

клетчатки. В подавляющем большинстве осложнения отмечены при имплантации поверх апоневроза. Это объясняется широкой мобилизацией кожно-подкожных лоскутов, сопровождающейся пересечением множества кровеносных и лимфатических сосудов, реакцией подкожной клетчатки на протез, сопутствующими микроциркуляторными нарушениями. Во всех случаях избегали широкого разведения раны, использования тампонов. В трех случаях производилось иссечение некротических тканей. В одном случае мы были вынуждены пойти на удаление имплантата после формирования прочного рубца из-за сопутствующего целлюлита.

Обработку осложненных ран проводили путем ежедневных ревизий зондом (при серомах) и промыванием антисептиками через катетер (при нагноениях). В 4 случаях сформировались лигатурные свищи, источником которых явились капроновые лигатуры в подкожной клетчатке. После иссечения этих лигатур отмечено быстрое заживление. После

операции Лихтенштейна в семи случаях развивался орхоэпидидимит. Средняя длительность пребывания в стационаре при отсутствии осложнений составила 10,3; при осложнениях — 18,7 дней.

Таким образом, имплантация в подкожную клетчатку на апоневроз является менее желательной из-за более частого развития таких раневых осложнений, как серомы, гематомы и некрозы кожно-подкожных лоскутов. При выборе этого метода пластики считаем обязательным использование проленового шовного материала для фиксации протеза. Это позволит избежать возникновения лигатурных свищей. Для продления срока функционирования дренажей Рэдона необходима ежедневная санация последних с аспирацией сгустков и фибрина. В случае возникновения гнойных раневых осложнений необходимо воздерживаться от традиционных методов широкого дренирования раны и ограничиться ежедневными промываниями полостей через катетер до полного заживления.

Е.С. Шигаев, Д.Г. Данилов, С.Н. Леонова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В связи с ростом количества больных, перенесших эндопротезирование, проблема профилактики и лечения раневой инфекции становится особенно актуальной. Инфекция после тотального эндопротезирования является тяжелым осложнением, следствием которого может быть удаление эндопротеза, развитие остеомиелита и смерть больного.

При решении вопроса о сохранении или удалении эндопротеза, перепротезировании после развития гнойных осложнений основными критериями являются: стабильность компонентов эндопротеза, выраженность гнойного процесса и частота обострений, функция в протезированном суставе.

Анализ результатов лечения 33 пациентов с гнойными осложнениями после эндопротезирования тазобедренных (31) и коленных (2) суставов, проходивших лечение в отделении последствий травм, осложненных гнойной инфекцией Иркутского ИТО, позволил нам определить тактику лечения данной категории больных.

Решение вопроса об удалении эндопротеза зависело от стабильности компонентов эндопротеза и оценки возможности санации гнойно-некротического очага в его области без нарушения стабильной фиксации компонентов эндопротеза. При имеющейся или возникшей в процессе санации нестабильности одного или всех компонентов эндопротеза у 14 (42,4 %) пациентов вы-

полнялось удаление металлоконструкции, некрэквезтрэктомия, дренирование послеоперационной раны с обязательной установкой внутрикостного дренажа в проксимальном отделе бедренной кости.

При стабильной фиксации компонентов эндопротеза (19 пациентов — 57,6 %) выполнялось удаление всех прилежащих тканей, вовлеченных в гнойно-некротический процесс без нарушения стабильной фиксации компонентов эндопротеза, дренирование зоны эндопротеза перфорированными трубчатыми дренажами, катетеризация глубокой огибающей подвздошную кость артерии для осуществления длительных внутриартериальных инфузий. Всем 19 пациентам удалось сохранить эндопротез, однако, в дальнейшем, конструкции были удалены у 14 больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет после санации. Причиной удаления во всех случаях явились развившаяся нестабильность компонентов эндопротеза и рецидивы гнойного процесса. У всех пациентов, которым выполнено удаление эндопротеза, был диагностирован хронический травматический остеомиелит проксимального отдела бедренной кости и костей таза.

Таким образом, технические трудности и погрешности при установке эндопротеза и, как следствие, нестабильность его компонентов и повторные оперативные вмешательства, направленные

на его укрепление, являются одним из ведущих факторов развития инфекционных осложнений.

Санация некротически-гнойного очага в области эндопротеза без нарушения его фиксации позволяет сохранить металлоконструкцию практически у всех оперированных больных на срок от 6

месяцев до 2 лет, но не гарантирует стойкой ремиссии гнойного процесса.

Радикальная санация некротически-гнойного очага в области эндопротеза возможна только при удалении эндопротеза независимо от вида и удельного количества микрофлоры в очаге поражения.

В.В. Шимко¹, О.П. Симонова², В.И. Новолодский¹, А.В. Кириллов², Л.К. Решетникова¹

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ И ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

¹ Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

² Муниципальная поликлиника № 3 (Благовещенск)

В различных лечебных учреждениях первичная обращаемость по поводу гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки в структуре хирургических болезней колеблется от 15 до 55 %, в среднем составляет около 30 %.

Данная патология входит также в число неотложных оперативных вмешательств в поликлинике.

К острым гнойно-воспалительным поражениям кожи и мягких тканей, которые могут успешно лечиться в амбулаторных условиях, относятся:

1. Фурункул и фурункулез;
2. Карбункулы;
3. Гидрадениты;
4. Маститы;
5. Абсцессы и флегмоны;
6. Панариции.

Все перечисленные заболевания имеют двухстадийность развития. Первая — отечно-инфильтративная стадия воспаления, обратимая и при комплексном консервативном лечении заканчиваясь без хирургического вмешательства.

С другой стороны, рано и правильно выполняемая операция в гнойно-некротической стадии в сочетании с консервативной терапией включающая низкоинтенсивное лазерное излучение, сокращает срок лечения заболевания, улучшает его функциональный исход, уменьшает затраты на лечение.

С 1999 года в клинике хирургических болезней при лечении гнойно-воспалительных заболеваний находит широкое применение низкоинтенсивное лазерное излучение. Для этих целей нами используются лазерные аппараты ЛА-2, Кр-Ик, Магик (Институт медицинской физики имени У.Х. Копвиллема, г. Владивосток), Милта-Ф-8-01 (ЗАО НПО космического прибора строения «ООО Символ», г. Москва): длина волны — от 0,65 до 0,85 мкм, выходная мощность аппарата — от 10 до 150 мВт. Мощность аппаратов контролируем перед началом процедуры с помощью фотозлектрического измерителя мощности излучения.

Целью нашей работы явилось определение эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении гнойно-воспалительных заболеваний

кожи и подкожной клетчатки не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. Низкоинтенсивное лазерное излучение при лечении гнойных ран оказывает противовоспалительное действие, усиливает фагоцитоз, пролиферацию клеточных элементов соединительной ткани, при этом ускоряется заживление ран.

Нами проанализированы результаты лечения гнойных ран с использованием лазерного излучения у 68 пациентов. Группу сравнения составили 33 больных с аналогичными заболеваниями, у которых в лечении ран применялись протеолитические эффекты, водорастворимые мази, куриозин, водные растворы хлоргексидина, гипертонический раствор хлорида натрия и др.

Методика местного лечения заключалась в ежедневном, начиная со следующего дня после операции и до появления краевой эпителизации, облучения в течение 13–20 минут при плотном потоке мощности от 0,3 до 5 мВт/см, которая зависит от размеров раны. При этом плотность энергии излучения составила от 0,2 до 0,6 Дж/см. По окончании процедуры на рану накладываем повязку с ранее перечисленными препаратами.

Течение раневого процесса и эффективность лечения оценивали по клинической картине с учетом сроков некролиза, появления грануляций, начала эпителизации, сроков заживления, так же данных цитологических и цитохимических исследований отпечатков с поверхностных ран, определения микрофлоры. Средние сроки некролиза, появления грануляций и начала эпителизации составили 6 ± 2 дня. При лечении гнойных ран гелий-неоновым лазером через 4–5 дней раны очищались от некротических тканей, наблюдалась краевая эпителизация, что в 2 раза меньше, чем в группах сравнения.

Таким образом, использование низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки позволяет уменьшить сроки некролиза, ускорить появления грануляций и эпителизации, что сокращает сроки нетрудоспособности и повышает качество жизни пациентов.