

заболевания НЯК варьировала от 1 месяца до 20 лет. У 2 (14,3 %) человек наблюдалось острое течение заболевания, хроническое непрерывное течение у 1 больного (7,1 %) и хроническое рецидивирующее течение у 11 больных (78,6 %). У всех пациентов отмечена тяжелая форма НЯК, в 14,3 % наблюдений — тотальное поражение толстой кишки, в 57,1 % — субтотальное и в 28,6 % — левостороннее. У 21,4 % пациентов были зарегистрированы внекишечные проявления заболевания, в 7,1 % случае НЯК осложнился развитием рака прямой кишки, у 7,1 % больных была выявлена токсическая дилатация толстой кишки, у 14,2 % — перфорация толстой кишки. При поступлении в стационар больным проводилось комплексное интенсивное лечение, включавшее глюкокортикоиды. Критериями эффективности были клинические, лабораторные и инструментальные показатели. Отсутствие улучшения в состоянии больных в течение 10 — 14 дней расценивали как неэффективность консервативного лечения и, одновременно, показанием к хирургическому лечению. В клинике 14 больным выполнено 15 оперативных вмешательств, из них экстренных — 13,3 %, плановых — 86,7 %. Один (7,1 %) пациент оперирован в два этапа. 9 (60 %) больным выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеостомы и сигмостомы. Одной больной (6,7 %) произведена колпроктэктомия с наложением постоянной илеостомы на переднюю брюшную стенку живота, двум больным (13,3 %) наложена двустольная илеостома с дренированием брюшной полости и двум пациентам (13,3 %) сделана левосторонняя гемиколэктомия, в одном из случаев левосторонняя гемиколэктомия сочеталась с передней резекцией, в последующем одному больному (6,7 %) была осуществлена правосторонняя гемиколэктомия в связи с прогрессированием заболевания. Общий средний койко-день — 28,7; средний койко-день до операции — 10,5; средний койко-день после операции — 18,3. Летальность составила 13,3 %. Умерло двое больных, оперированных в экстренном порядке по поводу развившихся осложнений НЯК (перфорации толстой кишки и токсической дилатации), погибли от продолжающегося разлитого фибринозно-гнойного перитонита. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 5 больных (33,3 %), которые представлены в нижеприведенной таблице.

### ВЫВОДЫ

Консервативный метод является основным при лечении впервые выявленного язвенного колита. Однако в дальнейшем, особенно при распространении воспаления по всей толстой кишке, многим больным приходится выполнять хирургические вмешательства. В настоящее время применяются операции с сохранением функции анального сфинктера.

**С.В. Дикий, Ю.М. Шендриков, П.Г. Дынин.**

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ЭМБОЛИЯМИ

*ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава (г. Владивосток)*

Клиническая практика последних десятилетий свидетельствует о продолжающемся нарастании количества тромбозов и эмболий магистральных сосудов, их тяжелых осложнений. Из-за несвоевременной диагностики или поздней доставки больных в стационар специализированная ангиохирургическая помощь этим больным оказывается несвоевременной. Убедительным доказательством этого является высокая смертность больных — по данным литературы от 20 до 35 % и высокая частота ампутаций конечностей по поводу гангрены, достигающая почти 20 % (Савельев В.С. и соавт., 1986). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении сосудистых заболеваний, в том числе и острых нарушений артериального кровообращения, выработана только общая тактика лечения, врачу приходится поступать в каждом конкретном случае индивидуально, в том числе, в зависимости от общего состояния больного, его возраста, сопутствующих заболеваний и местных изменений.

В условиях отделения сосудистой хирургии ВМКГ ТОФ за 1986 — 2006 гг. наблюдалось 96 пациентов с острой артериальной непроходимостью: 52 случая острой артериальной эмболии и 44 — острого артериального тромбоза. Из всей группы больных облитерирующими заболеваниями артерий конечностей (2108 случаев) эти пациенты составили 4,6 %. Характерным является увеличение частоты указанных заболеваний: если в 1986 — 1996 гг. лечилось 40 пациентов с острой артериальной непроходимостью (3,9 % от всех облитерирующих заболеваний), то за 1996 — 2006 гг. их число увеличилось до 56 (5,1 %). Среди больных преобладали мужчины: 87 или 90,6 %. Средний возраст — 67,3 года (от 52 до 83 лет). Из 52 случаев острой артериальной эмболии у 43 пациентов (82,7 %) отмечена эмболия нижних конечностей и только у 9 (17,3 %) — верхних. По локализации наиболее часто встречались эмболии: бедренной артерии — 30 случаев (57,7 %), подколенной — 6 (11,5 %), подвздошной — 5 (9,6 %), плечевой — 5 (9,6 %), подмышечной — 3 (5,8 %), аорты — 2 (3,8 %) и подключичной — 1 (1,9 %). Приведенные цифры несколько отличались от данных литературы (Князев М.Д., Белорусов О.С., 1977; Савельев В.С., Затевахин И.И.,

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.