

основании растительные лекарственные средства можно рассматривать как регулирующие фармакологические системы, биологически активные вещества которых имеют множество точек приложения на разных уровнях биологической организации, благодаря чему оказывают модулирующее и интегрирующее влияние на функции нервной, эндокринной и иммунной систем. Такой подход в составлении исходных прописей препаратов прослеживается в тибетской традиции врачевания, а также в других традиционных медицинских системах. С этих позиций может быть сформирована новая платформа для дизайна комплексных лекарственных препаратов, оказывающих модулирующее влияние на основные регуляторные системы организма.

К.В. Николаева, В.Е. Хитрихеев, О.И. Сиденов, А.С. Семёнов, Ю.Д. Доржиев

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова» (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)**

Последние 40 – 50 лет характеризуются значительным ростом числа больных, страдающих сахарным диабетом. По оценкам экспертов, число больных диабетом на нашей планете в 2000 г. составило 175,4 млн. человек, а к 2010 г. увеличится до 233,4 млн. человек. По данным Всемирной организации здравоохранения, во всех странах мира насчитывается более 120 млн. человек, сахарный диабет у которых не выявлен. Среди хирургической патологии у больных сахарным диабетом основное место занимают гнойно-некротические поражения стоп, результаты лечения которых нельзя признать удовлетворительными, так как процент ампутации конечностей при этом остаётся довольно высоким.

Цель исследования: оценка результатов лечения в отделении гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им В.В. Ангاپова г. Улан-Удэ, за период 2001 – 2007 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 6 лет в отделении пролечено 145 пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС), что составило в структуре заболеваний отделения 3,4 % случаев. Среди пролеченных 30 (20,6 %) мужчин и 115 (79,3 %) женщин, из них 109 (75,1 %) больных старше 60 лет. 97 (66,8 %) больных страдали сахарным диабетом (СД) II типа. При сборе анамнеза выяснено, что пусковым механизмом образования язвы на стопе явились микротравмы (мозоли, потертости, трещины и т.д.).

По формам патологического процесса больные распределились следующим образом (табл. 1)

Таблица 1

Распределение больных диабетом по формам патологического процесса

Форма патологического процесса	Количество больных
Нейропатия	12 (8,2 %)
Ангиопатия	26 (17,9 %)
Нейроангиопатия	107 (73,7 %)

Основная масса больных имела смешанную форму поражения стоп.

Существуют различные классификации для оценки обширности гнойно-некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом. Мы используем классификацию (Вагнер Е.А., 1979), которая основывается на двух факторах: глубина язвы и степень развития гангрены. Данная классификация позволяет решить две очень важные задачи — дать оценку обширности гнойно-некротических поражений и стандартизировать план лечения. Во II стадии процесса поступил 21 (14,5 %) пациент, в III — 34 (23,4 %), в IV — 71 (49 %), в V — 19 (13,1 %). 85,5 % больных поступили с запущенными гнойными процессами в области стоп. Практически все больные поступали в отделение с декомпенсацией СД, множественными сопутствующими заболеваниями (ИБС, ХНЗЛ, СЗГМ и т.д.).

В предоперационном периоде все больные получали комплексную медикаментозную терапию, которая включала в себя компенсацию сахарного диабета, антикоагулянтную терапию, вазоактивные препараты, коррекцию болевого синдрома, системную антибактериальную терапию, коррекцию вolemических нарушений, коррекцию сопутствующих патологий. Вне зависимости от формы СД, степени выраженности и локализации процесса все больные с СДС переводились на инсулин. Применялись также препараты, улучшающие реологию крови: сосудорасширяющие средства, антикоагулянты, спазмолитики, обезболивающие и другие.

Изучение микрофлоры ран выявило преобладание полимикробной флоры, среди которых преобладавал стафилококк (*St. aureus*) и кишечная палочка (*E. coli*). В 93,6 % случаев выделяются ассоциации с участием факультативно и облигатно анаэробных неклостридиальных микроорганизмов. Наличие множественных ассоциаций в гнойно-некротическом очаге сочетается с высокой микробной обсемененностью тканей раны — 106 — 1011 микроорганизмов в 1 г ткани. Проводилась целенаправленная антибактериальная терапия с учетом высеваемой микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Нами применялись, как правило, 2 антибиотика разных групп (по механизму действия — бактериостатические + бактерицидные) в сочетании с метронидазолом. Все больные, поступившие в отделение, были оперированы. По объему операции распределились следующим образом: ампутация бедра — 32 (56,1 %), голени — 2 (3,6 %), стопы — 1 (1,7 %), пальцы стоп — 11 (19,3 %) и некрэтомии с последующим закрытием ран — 11 (19,3 %).

При закрытии ран стопы после их очищения нами использовалась аутодермопластика, вторичные швы. Летальность в отделении составила 10,3 % (15 больных). Среднее пребывание больных СДС в стационаре составило $27,2 \pm 2,3$ койко-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, объем и характер операции определялся дифференцированным подходом в зависимости от выраженности гнойно-воспалительного процесса и преобладания поражения магистральных сосудов и микроциркуляторного звена. При выборе тактики оперативного лечения больных с СДС решающим принципом должно быть максимальное сохранение тканей конечностей и обеспечение качества жизни больного.

В.И. Осипов, И.Г. Легких, Ф.Р. Чепцов

К ВОПРОСУ ПРИЧИННОСТИ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН

МУЗ «Городская клиническая больница № 1» (Чита)

Забрюшинная флегмона — одно из относительно редких осложнений гнойно-деструктивных заболеваний внутри- и внебрюшинных органов, которые незадолго до этого предшествовали ей. Естественно, она утяжеляет состояние организма больного, возможен сепсис. Такое осложнение случается при панкреонекрозе, гнойном процессе в почке, после травм поясничной области и при других заболеваниях. Принято считать, что занос микробов в забрюшинное пространство осуществляется по гематогенному, лимфогенному путям или по межтканевым промежуткам.

Однако забрюшинная флегмона случается и в отдаленном послеоперационном периоде: спустя месяцы и годы после операции или у лиц, не оперированных, но перенесших какое-то острое воспаление.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализировано 36 случаев таких «отдаленных» забрюшинных флегмон среди взрослых пациентов, оперированных в экстренном порядке по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложнившихся перитонитом, и неоперированных (2002 — 2007 гг.) (табл. 1).

Таблица 1

Результат анализа был сопоставлен с данными экспериментальных исследований (20 кошек) по изучению последствий фибринозно-гнойного перитонита — спаечной болезни, состояния крово-, лимфообращения, что позволило подтвердить мнение некоторых исследователей о механизме возникновения забрюшинной флегмоны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во-первых, была установлена высокая причастность перитонита к деструкции брюшинных листов, замещение поврежденных участков соединительно-тканевыми маловаскуляризованными «напластованиями», фиксирующими между собой несколько петель кишки, сальника и др. даже спустя год и более после излечения от перитонита. При этом также существенно нарушалась архитектура крово-, лимфососудистого русла в зоне бывшего воспаления, утрачивалось нормальное строение некоторых забрюшинных лимфоузлов, тромбоз синусоидов (данные гистологического исследования). Во-