

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Г.Н., Галеев М.А., Сахаутдинов В.Г. и др. Остеомиелит. — М., 1986. — 207 с.
2. Васюков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы стопы и голени. — М., 1993. — 160с.
3. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача. — М., 1987. — 320 с.
4. Предраковые состояния / под ред. Р.Л. Картера. Пер. с англ. — М., 1987. — 429 с.
5. Тератология человека: Руководство для врачей / под ред. Г.И. Люзика. — М., 1991. — 480 с.
6. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. — М., 1999.
7. Marks R. Sundamaged Skin / Martin Dimitz LTD. — 1992. — 72 p.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КАРБУНКУЛАМИ

К.В. Липатов, Ф.А. Фархат, Н.Н. Фомин, Р.В. Лапин, С.В. Бычков
ММА им. И.М.Сеченова

Карбункул представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление нескольких расположенных рядом волосяных фолликулов и окружающей подкожной жировой клетчатки. В последние годы отмечено увеличение количества больных с карбункулами [1, 4]. Заболевание наиболее часто имеет стафилококковую этиологию и характеризуется выраженностью как местных, так и общих воспалительных явлений [2, 3, 4]. Особенной тяжестью характеризуются карбункулы, расположенные в области головы и шеи, в том числе у больных, страдающих сахарным диабетом [2, 4].

За 10-летний период под нашим наблюдением находилось 252 пациента с карбункулами различной локализации. Чаще всего это была спина — 52 (20,6%) больных, ягодичная область — 33 (13%), бедро — 48 (19%) и задняя поверхность шеи — 47 (18,6%) пациентов. Значительно реже воспалительный процесс находился на верхней конечности — 12 (4,8%), голени — 19 (7,5%), передней брюшной и грудной стенках — 19 (7,5%) и др.

Половых различий по заболеваемости мы практически не отметили. Женщин было немногим более половины — 132 (52,4%). При этом преобладали лица трудоспособного возраста.

По данным литературы известно, что карбункулы достаточно часто возникают у лиц, страдающих сахарным диабетом. Согласно же нашим данным, сахарный диабет был отмечен лишь у 31 (12,3%) больного. С другой стороны, именно у этой категории пациентов патологический процесс отличался распространенностью, склонностью к прогрессированию, что создавало трудности при лечении.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке в гнойно-деструктивной стадии воспалительного процесса, что и определяло показания к проведению неотложного хирургического вмешательства. Объем операции был типичным для этой категории больных и заключался в рассечении карбункула и выполнении некрэктомии с последующим местным лечением раны. Определенные различия касались хирургического доступа к гнойно-некротическому очагу. Чаще всего это был традиционный крестообразный разрез, обеспечивающий хорошие условия для выполнения некрэктомии. Подобным образом было оперировано 174 (69%) больных.

Наряду с достоинствами, хотелось бы отметить и негативные моменты данного оперативного приема. В ряде случаев крестообразный разрез приводил к выраженной ишемии апикальной части 4 образующихся треугольных лоскутов с последующим развитием краевых некрозов кожи, так как радикальная некрэктомия в этих случаях зачастую приводит к «скелетированию» кожи с нарушением кровоснабжения и ишемией. Второй негативный момент крестообразного разреза заключается в сокращении в послеоперационном периоде образованных кожных лоскутов и увеличении за счет этого площади раны, которая в этом случае приближается по форме к круглой. Все эти моменты увеличивают сроки заживления раны вторичным натяжением либо создают не самые благоприятные условия для ее хирургического закрытия на заключительном этапе лечения. С нашей точки зрения, крестообразный разрез показан при сравнительно небольших карбункулах (до 3 см в диаметре), когда заживление послеоперационной раны будет идти вторичным натяжением.

У 48 (19%) больных рассечение карбункула производилось одним линейным разрезом, выходящим за пределы воспалительного инфильтрата. Следует отметить, что речь идет о карбункулах размерами не менее 4 см в диаметре. Положительными сторонами подобного доступа можно считать удовлетворительные условия для проведения некрэктомии, а также образование послеоперационной раны линейной формы, которая хорошо заживает вторичным натяжением или удобна для наложения вторичных швов. Негативные моменты заключаются в том, что при карбункулах размерами более 5-6 см с выраженными расстройствами микроциркуляции кожи над инфильтратом нередко формирование краевых некрозов кожи, требующее выполнения повторной хирургической обработки. Такие раны долго очищаются – до 14-18 суток, а их кожные края из-за перенесенного воспалительного процесса, как правило, становятся малопригодными для выполнения восстановительных операций.

Оптимальным, с нашей точки зрения, является иссечение измененной кожи в зоне карбункула двумя дугообразными разрезами с проведением радикальной некрэктомии из образовавшейся широкой раны. Подобная методика была использована нами в последние годы у 23 (9%) больных. Преимущества данного подхода несомненны. Адекватная хирургическая обработка позволяет в течение 5-7 суток добиться ликвидации гнойно-некротического процесса и перехода раневого процесса во II фазу. Относительный недостаток заключается в большей площади постнекрэктомических ран по сравнению с другими вариантами некрэктомии. Проблема с успехом решается выполнением местнопластических операций, когда края раны мобилизуются в виде кожно-жировых лоскутов, и она закрывается путем их одномоментного или дозированного растяжения. Заживление раны происходит путем образования линейного рубца, и пациентам не требуется амбулаторное долечивание. Обязательным условием для реализации описанного выше подхода к хирургической некрэктомии считаем наличие достаточного запаса окружающей кожи, способной к растяжению. При огромных, более 10 см в диаметре, карбункулах с выраженными некротическими изменениями кожи мы были вынуждены завершать лечение ран выполнением аутодермопластики расщепленным лоскутом. Однако подобная распространенность патологического процесса (под нашим наблюдением находились 2 таких больных) является редкостью и связана с поздним обращением больных, затянувшимся консервативным лечением, особенностями макроорганизма.

Одной из особенностей радикальных некрэктомий является интраоперационная кровопотеря. Особенно это касается обширных поражений хорошо кровоснабжаемых областей, в частности, задней поверхности шеи. В этих случаях, с целью уменьшения объема одномоментной кровопотери нередко приходилось выполнять этапные некрэктомии.

Отдельно стоит остановиться на лечении карбункулов у больных с сахарным диабетом. Даже выполнение одномоментного радикального оперативного пособия зачастую не даёт удовлетворительного результата. Это объясняется тяжелым течением инфекционного процесса на фоне декомпенсации диабета.

Практически у более 90% пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечено прогрессирование гнойно-некротического воспаления, требующее повторных некрэктомий. Успех хирургического лечения этой категории больных зависит от степени коррекции гликемии и адекватной антибактериальной терапии. Удовлетворительный результат наблюдается не ранее 5-8 суток с момента первичной операции.

Согласно данным литературы, радикальная некрэктомия при лечении больных с карбункулами далеко не всегда находит одобрение, а временами даже подвергается жесткой критике. Наши исследования подтверждают обратную точку зрения – радикальная некрэктомия при лечении карбункулов при соблюдении всех правил лечения больных с гнойными ранами является предпочтительной, позволяет добиться скорейшего стихания воспалительного процесса и заживления раны. Возможно, исключение составляют пациенты с карбункулами лица, где нежелательно образование дефектов тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнойная хирургия: Атлас / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко. – М., 2004. – 558 с.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., 1996. – 416 с.
3. Хирургическая инфекция – клиника, диагностика, лечение / Руководство для военных врачей, под ред. Э.А. Нечаева. – М., 1993.
4. Хирургические инфекции / Руководство, под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпкинова. – СПб., 2003. – 864 с.

ТРУДНОСТИ И ОПАСНОСТИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ A.CIRCUMFLEXA ILIACA PROFUNDA

Г.Ю. Литвак

Подольская городская больница № 2

Гнойно-некротические осложнения сахарного диабета, ухудшающие его течение и приводящие к ранней инвалидизации больных, занимают одно из ведущих мест в гнойной хирургии. Хирургическое отделение больницы №2 г. Подольска активно занимается изучением различных аспектов этой проблемы с 1978 года. Сложившийся подход к лечению этой категории больных основывается на максимальной хирургической обработке раны с возможно более полным сохранением анатомической целостности нижней конечности, использовании внутривенной детоксикационной и внутриартериальной антибактериальной терапии, инсулинотерапии, мазевых повязок на основе полиэтиленгликоля.