

время (от 14 до 18 дней после операции). У 18 (51,4%) больных этой группы определялась инфильтрация тканей в зоне операции – от незначительной до умеренно выраженной.

Таким образом, апробация предложенного нами нового способа введения препарата «Ксефокам» в круглую связку печени во время ЛХЭ и пролонгированного применения его в течение первых суток послеоперационного периода оказалась эффективной и заслуживает дальнейшего клинического применения. В 96,2% случаев был отмечен стойкий анальгезирующий эффект, позволяющий отказаться от использования наркотических препаратов и избежать присущих им побочных негативных проявлений у 100% больных. Неспецифическое противовоспалительное действие препарата способствовало уменьшению количества послеоперационных осложнений. Метод интраоперационного введения ксефокама в круглую связку печени под контролем лапароскопа является простой, безопасной и общедоступной манипуляцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахова А.В. // Безопасность лекарств. Бюлл. 2. – 1998. — С. 3-8.
2. Лебедева Р.Н., Никода В.В. Фармакотерапия острой боли., —М., 1998. — 184 с.
3. Овечкин А.М., Карпов И.А., Люосев С.В. // Анестезиология и реаниматология . – 2003. — № 5. — С. 45-50.
4. Осипова Н.А. //Анестезиология и реаниматология. – 1998. — № 5. – С. 11-15.
5. Осипова Н.А. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков. Методические указания. —М., 2001. — 24 с.

СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

В.К. Гостищев, К.В. Липатов, Ф.А. Фархат, С.В. Главацкий, С.В. Бычков
ММА им. И.М Сеченова

Характеризуя особенности возникновения и течения хирургических инфекций мягких тканей, нельзя не отметить, что в большей части случаев они являются проявлением неспецифической инфекции: разнообразные по своему видовому составу микроорганизмы вызывают сходные по патогенезу и клиническому течению заболевания. Значительно реже один микроорганизм может вызывать различные патологические состояния. В полной мере это относится к β -гемолизирующему стрептококку группы А (*Streptococcus pyogenes*) [3].

Патогенные свойства стрептококка связаны с биологическим действием на ткани и органы антигенов его клеточной стенки, токсинов и ферментов [5].

Наиболее полная классификация хирургической стрептококковой инфекции приводится в западной литературе. Авторы выделяют рожу, некротизирующий фасциит, стрептококковый мионекроз и хроническую пробуравливающую язву Мелени [2, 5].

В своей клинической практике мы чаще всего встречали три варианта течения стрептококковой инфекции. С одной стороны, это ее неспецифические проявления в виде острых гнойных заболеваний мягких тканей и гнойных ран, с другой – некротическая рожа и некротизирующий фасциит (с мионекрозом или без него).

Первая группа заболеваний встречается наиболее часто и имеет наименьшие отличия от аналогичных поражений, вызванных другими микроорганизмами. Два

других считаются специфическими клиническими формами стрептококковой инфекции.

Рожа характеризуется развитием воспалительного процесса в дерме. В ряде случаев она приобретает осложненное течение с формированием обширных некротических очагов [1, 2]. Заболевание часто встречается. Так, за истекший 15-летний период, по данным нашей клиники, осложненная флегмонозно-некротическая рожа была отмечена у 24,6% среди всех больных с острыми гнойно-некротическими заболеваниями кожи и подкожной жировой клетчатки. Больные с неосложненными формами рожи, к которым относятся эритематозная, буллезная и геморрагическая, как правило, лечатся в инфекционных стационарах и лишь при развитии осложненных форм попадают в поле зрения хирургов. Наиболее часто некротическая рожа развивается на фоне геморрагической, примерно в 25% наблюдений. В результате тяжелого серозно-геморрагического воспаления происходит повреждение сосудистой стенки и внутрисосудистое свертывание крови. Все это приводит к выраженным расстройствам местной микроциркуляции вплоть до формирования распространенных некрозов дермы, подкожной жировой клетчатки, фасции [1, 2].

Прогрессирование патологического процесса, несвоевременная диагностика осложненных форм рожи, запоздалое и неадекватное лечение в большинстве наблюдений сопровождаются выраженной интоксикацией организма с развитием органной дисфункции.

Изучение анамнеза больных некротической рожой показало, что практически во всех случаях заболевание развивалось стадийно, проходя последовательно все основные формы от эритематозной до геморрагической и некротической. При этом, как правило, проводилось стационарное лечение в различных инфекционных больницах, а возникновение осложнений в виде некрозов послужило основанием для перевода больных в хирургическое отделение. Важно и то, что длительность заболевания до госпитализации в нашу клинику обычно составляла от 7 до 14 суток, хотя нередкими были и наблюдения с более длительным течением.

Микробиологические исследования, проведенные у больных с осложненной рожой, показали, что из очагов нередко выделялись ассоциации микроорганизмов, а частота высеваания стрептококка ограничивалась 10-15% [3]. Результатом многочисленных дискуссий о роли β -гемолитического стрептококка в этиологии рожи явилось общее мнение о том, что заболевание, несомненно, вызывается стрептококком, которого постепенно вытесняют другие представители микробной флоры, проникающие в зону патологического процесса. Причем, чем больше времени прошло с начала заболевания, тем реже выделялся стрептококк и шире была микробная ассоциация.

Стрептококковый некротизирующий фасциит представляет собой довольно редкое заболевание и характеризуется прогрессирующим первичным поражением поверхностной фасции и окружающей подкожной жировой клетчатки с вторичным вовлечением в патологический процесс кожи [4, 5]. Возможно возникновение мионекроза. Определяющими и в то же время ранними клиническими признаками стрептококкового некротизирующего фасциита являются выраженный отек и нередко сильные локальные боли. Характерно тяжелое течение с прогрессирующей интоксикацией, полиорганной недостаточностью и высокой летальностью – до 30-50%. Одним из самых грозных проявлений заболевания считается синдром стрептококкового токсического шока.

Отсутствие патогномичной клинической картины в начале заболевания нередко приводит к диагностическим ошибкам. К сожалению, такие кожные симптомы, как гиперемия, буллы, багровые и малиновые пятна, участки некроза кожи появляются значительно позже и свидетельствуют о запущенности патологического процесса.

Важно, что в противовес осложненной роже, при этом заболевании некротические изменения в дерме возникают вторично.

Дифференциальный диагноз стрептококкового некротизирующего фасциита следует проводить и с анаэробной неклостридиальной инфекцией, с так называемым некротизирующим фасциитом I типа.

За 10-летний период в нашей клинике находились на лечении 438 пациентов со стрептококковой инфекцией мягких тканей. Среди них большая часть была представлена больными с посттравматическими гнойными ранами, острыми гнойными заболеваниями кожи, подкожной клетчатки и послеоперационными гнойными осложнениями. Наряду с этим, часто встречалась осложненная рожа – у 137 (31,3%) пациентов. Стрептококковый некротизирующий фасциит был диагностирован лишь у 10 (2,3%) больных.

Диагноз базировался на клинических, интраоперационных данных и результатах микробиологического исследования.

Лечебная тактика основывалась на общих принципах лечения больных с хирургической инфекцией. Важнейшим компонентом комплексного лечения была срочная хирургическая обработка патологического очага. При этом, в зависимости от варианта течения стрептококковой инфекции, имелись и некоторые различия.

Общее традиционное положение о том, что наличие гнойно-деструктивного воспаления в мягких тканях определяет показания к неотложному хирургическому вмешательству, безусловно, применимо и к данной категории больных. Однако нельзя не остановиться на ряде особенностей. В первую очередь, это касается осложненной рожи и некротизирующего фасциита. При этих заболеваниях мы зачастую не видим образования гноя и при пункции воспалительных инфильтратов получаем серозный или серозно-геморрагический экссудат. Еще более сложная картина складывается при развитии некротизирующего фасциита. В начале заболевания идет прогрессирующий некроз фасций при малоизмененной коже. Флюктуации нет. Ультразвуковое исследование и проведенная пункция также в большинстве случаев не помогают разрешить ситуацию. Итогом нередко является запоздалая операция, которая далеко не всегда может остановить катастрофически развивающееся заболевание. Диагноз при осложненной роже проще, поскольку некротические изменения первоначально развиваются в коже.

Основой хирургического вмешательства в обоих случаях является некрэктомия. Только полное удаление некротически измененных тканей позволяет купировать развитие патологического процесса и создать предпосылки для заживления раны.

Некрэктомия у больных рожей производилась в ближайшие сутки после формирования некрозов. К сожалению, в большей части наблюдений – у 84 (61,3%) пациентов – из-за большого объема поражения, интраоперационной кровопотери, тяжести состояния больных радикальная хирургическая обработка очага не представлялась возможной. Тогда выполнялись этапные некрэктомии, число которых могло достигать пяти и более.

При стрептококковом некротизирующем фасциите наилучшие результаты лечения наблюдаются при хирургическом вмешательстве, выполненном в ранние сроки. Целесообразно широкое рассечение еще мало измененной к этому времени кожи в пределах пораженной фасции с радикальной некрэктомией. Тактика малых множественных разрезов в этой ситуации себя не оправдывает, не давая возможности провести адекватную ревизию и некрэктомию. Запоздалое оперативное вмешательство оставляет значительно меньше шансов на благоприятный исход заболевания. По нашим наблюдениям, из 10 больных с некротизирующим фасциитом 6 были оперированы в поздние сроки на фоне выраженных кожных изменений, и лишь 4 – до их развития. При этом 3 больных умерли: одна в ближайшие сутки после поступления на фоне развития токсического шока, двое – через 5-6 суток после госпитализации при явлениях прогрессирующей интоксикации и полиорганной недостаточности. Еще у одной пациентки из-за тяжелого некротического процесса с выраженным мионекрозом пришлось выполнить ампутацию верхней конечности. И лишь у 4 больных нам удалось получить хороший результат лечения, ликвидировав воспалительный процесс и полностью восстановив полноценный кожный покров. У оставшихся 2 пациентов результат лечения был расценен нами как удовлетворительный, поскольку из-за распространенных некрозов кожи пришлось выполнить свободную кожную пластику постнекрэктомических ран расщепленным лоскутом с существенным косметическим дефектом при их заживлении.

Удаление основной массы некротизированных тканей, ограничение и постепенное уменьшение выраженности воспалительного процесса у больных некротической рожей и некротизирующим фасциитом зачастую еще не означает возможности проведения восстановительных операций. Характер патологического процесса самым негативным образом отражается на репаративных способностях тканей. Раневая поверхность длительное время остается покрытой фибрином, иногда возникают участки вторичных некрозов, грануляционная ткань развивается в поздние сроки. Все это определяет необходимость интенсивного лечения ран. Без этого сложно рассчитывать на успех пластических операций, которые необходимы при большом объеме поражения. В своей клинической практике мы использовали такие дополнительные методы лечения ран, как низкочастотный ультразвук, озон, воздушно-плазменный поток, протеолитические ферменты. По нашим наблюдениям, их комплексное применение позволило практически в 1,5 раза сократить длительность подготовки раневой поверхности к закрытию.

Важным компонентом лечения больных было хирургическое закрытие ран на заключительном этапе лечения. Пациентов с некротической формой рожи и некротизирующим фасциитом отличало то, что раневые дефекты у многих из них превышали 200 см², когда такое наиболее распространенное оперативное вмешательство, как наложение вторичных швов, было невыполнимо. Чаще всего мы использовали свободную кожную пластику расщепленным лоскутом. Достоинством метода является простота выполнения и возможность быстрого закрытия обширной раневой поверхности. Недостатки связаны с тем, что данный вид пластики не позволяет восстановить полноценный кожный покров. В дальнейшем трансплантаты нередко подвергаются выраженным рубцовым изменениям, а иногда и изъязвляются. Методом выбора при достаточных резервах окружающей кожи была пластика ран местными тканями методом дозированного тканевого растяжения.

Таким образом, развитие стрептококковой инфекции мягких тканей может протекать в виде различных клинических форм. Наиболее специфичными из них считаются рожа и некротизирующий фасциит. Вопрос о том, почему в ответ на внедрение патогенного стрептококка развиваются различные по своему патогенезу заболевания, до сих пор остается открытым. Считается, что это связано с особенностями взаимодействия между микро- и макроорганизмом. Так, многие исследователи придерживаются мнения, что при развитии некротизирующего фасциита и осложненной рожи имеет место анафилактический феномен Шварцмана.

Для хирурга важность знания клинических форм стрептококковой инфекции определяется особенностями проведения хирургической обработки при этих патологических состояниях.

Ранняя диагностика, адекватное хирургическое вмешательство, патогенетически обоснованное лечение постнекрэктомических ран, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, своевременные восстановительные операции – вот основные звенья, позволяющие получить хороший результат лечения у этой сложной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ользеев И.С. Экзогенный оксид азота в комплексном хирургическом лечении флегмонозно-некротической рожи / Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2004.
2. Ширшов О.Н. Комплексное хирургическое лечение некротической формы рожи / Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1999.
3. Bisno A., Stevens D. // N. Engl. J. Med. – 1996. – V.344. – P.240.
4. Heitmann C., Pelzer M., Bickert B. et al. // Chirurg. – 2001. – V. 72. – P.168-173.
5. Kaul R., McGeer A., Low D. et al. // Am. J. Med. – 1997. – V.103. – P.18.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ: ДИАГНОСТИКА, ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ

**С.А Гращенко, А.Я. Волков, В.Я. Шеншин, В.В. Павленко, В.П. Армашов,
А.С. Мастеров**

Видновская районная больница

Острый холецистит является самым частым осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ) – примерно в 90% наблюдений, а при отсутствии камней в желчном пузыре — в 10%.

В условиях обтурации желчных путей, холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью, которая, по данным некоторых авторов, может достигать 13-83%.

За период с 2003 по 2006 гг. в Видновскую районную больницу поступило 545 больных с острым холециститом. Механическая желтуха отмечена у 131 больного (24%) с острым холециститом. Среди них было 27 мужчин и 104 женщины в возрасте от 38 до 92 лет, 61% больных были в возрасте старше 60 лет, 15% пациентов – старше 80 лет. У 77% имелись различные сопутствующие заболевания, в основном, сердечно-сосудистой системы. Обращает на себя внимание поздняя обращаемость пациентов: позднее 24 часов с момента начала заболевания