

8. Особенностью является, то, что при отморожении пальцев даже II степени в области эпифизов костей иногда закрываются зоны роста и пальцы отстают в развитии.

А.Б. Сингаевский, В.Б. Кожевников

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург)
Дорожная клиническая больница (Санкт-Петербург)*

Описан случай развития вторичного диффузного тотального некробиоза правой половины таза с формированием множества глубоких гнойных затеков, развитием тяжелого сепсиса на фоне диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы.

Больной 32 лет, поступил в хирургическое отделение с лихорадкой, выраженным болевым синдромом и наличием деструктивных изменений в костях правой половины таза. До этого в течение 10 суток проходил лечение в отделении нейрохирургии по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Учитывая разрушение подвздошной, лонной, седалищной костей, проводилась дифференциальная диагностика между гематогенным остеомиелитом, туберкулезом, глубоким микозом, вторичным остеонекробиозом на фоне миеломной болезни, саркомы, иммунодефицита при СПИДе, наркомании.

На вторые сутки выполнена хирургическая обработка. При ревизии объективизирована мелкая очаговая сквозная деструкция всего крыла подвздошной кости, аналогичные разрушения лонной, седалищной костей, правосторонний гнойный сакроилеит, обширная флегмона таза с формированием гнойных полостей по передней и задней поверхностям крыла подвздошной кости, затеки к седалищной, паховой области, на переднюю брюшную стенку. Операция завершена множественными разрезами на передней брюшной стенке, в паховой, ягодичной, седалищной области, санацией и дренированием затеков. Проводилась комплексная этиотропная антибактериальная терапия, ежедневные перевязки. Перевязки выполнялись в условиях наркоза или глубокого обезболивания, тем не менее, они были сложны для пациента и хирургов из-за выраженного болевого синдрома.

С 9-х суток больному применена методика местного лечения ран контролируемым локальным отрицательным давлением «suprasorb CNP». После повторной некрэктомии установлен аппарат suprasorb с дренированием ран, затеки заполнены каркасной марлей «kerlix», налажена активная аспирация. С этого момента отмечено значительное улучшение состояния больного. Пациент стал активнее, болевой синдром в покое купирован. Смена повязок в условиях наркоза выполнялись раз в 3-е суток. Этапные некрэктомии выполнены на 16-е и 23-е сутки. Раны закрыты вторичными швами на 32-й день.

В дальнейшем лечение проводилось в условиях отделения гематологии. Проведена химиотерапия по схеме R-СНОР — отмечена положительная динамика. Больной выписан на амбулаторное лечение на 30-й день.

Таким образом, использование метода локального отрицательного давления suprasorb позволило значительно улучшить качество жизни пациента. Даже при наличии обширного инфекционного процесса полноценное дренирование ран осуществлялось в течение 3 суток без смены повязок, быстро уменьшился болевой синдром, интоксикация, купированы явления хирургической инфекции.

Данное наблюдение демонстрирует, что метод локального отрицательного давления прост в использовании, значительно сокращает сроки очищения гнойных ран, улучшает качество жизни пациента.

С.А. Совцов, Е.В. Прилепина

ХОЛЕЦИСТОЛИТОТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск)

Цель исследования — улучшение непосредственных результатов лечения деструктивного холецистита у больных высокой степенью операционного риска.