

Д.А. Нурмаков

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
(г. Алматы, Республика Казахстан)*

Как известно, у больных с длительной наркотической зависимостью на фоне вторичного иммунодефицита имеет место неблагоприятное течение гнойно-воспалительных процессов. В этой связи возникает настоятельная необходимость в разработке новых методов улучшения результатов местного лечения длительно незаживающих гнойных ран у больных наркоманией.

Нами изучены результаты лечения гнойных ран у 154 больных наркоманией с длительностью наркотической зависимости от 1 до 20 лет. Все больные были распределены на две группы. Традиционное лечение гнойных ран проводилось 89 пациентам контрольной группы. Основную группу составили 65 больных, которым местное лечение осуществлялось с применением 0,06% раствора гипохлорита натрия, плацентарной ткани человека и иммуномодулятора «Беталейкин» (предварительный патент на изобретение № 15100). Отмечена достоверная зависимость сроков заживления гнойных ран от длительности наркотической зависимости. Так, у пациентов со стажем наркомании свыше 6 лет имело место неблагоприятное течение гнойного процесса, плохо поддающееся традиционному лечению. Раны у них выглядели бледными, со слабо выраженными признаками воспаления по краям, плохо очищались от гнойно-некротической ткани и отмечалась замедленная грануляция. Исследование иммунного статуса позволило выявить существенные нарушения иммунологической реактивности организма у данной категории больных. В частности, вторичный иммунодефицит у них характеризовался преимущественным дефектом Т-системы иммунитета, натуральных киллерных клеток и клеточных факторов неспецифической резистентности организма.

Местное применение 0,06% раствора гипохлорита натрия и ткани плаценты человека насыщенной иммуномодулятором «Беталейкин» по предложенной методике оказывало выраженное бактерицидное, некролитическое действие и приводило к активизации процесса освобождения раны от девитализированных тканей. Применение гипохлорита натрия обеспечивало быструю нейтрализацию кислого содержимого раны, создавая условия для оптимального действия ферментных систем и биологически активных веществ плаценты на фоне щелочного pH. Применение в комплексе лечения ткани плаценты оказывало стимулирующее действие на репаративные и ранозаживляющие процессы в ране. Препарат «Беталейкин» способствовал более быстрому восстановлению ряда местных показателей неспецифической резистентности, а именно индукции синтеза интерлейкина-8 клетками воспалительного очага с усилением функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов.

Д.А. Нурмаков

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
(г. Алматы, Республика Казахстан)*

Проблема ранней диагностики гнойно-септических постинъекционных осложнений у больных наркоманией в настоящее время становится одной из актуальных в хирургии, что обусловлено неуклонным ростом частоты их возникновения, а также трудностями в определении стадии воспалительного процесса и оценки состояния магистральных сосудов в зоне патологического очага.

Нами обследовано 154 больных наркоманией с гнойными постинъекционными осложнениями (инфильтраты, нагноившиеся гематомы, абсцессы и флегмоны), которые локализовались в типичных зонах введения наркотиков. Течение гнойно-воспалительного процесса у больных наркоманией имеет свои особенности и напрямую зависит от сроков наркотической зависимости. Так, у 34 больных (22,1 %) со стажем наркомании до 3-х лет мы не отметили каких-либо отличий в клинике от обычных пациентов, в то время как у больных с более длительной наркотической зависимостью клиника гнойных осложнений проявлялась в стертой форме. Несмотря на то, что повышение температуры тела, лейкоцитоз и регионарный лимфаденит являются классическими признаками воспаления, более чем в 40 % случаев мы их не выявили. Сепсис был диагностирован у 19 (12,4 %) больных, причем классические симптомы сепсиса (выраженные гемодинамические нарушения, лихорадка, потрясающие ознобы) примерно в 30 % случаев были не постоянными признаками, либо отсутствовали. У 44 (28,6 %) больных со стажем наркотической зависимости свыше 6 лет,

вследствие ареактивности организма и в случаях глубокого расположения гнойно-воспалительного очага в проекции магистральных сосудов, местные проявления воспаления отсутствовали или были не четко выражены, что потребовало для уточнения диагноза выполнения ультразвукового исследования по предложенной нами методике (предварительный патент на изобретение № 14606). Предлагаемый способ ультразвуковой диагностики позволил производить динамическое наблюдение за состоянием тканей в паравазальной области, определение степени вовлечения в патологический процесс кровеносного сосуда, изучение величины пульсации сосудистой стенки, размеров просвета сосуда на протяжении, резистентности сосудистой стенки, скорости кровотока и гидродинамического сопротивления в сосуде, определять тактику и объем оперативного лечения в зависимости от вовлечения в патологический процесс кровеносного сосуда и состояния сосудистой стенки. Все это позволило уменьшить число послеоперационных осложнений, наиболее грозным из которых является аррозивное кровотечение из магистральных сосудов.

Т.Н. Обьеденникова, В.В. Усов, С.М. Терехов, С.В. Якушин, Е.Е. Мартыненко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)**

Система активного хирургического лечения термических поражений (Атясов, 1972) является общепринятой и позволяет успешно лечить больных с тяжелой ожоговой травмой. Однако лечение «критических» и «сверхкритических» ожогов (свыше 40 % поверхности тела) остается нерешенной проблемой. До сих пор нет единых взглядов на выбор оптимальных сроков и способов выполнения оперативных вмешательств, направленных на удаление ожогового струпа и восстановление целостности кожных покровов. Поэтому одним из направлений улучшения результатов лечения больных с тяжелыми термическими поражениями является разработка методов временного укрытия ожоговых ран после некрэктомии.

Для оценки эффективности методов хирургического лечения термических ожогов было проведено исследование результатов лечения 196 выживших пациентов Приморского краевого ожогового отделения с 1998 по 2006 гг. с глубокими ожогами площадью более 20 % поверхности тела. Летальность в этой группе составила 8,3 % (16 больных). Соответственно хирургической тактике все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 35 пострадавших (17,9 %), которым поэтапно выполнялась хирургическая некрэктомия, а первый этап — в первые 3–5 суток после травмы. В этой группе одномоментную аутодермопластику не выполняли, так как она утяжеляла состояние больных. Укрытие раневых поверхностей осуществляли на 2–3-и сутки после стабилизации состояния. Во вторую группу вошли 20 больных (10,2 %), которым проводили некротизирующую некрэктомию с использованием 20% салициловой мази. Третью группу составили 144 человека (71,9 %), у которых струп отторгался самостоятельно на фоне консервативного лечения.

Среди всех пациентов выделяли основную группу, в которой раны, образующиеся после некрэктомии, укрывали раневыми покрытиями «Воскопран», «Парапран» и «Гелепран». В контрольную группу вошли пострадавшие, которым выполняли перевязки с использованием марли, смоченной водным раствором хлоргексидина биглюконата.

У пациентов I основной группы раневые покрытия оставались на ожоговой ране до момента окончательного их укрытия на 8–12-е сутки. На момент аутодермопластики ожоговые раны были выполнены зрелой ярко-красной грануляционной тканью. Полное приживление кожи отмечено у 88,3 %, частичный лизис — у 5,7 %, полный — у 6 %. В I контрольной группе сроки полного укрытия ран составили 12–14 суток, полное приживление трансплантатов было у 71,3 % больных.

У больных, которым проводилась химическая некрэктомия, очищение ран от гнойно-некротических тканей происходило на 9–12-е сутки. В основной и контрольной группах сроки окончательного укрытия ожоговых ран соответственно составили 12–16 и 14–19 дней, а полное приживление кожных лоскутов происходило в 79,2 % и 68,4 % случаев.

Пациентам, у которых происходила самостоятельная некрэктомия, при использовании раневых покрытий полное закрытие раневых поверхностей удалось завершить на 28–35-е сутки. Полное приживление кожи отмечено у 69,2 % больных. В группе, где применяли марлевые повязки, полное укрытие ран выполнено на 35–42-е сутки, а полное приживление аутодермотрансплантатов было у 62,1 % пострадавших.

Таким образом, применение раневых покрытий «Воскопран», «Парапран» и «Гелепран» у больных с обширными глубокими ожогами позволяет выиграть время и закрыть обширные гранулирующие раны до момента их полного укрытия аутодермотрансплантатами, улучшить результаты аутодермопластики, сократить сроки лечения.