

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2006 г. по настоящее время в отделении колопроктологии Приморской краевой клинической больницы, являющейся базой кафедры госпитальной хирургии ВГМУ, в комплексном лечении больных геморроем используется полусинтетический диосмин Флебодиа 600. Методика лечения заключалась в следующем. Все больные получали Флебидиа 600 за два дня до оперативного лечения с продолжением приема в течение 10 дней. Больные подлежащие консервативному лечению также получали аналогичную схему в дозировке, зависящей от остроты процесса. При тромбозе геморроидальных узлов доза диосмина составила 600 мг три раза в день в первые четыре дня. В последующие два дня – 2 таблетки в день, с дальнейшей поддерживающей дозой 600 мг в сутки. Результаты сравнивались с группой больных, не получавших данного консервативного, пред- и послеоперационного лечения.

Всего пролечено 90 больных, которые были разделены на три группы.

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, не подвергавшимся оперативному лечению.

– Больные с тромбозом геморроидальных узлов – 30 (без оперативного лечения)

– Больные хроническим геморроем, осложненным кровотечением и выпадением узлов – 30 больных, получавших Флебодиа 600 в пред- и послеоперационном периоде.

Возраст пациентов – от 19 до 58 лет. Длительность заболевания от 3 до 30 лет.

Оценка результатов лечения проводилась с использованием разработанной анкеты, в которой пациенты оценивали свое состояние. Лечащим врачом проводился контроль за динамикой жалоб, состоянием пациентов, интенсивностью кровотечения, болевого синдрома, заживления ран во время перевязок, учитывая прием анальгетиков, комфортабельности оперирования (выраженности кровоточивости во время операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По нашим данным полученные результаты позволяют сделать вывод о достаточной эффективности применения синтетического диосмина. Флебодиа 600 при консервативной терапии и предоперационной подготовке, по сравнению с группой больных, не получающих полусинтетические диосмины. Флебодиа 600 может быть эффективно использован при лечении больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением, тромбозом геморроидальных узлов без оперативного лечения, что открывает перспективы оптимизации лечения данной категории пациентов:

- сокращает интенсивность и длительность болевого синдрома, клинических проявлений геморроя.
- сокращает время пребывания пациента в стационаре, что дает определенный экономический эффект.
- уменьшает кровоточивость тканей во время операции, что улучшает результаты оперативного лечения.

Е.В. Казарик, А.А. Кумарин

ПЕРИТОНИТ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кыринская ЦРБ (с. Кыра, Читинская обл.)

Пионефроз – необратимая конечная стадия специфического или неспецифического гнойно-деструктивного воспаления почки, при которой она представляет собой тонкостенный мешок, наполненный гноем.

Наиболее частой причиной возникновения пионефроза является почечнокаменная болезнь, сопровождающаяся нарушением проходимости верхних мочевых путей и, как следствие этого, расстройствами урологической гемодинамики в почке. Казуистичны наблюдения прорыва гноя в соседние органы – брюшную полость, кишечник, плевральную полость и бронхи, с последующим образованием свищей. В специальной литературе мы не встретим описания такого грозного осложнения мочекаменной болезни, с которым мы столкнулись в конкретном случае, поэтому проводимое ниже наблюдение представляет практический интерес для клиницистов.

Больная С., 55 лет, поступила в стационар 1.12.06. с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость.

Из анамнеза установлено, что больную беспокоили периодические боли в пояснице на протяжении нескольких лет. За медицинской помощью по месту жительства с жалобами на боли в пояснице слева, повышение температуры тела. От госпитализации в ЦРБ категорически отказалась. 01.12.2006 г. у больной возникли резкие боли в животе, сухость во рту, задержка газов. Больная с диагнозом «Острая кишечная не-

проходимость» была направлена в ЦРБ. При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 38,4° С, одышка в покое, кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД — 80/40 мм.рт.ст., тоны сердца звучные, ритмичные. В легких — дыхание жест. Живот резко болезненный при пальпации во всех отделах, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Анализ крови: ПВ — 126 г/л; Эр — 2,4 — 10¹²/л; СОЭ — 60 мм/2; л — 7,8 — 10⁹/л; п. 8, с. 80, лимф. 12.

Общий билирубин крови — 2,3 мкмоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.г. Мочевина — 8,0 ммоль/л; АСТ — 0,39 ммоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.ч. Результаты инструментальных исследований: УЗИ — почки в типичном месте, размерами 107 г 50 мм, лоханки с обеих сторон расширены до 6 см, стенки уплотнены. Петли кишечника расширены, пневматизированы. Обзорная К-графия органов брюшной полости: пневматизированные петли кишечника. ЖГ: синусовая тахикардия, очагово-рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка. Было принято решение оперировать больную в экстренном порядке после проведения предоперационной подготовки — инфузионной, детоксикационной, кардиотропной и антибактериальной терапии. 01.12.06 выполнена срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости — большое количество жидкого гноя, раздутые петли кишечника. Патологических изменений со стороны органов брюшной полости не обнаружено. В проекции левой почки из забрюшинного пространства открывается свищ с обильным гнойным отделяемым в брюшную полость. При ревизии свища пальцем определяется крупный конкремент. Края свища надрезаны, конкремент извлечен и выполняет форму лоханки и чашечки. При дальнейшей ревизии почки удален еще один крупный конкремент.

Учитывая тяжесть состояния больной, произведена нефростомия, дренирование забрюшинного пространства слева, после санации — дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии через 17 дней после операции. В дальнейшем больная направлена на обследование и лечение в урологическое отделение ОКБ.

Таким образом, несвоевременное обследование и лечение мочекаменной болезни может привести к такому редкому и тяжелому осложнению, как разлитой гнойный перитонит.

А.В. Калинин, Е.Г. Григорьев, М.В. Садах, В.И. Капорский, С.А. Верещагина, В.Д. Тютрина

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)
ГУЗ Областная клиническая больница (г. Иркутск)

Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии и бактериологической лаборатории Иркутской областной клинической больницы (гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин). Изучены результаты заборов различных биологических сред от 258 больных, находившихся на лечении в отделении за период с 2004 по 2006 гг. Все больные были разделены на 3 группы: пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями органов груди — 112 (43,4 %), больные с нагноительными процессами органов живота — 59 (22,9 %), больные с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей — 87 (33,7 %) человек.

При заболеваниях органов груди, осложненных нагноительными процессами, на протяжении последних лет наиболее часто встречаются грам-положительные микроорганизмы: представители рода *Streptococcus* (*Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*) — рост выявлен в 20,1 % всех наблюдений; при развитии острой бактериальной деструкции легких значимым является присоединение как бактерий рода *Staphylococcus* (*Staph. aureus* идентифицирован в 5,1 % наблюдений), так и возбудителей из группы грам-отрицательных патогенных микроорганизмов (*Ps. aeruginosae* — в 12,8 %, *E. coli* — в 5,7 %). В 72 % наблюдались различные аэробно-анаэробные ассоциации патогенных микроорганизмов.

При исследовании бактериального спектра во второй группе пациентов выявлено, что ведущая роль в развитии гнойных осложнений при патологии органов живота принадлежит грам-отрицательным микробам. В частности, лидирующие позиции занимают *E. coli* (19,4 %) и *Ps. aeruginosae* (14,2 %), причем отмечена тенденция к увеличению удельного веса *E. coli* с 10,6 % в 2004 г. до 29,6 % в 2006 г. Довольно высоко остается процент встречаемости полирезистентных госпитальных штаммов рода *Enterococcus* (7,1 %) и *Acinetobacter baumannii* (4,8 %). У данной группы пациентов микст-инфекция отмечена в 92 % случаев.

У пациентов, страдающих обширными поражениями мягких тканей различной локализации, самым частым возбудителем является *Staph. aureus* (21,4 %). Также отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости госпитальных штаммов *E. coli* (с 7,7 % в 2004 г. до 14,4 % в 2006 г.). В то же время выявлено уменьшение содержания *Ps. aeruginosae* при положительных бактериологических исследо-