дупреждать развитие инфекционного процесса в ране, но и быть постоянным барьером на пути распространения внутрибольничной инфекции. Широкие возможности для успешного лечения ран, профилактики гнойных осложнений, как в ургентной, так и плановой хирургии, травматологии, комбустиологии появились с внедрением в клиническую практику новой группы антисептиков — йодофоров, среди которых наибольшее распространение получил в последние 10 лет повидон-йод. Комплексное соединение йода с поливинилпирролидоном высокоактивно в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов и простейших. Наличие нескольких лекарственных форм (раствор, мазь, пена) позволило использовать повидон-йод

в комплексном лечении 391 больного на разных этапах лечения больных с гнойными заболеваниями, как с лечебной, так и профилактической целью. Независимо от интенсивности использования повидон-йода в стационаре, на протяжении многих лет сохраняется высокая клиническая и бактериологическая эффективность (табл. 1).

Своевременное включение в комплексное лечение повидон-йода (раствор, мазь, пена) позволяет в большинстве случаев предупредить нагноение послеоперационных ран, в короткие сроки купировать клинические признаки нагноительного процесса и в 2–3 раза сократить показания к назначению дорогостоящих антибиотиков широкого спектра действия, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Ю.А. Бельков, И.В. Шуликовская, С.А. Кыштым, Э.В. Шинкевич, А.Г. Макеев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ КОЖИ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

Нами проведен анализ лечения 42 пациентов с сочетанной лимфовеенозной недостаточностью нижних конечностей при рецидивирующем рожистом воспалении кожи, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской государственной ордена «Знак Почета» областной клинической больницы с 2000 по 2005 гг.

Алгоритм диагностики базировался на основании данных анамнеза, физикального осмотра, дуплексного сканирования венозного кровотока нижних конечностей с проведением функциональных проб в горизонтальном и вертикальном положении больного. Тактический подход к лечению данных пациентов позволил выделить 2 клинические группы. Первая — 30 (71,4 %) больных, у которых хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей была ведущим симптомом на фоне варикозной болезни с целлюлитом и дерматитом. В данной группе пациентов выполнялись двухэтапные (1 этап — устранение вертикального веновенозного сброса в пределах неизменной трофики кожи, 2 этап — субфасциальное разобщение перфорантных и удаление варикозных вен), либо одноэтапные операции с субфасциальной диссекцией перфорантных вен из минимизированного доступа. Вторая группа — 12 (28,6 %) больных, у которых лимфатическая недостаточность с целлюлитом и частыми рецидивами рожистого воспаления

кожи были основным симптомокомплексом. Хирургическое лечение варикозной болезни в этой группе определяли строго по индивидуальным показаниям. Всем пациентам проводилась комплексная терапия. В предоперационном периоде наряду с местным лечением трофических нарушений кожи, лазеротерапией, больным назначались противовоспалительные и антигистаминные препараты, ангиопротекторы, флеботоники, антиагреганты, витамины. Пациентам с выраженными воспалительными проявлениями проводили курсы ультрафиолетового, лазерного облучения крови. В обязательном порядке осуществлялась эластичная компрессия нижних конечностей. На фоне проводимой терапии применялись и физиотерапевтические процедуры. Предоперационный период обычно составлял 5–7 суток. Далее выполнялась стандартная флебэктомия в пределах здоровых тканей с субфасциальной диссекцией перфорантных вен из мини-доступа.

Таким образом, лечение хронической декомпенсированной лимфовеенозной недостаточности нижних конечностей должно быть комплексным и индивидуальным, включающим в себя консервативные и хирургические методы. Обязательным компонентом лечения данной категории больных является постоянная эластичная компрессия нижних конечностей и периодические курсы физиолечения.