

1970). Тактика обследования и лечения при острой эмболии артерий во многом зависела от степени ишемии, а также от сроков от начала заболевания. По степени ишемии больные распределялись следующим образом (классификация Савельева В.С., 1974): ишемия напряжения — 5 (9,6 %), ишемия 1 степени — 27 (51,9 %), 2 степени — 14 (26,9 %), 3 степени — 6 (11,5 %); чаще всего — 2А стадия — 17 случаев (32,7 %). Сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания: до 2 ч — 25 (48,1 %), 2—4 ч — 12 (23,1 %), 4—8 ч — 9 (17,3 %) и свыше 8 ч — 6 (11,5 %). Правильным диагноз направления оказался лишь у 27 больных (51,9 %), остальные 25 (48,1 %) пациентов поступали с диагнозами — «острый тромбоз», «острый миозит», «острый артрит» и др. Наиболее частой причиной острой эмболии являлись нарушения ритма — мерцательная аритмия при атеросклеротическом или постинфарктном кардиосклерозе (48 или 92,3 %). Все пациенты оперированы в экстренном порядке через 1—2 ч после поступления. Чаще всего для обезболивания применялся метод спинномозговой анестезии — 45 случаев (86,5 %). Первичная ампутация конечности — на уровне нижней трети бедра выполнена у 3-х пациентов — во всех случаях при 3Б стадии: при эмболии аорты — у одного больного, при эмболии бедренной артерии — у двух пациентов (сроки поступления всех этих пациентов были свыше 8 часов). Во всех остальных 49 случаях (94,2 %) выполнялась непрямая эмболизомия: у 9-и через плечевую артерию, у 6 — через заднюю большеберцовую и у 34 — через бедренную артерию. Полное восстановление артериального кровотока получено у 45 из 49 больных, что составило 91,9 %. Постэмболическая артериальная недостаточность отмечена у 4-х пациентов: в двух случаях через 2—5 суток после эмболизомии прогрессировала декомпенсация артериального кровообращения, что потребовало высокой ампутации конечности (на уровне нижней трети бедра и верхней трети голени). В двух случаях имелась субкомпенсация артериального кровообращения, что потребовало выполнения плановой реконструкции: подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного шунтирования. Летальность в данной группе составила 5,8 % (3 пациента) — во всех случаях после «высоких» ампутаций: у двух после первичной и у одного после вторичной ампутации. Таким образом, по нашему мнению, острая артериальная эмболия требует экстренного оперативного вмешательства. Выполнение первичной ампутации конечности оправдано только при развитии необратимых изменений (3Б стадия). Летальность в данной группе больных значительно выше при органно-носящих операциях, по сравнению с пациентами, которым удается восстановить артериальный кровоток. Исходы лечения во многом зависят от срока поступления больного на этап специализированной хирургической помощи.

Е.А. Дробязгин, М.С. Любарский, Ю.В. Чикинев, И.В. Симакова, А.И. Котельников

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАГРУДИННЫХ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ ИНЪЕКЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)

ГУ НИИКЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)

ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)

В основе современного лечения острой эмпиемой плевры помимо дренирования плевральной полости лежит антибактериальная терапия. Чаще всего используются антибиотики широкого спектра действия, что ведет к репопуляции резистентных видов или необычных патогенов, которые в обычных условиях не поражают легкие. В последнее время все большее внимание привлекают методы воздействия на лимфатическую систему организма, в основе которых лежит способ ее лекарственного насыщения.

Воздействуя на лимфатическую систему прямым или опосредованным способом, стимулируя ее дренажно-детоксикационную функцию, создается возможность патогенетически воздействовать на воспалительный процесс в целом. Применение лимфотропного метода терапии может явиться перспективным направлением лечения гнойно-воспалительных процессов, позволяющим оптимизировать и увеличить эффективность традиционных способов лечения.

При лечении 21 пациента с острой эмпиемой плевры использована методика загрудинного введения лимфотропной смеси с антибактериальным препаратом (цефалоспорином III поколения). Из них 19 мужчин и 2 женщины в возрасте от 19 до 63 лет. Средний возраст $43,95 \pm 2,73$ года. Давность заболевания до поступления в стационар составила у пациентов от 1 до 6 недель. Средняя давность заболевания составила $30,23 \pm 2,3$ дня. Введение осуществлялось в клетчатку переднего средостения 5 раз через 48 часов.

Нормализация температуры концу первой недели с момента поступления в стационар достигнута у 10 больных. К концу второй недели от начала лечения температура тела была нормальной у всех пациентов. Все пациенты выписывались из отделения с нормальной температурой тела.

Кашель сухой и с гнойной мокротой через неделю лечения сохранялся у 11 больных. Через 2 недели кашель беспокоил только трех больных. При выписке из отделения жалобы на кашель предьявляли двое больных. Жалобы на боли в грудной клетке к 7 дню от начала лечения купированы у 16 пациентов. Через 14 дней с момента поступления больных в стационар болевой синдром отсутствовал у всех пациентов. Такие проявления интоксикации как потливость, слабость купированы у 13 больных к концу первой недели лечения. К концу второй недели лечения, данные жалобы не беспокоили больных.

При эндоскопическом исследовании, выполненном к концу первой недели лечения у всех пациентов с катарально-гнойным эндобронхитом отмечена эндоскопически положительная динамика, выражающаяся в уменьшении или отсутствии гнойного секрета в бронхиальном дереве. К концу второй недели при эндоскопическом исследовании наличие гнойного секрета имело место у одного пациента. К моменту выписки у всех больных было отмечено отсутствие гнойного секрета в бронхиальном дереве.

В ходе лечения отмечена положительная динамика течения острого воспалительного процесса со стороны показателей общего анализа крови. Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры загрудинных лимфостимулирующих инъекций к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов, уменьшению скорости оседания эритроцитов, а также повышению относительного числа лимфоцитов. Статистически значимым является снижение лейкоцитоза как на 7, так и на 14 день от начала лечения, снижение скорости оседания эритроцитов на 7 и 14 день, повышение относительного числа лимфоцитов к 7 дню с момента лечения.

К концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансаминаз нормализовались практически у всех пациентов. Отмечено снижение концентрации фибриногена в плазме крови у пациентов данной группы. Статистически значимые изменения произошли со стороны показателей общего белка, мочевины, АсТ и АлТ. К 14 дню от начала лечения отмечено снижение концентрации мочевины, общего билирубина, АсТ, АлТ, фибриногена и повышение уровня общего белка по сравнению с исходными показателями. При этом статистически значимые изменения произошли со стороны мочевины. Снижение концентрации фибриногена, АсТ, АлТ достаточно выражено, хотя статистически не достоверно.

К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей в среднем у 72,1 % пациентов. К 14 дню от момента поступления пациентов в стационар нормализация параклинических показателей произошла у 19 пациентов. При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, выполненном на 7 и 14 день с момента поступления, у всех пациентов отмечена положительная динамика, выражающаяся в уменьшении размеров полости эмпиемы, уменьшению или отсутствию отделяемого из плевральной полости. Дренажи из плевральной полости удалены у 10 пациентов.

Исходя из выше перечисленного можно сделать следующие выводы: применение непрямой лимфотропной терапии в комплексном лечении эмпиемы плевры способствует эффективному исчезновению клинических признаков заболевания, нормализации общего состояния больных, снижению лабораторных проявлений воспалительного процесса. Применение лимфотропной терапии в лечении больных эмпиемой плевры позволяет достаточно эффективно купировать острый гнойно-воспалительный процесс в плевральной полости.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, И.В. Симакова, А.И. Котельников, И.Е. Судовых

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХА ПРИ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ У БОЛЬНЫХ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

**ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)**

Возникновение бронхоплевральных свищей является одним из осложнений нагноительных заболеваний легких и плевры. При свище большого размера или множестве свищей, как правило, полностью расправить легкое не удастся. В результате этого формируется остаточная плевральная полость, что требует в дальнейшем оперативного лечения: декорткации легкого с ушиванием свища и плеврэктомии.

В отделении торакальной хирургии ГОУЗ «ГНОКБ» за период с 2002 по 2006 гг. окклюзия бронха при бронхоплевральном свище у больных эмпиемой плевры выполнена 5 пациентам в возрасте от 25 до 67 лет. Все пациенты мужчины. Локализация бронхоплеврального свища определялась по методике предложенной Г.И. Лукомским с соавт. В 4 случаях локализация свища была правосторонней. При этом у двух пациентов свищ локализовался в нижней доле и по одному случаю в верхней и средней доле. В одном случае свищ был в нижней доле левого легкого.