

ЗНАЧЕНИЕ СУКЦИНАТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79184647857

Наблюдали 111 больных с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей. Флегмоны и абсцессы мягких тканей диагностированы у 74 (66,7%) больных, карбункулы и фурункулы – у 11 (9,9%), гидраденит – у 9 (8,1%), посттравматические гнойные раны – у 7 (6,3%), гнойники другой локализации – у 10 (9,0%). У всех больных был применен сукцинат натрия.

Хирургическое лечение у этих больных следует разделять на два этапа. На первом осуществляется широкое рассечение гнойника в сочетании с медикаментозной терапией и использованием сукцината натрия, на втором – наложение вторичных швов через 10–14 суток после первого этапа. Сроки пребывания больных в стационаре сокращаются в среднем на 10 дней.

Анализ показал, что применение сукцината натрия совместно с активаторами сукцинадерогеназы и традиционными сосудистыми препаратами улучшает микроциркуляцию в коже и глубокий кровоток.

Ключевые слова: сахарный диабет, лечение сукцинатом натрия, гнойно-септические заболевания.

V. V. ZORIK, V. I. SHAPOSHNIKOV, S. B. BAZLOV, S. N. RALKO

IMPORTANCE SUKCCINATAT SODIUM IN COMPLEX METHOD OF THE TREATMENT PYO-SEPTIC DISEASES OF THE SOFT FABRIC UNDER SUGAR DIABETES

Chair of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +79184647857

111 patients with purulent-septic diseases of soft tissues. Cellulitis and abscesses of soft tissues were diagnosed in 74 (66,7%) patients, TSS – 11 (9,9%), hydradenitis – in 9 (8,1%), posttraumatic purulent wounds – in 7 (6,3%), ulcers at other sites – in 10 (9,0%). In all patients was used sodium succinate.

Surgical treatment of these patients should be separated into two phases. The first cut is carried out extensive ulcer, in combination with drug therapy and the use of sodium succinate, and avtorom – the imposition of secondary sutures in 10–14 days after the first phase. Terms of hospital stay reduced by an average of 10 days.

The analysis showed that the use of sodium succinate in conjunction with activators suksinadrogenazy and traditional cardiovascular drugs improves microcirculation in the skin and deep circulation.

Key words: sugar diabetes, treatment sodium succinate, pyo-septic diseases.

Введение

Больные сахарным диабетом с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей нуждаются в обязательной и ранней госпитализации в специализированные лечебные учреждения [4].

В связи с пониженной сопротивляемостью организма к инфекции воспаление нередко приобретает обширный деструктивный характер. Гнойный процесс при этом быстро распространяется по сухожильным влагалищам и сопровождается лимфаденитом, лимфангоитом и другими септическими осложнениями. Расстройства микроциркуляции и обменных процессов при декомпенсации сахарного диабета не только осложняют дальнейшее воспаление, но и удлиняют обе фазы заживления раны [3].

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы результаты лечения 111 больных с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей. Флегмоны и абсцессы мягких тканей диагностированы у 74 (66,7%) больных, карбункулы и фурункулы – у 11 (9,9%), гидраденит – у 9 (8,1%), посттравматические гнойные раны – у 7 (6,3%), гнойники другой локализации – у 10 (9,0%).

Бактериологический анализ содержимого гнойных ран показал, что в разгаре воспалительного процесса у

75% больных возбудители были представлены в виде монокультур, среди которых стафилококки составляли 77,2%, стрептококки – 7,9%, кишечная палочка – 6,1%, синегнойная палочка – 5,3%, протей – 3,5%. Среди микробных ассоциаций также преобладали стафилококки (65,8%).

В зависимости от тактики хирургического лечения больные с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей были разделены на контрольную и основную группы. Операции производились у 35 человек под местной анестезией, а у 76 человек в силу распространенности процесса – под общей анестезией.

Всем больным контрольной группы сразу после 3–4-часовой корригирующей терапии диабета производили широкое рассечение гнойного очага с удалением нежизнеспособных тканей. В дальнейшем в фазе воспаления на рану накладывали повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия и мазью «левомеколь». В фазе регенерации использовали повязки с мазями «Ируксол», «солкосерил».

В комплекс лечения помимо инсулина включали витамины группы В, аскорбиновую кислоту, дезинтоксикационные средства, дезагреганты, антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты.

У больных второй группы оперативное вмешательство проводилось в два этапа, причем первый не отличался от вышеописанного. Сразу же после операции больным назначался суццинат натрия по 0,5 г два раза в сутки в течение 10 дней в сочетании с кордиамином. Известно, что суццинат натрия снижает и предупреждает тромбообразование, уменьшает сосудистое сопротивление, усиливает тканевый кровоток, повышает утилизацию кислорода и тканевый обмен, корригирует метаболический ацидоз, повышает резистентность тканей к повреждающим воздействиям, способствует лучшему проникновению лекарственных веществ через биологические мембраны и снижает их токсичность [1, 2, 4, 5]. В процессе лечения местно применяли бализ-2, представляющий собой прозрачную бесцветную или слегка желтоватую жидкость со слабым характерным запахом, получаемую путем ферментации бактерий. Бализ-2 обладает антибактериальной активностью в отношении стафилококка и, в меньшей степени, протей и синегнойной палочки. Препарат способствует отторжению некротических тканей и разжижению гноя, стимулирует репаративные процессы в ране, оказывает местное раздражающее действие. При гнойных ранах поверхность обрабатывалась раствором бализа-2 вместо обычных антисептических препаратов, затем на нее накладывалась обильно смоченная препаратом марлевая салфетка на 15 минут, после чего накладывалась такая же салфетка на 10–12 часов. В некоторых случаях раны промывались бализом-2 с помощью шприцов и микроиригаторов. При применении препарата возможны болевые реакции, которые снимались раствором новокаина: предварительно накладывали на несколько минут марлевую салфетку, смоченную 2%-ным раствором новокаина.

После уменьшения перифокального воспаления вокруг раны, очищения ран от некротических тканей, появления ярких, сочных грануляций, компенсации сахарного диабета, восстановления гомеостаза и улучшения общего состояния больных выполняли в среднем на 10–14-е сутки второй этап хирургического лечения. Производили хирургическую обработку раны с наложением ранних вторичных швов и дренированием её перфорированной силиконовой трубкой. Дренажи промывали 0,05%-ным раствором хлоргексидина или раствором фурациллина (1:500) в течение 3–5 дней с использованием активно-проточного метода. В послеоперационном периоде назначали антибиотики (с учетом данных антибиотикограммы) и проводили интенсивную корригирующую терапию. В связи с тем что инсулиновая недостаточность значительно нарушает процесс регенерации, удлиняя сроки заживления ран, швы снимали на 10–11-е сутки.

Результаты и обсуждение

Контрольную группу составили 72 человека, лечение которых проводили традиционными методами. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила $36,8 \pm 0,51$ койко-дней. Из 72 человек умерли 3 (4,2%) больных (2 – от сепсиса, 1 – от повторного инфаркта миокарда).

У больных основной группы оперативное вмешательство состояло из двух этапов, методика которого описана выше. У 84,6% больных этой группы раны заживали по типу первичного натяжения. У остальных 6 (15,4%) оперированных наблюдалось частичное нагноение послеоперационной раны. Средний койко-день

у больных этой группы составил $26,8 \pm 0,4$. Летальных исходов не наблюдали.

Сахарный диабет, а тем более в сочетании с гнойной инфекцией мягких тканей вызывает расстройство локального кровотока в коже и подкожной основе ко всей поверхности тела, обуславливая тотальную микроангиопатию, что, в свою очередь, является одной из причин повышенной инвазивности к гнойной инфекции кожи при этой эндокринной патологии. Нами установлено, что на процесс заживления ран при сахарном диабете существенное влияние оказывает состояние микроциркуляции. Изучая состояние парциального давления кислорода в тканях, можно прогнозировать течение раневого процесса у больных сахарным диабетом после наложения швов.

В динамике $TcPO_2$ изучалось у 39 больных основной группы с различными гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей до операции и после неё. Большое влияние на исходный уровень $TcPO_2$ оказывала тяжесть инсулиновой недостаточности. У больных с легкой степенью тяжести сахарного диабета исходный уровень $TcPO_2$ составлял в среднем $33,1 \pm 3,0$ мм рт. ст., со средней – $29,3 \pm 1,9$ мм рт. ст., с тяжелой – $21,8 \pm 4,5$ мм рт. ст.

В среднем напряжение кислорода в тканях у больных сахарным диабетом с гнойно-септическими заболеваниями различной локализации составило $28,4 \pm 3,1$ мм рт. ст.

После проведенного комплекса лечения с включением суццината натрия изучение показателей $TcPO_2$ проводилось по периметру ушной и гнойной раны из разных точек, на 3 см от её края. На симметричном здоровом участке тела в начале второго этапа лечения $TcPO_2$ составило $38,6 \pm 1,7$.

Первые трое суток послеоперационного периода показатели $TcPO_2$ на расстоянии 3 см от края ушной раны были ниже критической величины (33 мм рт. ст.), но с тенденцией к увеличению. Локальная гипоксия свидетельствовала о нарушении кровообращения вокруг ушной раны. Это объясняется операционной травмой с развитием инфильтрации мягких тканей, микротромбозами сосудов и их повреждением, а также натяжением швов.

На 5-е сутки показатели превышали критическую величину, составляли $33,5 \pm 1,8$, к 10-му дню лечения достигали $38,5 \pm 1,8$. В этом случае операционные раны заживали по типу первичного натяжения [2].

У 6 больных с тяжелой формой сахарного диабета из 39 анализируемых пациентов показатели $TcPO_2$ в тканях по примеру ушной раны в течение первых трех дней послеоперационного периода оставались на низких значениях и не имели тенденции к увеличению. В этом случае в ходе дальнейшего наблюдения раны повторно нагноились. Повторное нагноение раны зависит от тяжести течения сахарного диабета и его компенсации. Поэтому активное хирургическое лечение гнойно-септических заболеваний мягких тканей у пациентов с инсулиновой недостаточностью может применяться только после компенсации сахарного диабета, восстановления регионарного кровотока и улучшения процессов гомеостаза.

Таким образом, применение суццината натрия совместно с активаторами суццинагидрогеназы и традиционными сосудистыми препаратами улучшает микроциркуляцию в коже и глубокий кровоток. Использование суццината натрия является целесообразным в условиях микро- и макроангиопатии.

Хирургическое лечение больных с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета следует разделять на два этапа. На первом этапе осуществляется широкое рассечение гнояника в сочетании с медикаментозной терапией и с использованием сульфата натрия. Вторым этапом с наложением вторичных швов выполняется через 10–14 суток после первого этапа. Сроки пребывания больного в стационаре сокращаются в среднем на 10 дней.

Изучение динамики парциального давления кислорода $TcPO_2$ в тканях вокруг ушитой раны позволяет следить за течением раневого процесса в послеоперационном периоде. Если показатели $TcPO_2$ в послеоперационном периоде вокруг ушитой раны остаются ниже с тенденцией к увеличению критической величины (33 мм рт. ст.), то раны заживают по типу первичного натяжения. Если же в послеоперационном периоде показатели $TcPO_2$ остаются на низких значениях без тенденции к увеличению, то раны в этом случае нагнаиваются.

Снижение $TcPO_2$ происходит еще за 2–3 дня до проявления клинических признаков нагноения раны. Поэтому изучение динамики показателей напряжения кислорода в тканях служит ценным прогностическим

приемом и позволяет своевременно и обоснованно вносить необходимую коррекцию в лечение больных сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамкулов Х. Д., Гацура В. В. Влияние сульфата натрия на некоторые показатели углеводного обмена ишемизированного миокарда // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 1976. – Т. 82. № 12. – С. 1439–1441.
2. Кондрашова М. Н., Маевский Е. И., Бабаян Г. В. и др. Адаптация к гипоксии посредством переключения метаболизма на превращения янтарной кислоты // Митохондрии. Биохимия и ультраструктура. – М., 1973. – С. 112–129.
3. Кулешов Е. В. Хирургические заболевания и сахарный диабет. – Киев: Здоров'я, 1990. – 180 с.
4. Никулин А. А., Храпова С. И., Тебякина Е. А. и др. К вопросу о влиянии янтарной кислоты на свертываемость крови и баланс катехоламинов // Фармакол. и токсикол. – 1988. – Т. 51. № 3. – С. 45–48.
5. Стручков В. И., Гостищев В. К., Стручков Ю. В. Руководство по гнойной хирургии. – М.: Медицина, 1984. – 509 с.

Поступила 29.09.2010

Г.К. КАРИПИДИ

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ НАДСТЕНОТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79184807200

В статье описаны результаты интраоперационного исследования ушитых перфоративных язв, обозначены основные патолого-анатомические структуры надстенотической части двенадцатиперстной кишки и гастродуоденального перехода. Полученные сведения о патоморфологии ушитых язв свидетельствуют об их огромном морфологическом разнообразии, необходимости индивидуального подхода в хирургическом лечении ушитых перфоративных язв.

Ключевые слова: патоморфология стеноза, гастродуоденальный переход.

G. K. KARIPIDI

PATHOANATOMICAL STRUCTURES ABOVE A STENOSIS PART OF A DUODENUM AND GASTRODUODENAL TRANSITION

Chair of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +79184807200

In article results intraoperation ulcers are described, the basic pathofnftomical structures above a stenosis parts of a duodenal gut and gastroduodenal transition are designated. The received data about pathomorphology sewed up ulcers testify to their huge morphological variety, necessity of an individual approach for surgical treatment sewed up perforation ulcers.

Key words: pathomorphology stenosis, gastroduodenal transition.

Введение

Самыми информативными в интраоперационной диагностике дуоденального рубцово-язвенного стеноза, его уровня, формы и выраженности являются анатомические структуры надстенотического расширения, т. к. сегментарное (кисетное) или тубулярное сужение просвета ДПК независимо от его степени всегда сопровождается вторичным надстенотическим расширени-

ем. По форме настенотическое расширение ДПК может быть с псевдодивертикулами и без них, т. е. иметь одну общую мешковидную полость.

По механизму формирования псевдодивертикулы разделяем на пульсионные, тракционно-пульсионные и тракционные. Каждая форма отличается своими структурными особенностями. Тракционные псевдодивертикулы могут формироваться на любом уровне