 пациентов. Возраст больных варьирует от 3 месяцев до 92 лет, женщин – 11, мужчин – 11.

Большую группу составили больные сахарным диабетом I и II типов, различной степени тяжести; все они поступали в стационар в стадии декомпенсации. Таких пациентов было 8.

Флегмоны развились у больных в следующих случаях:

- после введения инсулина – 1;
- после флегмоны Фурнье – 1;
- после чрескожного дренирования желчного пузыря – 1;
- после операций по поводу перитонита, операций на кишечнике, которые осложнились нагноением послеоперационной раны, – 8 (в 5 случаях развитие флегмоны сопровождалось эвентрацией);
- после гинекологических операций, осложненных перитонитом, образованием межкишечных абсцессов, кишечной непроходимостью – 6;
- гематогенным путем – 5.

Развитие флегмон передней брюшной стенки, сопровождавшееся эвентрацией, имело место в следующих наблюдениях:

- у больного 57 лет, оперированного по поводу травматического разрыва тонкой кишки, перитонита;
- у больного 3 месяцев, оперированного по поводу язвенного энтероколита, осложненного перфорацией тонкой кишки и каловым перитонитом;
- у больного 73 лет, оперированного по поводу желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, вентральной грыжи;
- у больной 32 лет, оперированной по поводу некроза и перфорации дивертикула двенадцатиперстной кишки;
- у больной 67 лет, оперированной по поводу канцероматоза брюшины и тонкокишечной непроходимости.

Лечение больных проводилось на основании классических принципов терапии острой гнойной инфекции. Антибактериальная терапия назначалась с учетом результатов посевов содержимого ран на флору и чувствительность ее к антибиотикам.

Наиболее частыми возбудителями, которые выявлялись при посевах раневого содержимого, были: стафилококк, протей, кишечная палочка, синегнойная палочка, клостридии, анаэробные возбудители. В большинстве случаев, особенно при обширных, прогрессирующих флегмонах, гнойная инфекция была представлена микробными ассоциациями, а не монокультурой. Проводимая у наших пациентов комбинированная антибактериальная терапия основывалась на том, что антибиотики усиливают или дополняют действие друг друга. Препараты группы нитромидазолов (клион, метрогил, метронидазол, трихопол) получали 17 больных.

Течение болезни у большинства наших пациентов сопровождалось гнойной интоксикацией, для которой характерно наличие нескольких этиологических факторов: микробы, бактериальные и тканевые токсины. Это потребовало проведения комплекса дезинтоксикационной терапии, включая экстракорпоральные методы: группе больных (14) проводилось ультрафиолетовое облучение крови – от 3 до 7 сеансов. Больным, у которых были выявлены анаэробы, проводились сеансы гипербарической оксигенации (от 5 до 10 сеансов).

В отдельную группу выделены больные, страдающие сахарным диабетом. Течение заболевания у них сопровождалось декомпенсацией диабета, развитием кетоацидоза (у 4 больных), выраженным интоксикационным синдромом. Такой категории больных (8 человек) оперативное лечение проводилось неоднократно (от 2 до 5 раз). Это связано с тем, что при сахарном диабете наиболее выражено распространение инфекции по клетчатке, переход процесса на фасции и поражение мышц. Для этой группы больных показательным позднее обращение за медицинской помощью.

Всем больным с некротической флегмоной передней брюшной стенки и промежности проводилось оперативное лечение, целью которого было, по возможности, полное удаление пораженных тканей, вскрытие затеков. Операция заканчивалась адекватным дренированием. Все операции проводили под общим обезболиванием.

В лечении ран использовали: хлоргексидин, диоксидин, раствор марганцовокислого калия, химопсин, трипсин. Во второй и третьей фазах раневого процесса применяли мази на водорастворимой основе (левомеколь, левасин, диоксиколь). При обработке ран использовали ультразвуковую декавитацию. Сроки очищения ран зависели от обширности и глубины поражения, своевременности и адекватности оперативного лечения. У выздоровевших больных койко-день составил от 15 до 130. Есть группа больных (5 чел.), койко-день которых не превысил 20. В этой группе пациенты оперированы однократно, они не имели тяжелых сопутствующих заболеваний, своевременно обратились за медицинской помощью. Гнойно-некротический процесс в тканях был хорошо ограничен и имел небольшие размеры.

Заживление ран вторичным натяжением отмечено у 4 пациентов, в 8 случаях наложены вторичные швы, 3 больным выполнена аутодермопластика.

Умерли 7 больных: трое с сахарным диабетом, причиной смерти стал тяжелый интоксикационный синдром с развившейся полиорганной недостаточностью, у 2 из них развился сепсис; четверо в возрасте от 72 до 92 лет, причиной смерти которых стали тяжелая сопутствующая патология, обширный прогрессирующий гнойный и некротический процессы, интоксикационный синдром.

На основании наших наблюдений можно сделать следующие выводы:

- 1) число больных с данной патологией увеличивается;
- 2) развитию некротических флегмон передней брюшной стенки и промежности способствуют тяжелые сопутствующие заболевания, особенно сахарный диабет;
- 3) лечение больных с данной патологией должно быть комплексным и включать в себя неотложное оперативное вмешательство под общим обезболиванием с удалением пораженных тканей, интенсивную и рациональную антибактериальную и адекватную дезинтоксикационную терапию.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Ю.Л. Шевченко, К.В. Лядов, Ю.М. Стойко, А.Л. Соколов,
Н.А. Ермаков, В.Г. Гудымович, С.В. Лавренко, Е.О. Белянина
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова*

Различными формами варикозной болезни (ВБ) страдает в нашей стране более 30 млн. человек, при патологии вен нижних конечностей ежегодно выполняется 125 тысяч операций. В настоящее время в России более 80% больных ВБ оперируются в общехирургических стационарах, что не позволяет считать вопросы хирургического лечения этих пациентов узкой флебологической проблемой.

В традиционном хирургическом лечении преобладают операции стандартного объема, при определении которого редко учитываются результаты ультразвукового ангиосканирования, что связано или с отсутствием аппаратуры, или с неподготовленностью специалистов. Традиционно применяемые хирургические вмешательства характеризуются довольно высокой травматичностью, не всегда удовлетворяют эстетическим требованиям, сопровождаются длительным периодом послеоперационной нетрудоспособности. Высокая частота данной патологии делает понятной медицинскую и социальную значимость проблемы. Появление в последние десятилетия высокоинформативных методов диагностики, малоинвазивных хирургических технологий и эффективной консервативной терапии хронической венозной недостаточности (ХВН) создает условия для оптимизации диагностической и лечебной тактики за счет внедрения новых методов лечения ВБ, не требующих длительной госпитализации, сопровождающихся хорошими функциональными и эстетическими результатами.

В период 2001–2005 гг. на обследовании и лечении в клиниках и амбулаторно-поликлинических подразделениях Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова находилось бо-