

ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ: ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ

ВЛИЯНИЕ ГИПОАЛЬБУМИНЕМИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ НАГНОЕНИЯХ

БАШИЛОВ Н.И.

ФГКУ 321 военный клинический госпиталь Минобороны РФ, Чита
nikita.bashilov@gmail.com

Актуальность: несмотря на успехи современной клинической медицины, уровень летальности при гнойно-деструктивных заболеваниях легких достигает в некоторых случаях 10%. Вместе с тем известно, что исследование степени гипоальбуминемии позволяет прогнозировать течение заболеваний и вероятность развития летального исхода.

Материалы и методы: было проведено ретроспективное исследование клинических случаев гнойно-деструктивных заболеваний легких; регистрировались параметры общеклинического, биохимического анализа крови при поступлении в специализированный стационар; степень эндогенной интоксикации определялась при помощи лейкоцитарного индекса интоксикации (по Кальф-Калифу).

Результаты: проанализированы показатели лабораторных исследований 40 клинических случаев нагноений легких (медиана (Ме) возраста 46,3 г.), средний уровень лейкоцитов (Лц) крови составил $10,4 \times 10^9/\text{л}$ (Ме $9,8 \times 10^9/\text{л}$), средний ЛИИ 1,8 (Ме 1,3), среднее содержание альбумина в плазме крови 46,8 мг/л (Ме 42,6 мг/л). Выделена группа (12 пациентов) с зарегистрированным состоянием гипоальбуминемии (содержание альбумина плазмы крови менее 35 г/л) и группа контроля (28 больных). Среднее содержание Лц в группе с гипоальбуминемией составило $11,2 \times 10^9/\text{л}$ (Ме $10,4 \times 10^9/\text{л}$), средний ЛИИ – 2,7 (Ме 1,8), средний уровень альбумина крови 32,7 мг/л (Ме 33,6 мг/л). В контрольной группе данные показатели составили $9,6 \times 10^9/\text{л}$ (Ме $9,2 \times 10^9/\text{л}$), 1,8 (Ме 1,3), 42,7 мг/л (Ме 42,2 мг/л) соответственно. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного приложения MS Excel. При анализе получено, что значение ЛИИ в группе пациентов с состоянием гипоальбуминемии достоверно выше (t-критерий Стьюдента – 1,9, $P_0 < 0,05$), разница содержания Лц крови недостоверна (t-критерий Стьюдента – 1,4, $P_0 < 0,09$).

Выводы:

1. Состояние гипоальбуминемии обуславливает повышение выраженности эндогенной интоксикации и тяжести течения гнойно-деструктивных заболеваний легких.

2. Регистрация уровня альбумина плазмы крови позволяет прогнозировать степень тяжести хирургической инфекции.

3. Коррекция гипоальбуминемии способствует повышению эффективности комплексного лечения нагноений легких.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ВОРОБЬЕВ А.А., МИРОНОВА И.С., БРЕХОВ Е.И., КАЛИННИКОВ В.В.

ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, Москва

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, кафедра хирургии с курсом эндоскопии, Москва
andvor1@yandex.ru

Актуальность проблемы: пациенты гнойно-хирургического профиля стационара значительно чаще относительно других хирургических специальностей сопряжены с необходимостью «открытого» ведения ран. Инфекционная агрессия, внутритканевая гипоксия, преморбидный фон в совокупности определяют особенности течения раневого процесса и формируют ряд объективных повседневных проблем в практической работе. Обильное и агрессивное раневое отделяемое, изменчивость и полирезистентность микрофлоры, риск продолженных некрозов мягких тканей, низкая репаративная активность, ригидность краев раны – данные особенности течения раневого процесса вынужденно приводят к увеличению сроков лечения и дополнительным материальным затратам. Ранняя адекватная хирургическая санация гнойного очага на фоне комплексной рациональной этиотропной и патогенетической терапии являются неотъемлемым и необходимым условием для обеспечения выздоровления пациента. Внедрение в повседневную практику дополнительных физических методов обработки и лечения ран (ультразвуковой кавитации (УЗК) и вакуумной терапии) у пациентов гнойно-хирургического профиля способствуют созданию более благоприятных условий для течения раневого процесса, что способствует сокращению сроков лечения.

Цель работы: оптимизация условий течения раневого процесса у пациентов с гнойными и длительно незаживающими ранами мягких тканей различной этиологии, посредством комплексного применения дополнительных физических методов обработки и лечения ран.

Материалы и методы: проведен выборочный анализ результатов лечения 74 пациентов с гнойными и инфицированными ранами мягких тканей различной этиологии, находящихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ в период с ноября 2011 г. по декабрь 2017 г. В группу наблюдений вошли 92 пациента. 12 пациентов с обширными (S до 500 см^2) посттравматическими инфицированными раневыми дефектами различной локализации. 12 пациентов, перенесших высокую ампутацию на уровне $c/3$ или $в/3$ бедра, по поводу гангрены, на фоне СД 2 типа (9), с открытым ведением послеоперационной культы. Пациенты (30) с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (абсцессы, флегмоны туловища, конечностей). Пациенты (18) с вакуум-ассистированным ведением реципиентной раны после аутодермопластики свободным перфорированным лоскутом. Комплексное лечение пациентов (20) с гнойно-деструктивными изменениями дистальных отделов нижних конечностей у пациентов с осложненным течением нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Данным пациентам проводилось комплексное лечение с учетом показаний, включающее этиотропную антибактериальную, антикоагулянтную, обезболивающую, противовоспалительную терапию, превентивную противоязвенную терапию, при необходимости – коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, коррекция гликемии (у пациентов с СД).

Местное лечение гнойных ран мягких тканей, с санацией р-рами антисептиков, применением мазей на полиэтиленгликолевой основе, альгинатных повязок, суперабсорбирующих повязок для интерактивной терапии раны во влажной среде было дополнено этапными физическими обработками раны методом низкочастотной ультразвуковой кавитации с последующей вакуумной терапией, проводимыми на 0–5-е сутки после проведенной первичной хирургической санации гнойного очага и/или после этапной некрэктомии зон продолженных и вторичных некрозов мягких тканей. Условием применения вакуумной терапии, являлось обеспечение стабильного гемостаза, а также проведение дополнительной деконтаминации посредством предшествующей обработки раны методом ультразвуковой кавитации. ВАК-система устанавливалась на срок от 48 до 96 часов, с отрицательным давлением в диапазоне от -90 до -125 мм водного столба, в постоянном и/или перемежающемся режиме. В последующем выполнялась переустановка системы вакуумной терапии с ревизией послеоперационной раны и предварительной этапной обработкой раны методом УЗК. В ряде случаев переходили на этапное открытое ведение раны.

Результаты лечения: на фоне дополнительного комплексного применения физических методов обработки

и лечения ран (УЗК и вакуумная терапия) удалось снизить частоту развития вторичной раневой инфекции, обеспечить дополнительную деконтаминацию (снижение числа КОЕ патогенных штаммов), сократить сроки очищения раневой поверхности и формирования грануляционной ткани. Наряду с этим, благодаря эффекту вакуумной терапии, в более ранний срок отмечалось сокращение объема раневой полости с адаптивным эффектом положения краев раны. В случаях применения вакуумной терапии на реципиентных ранах, после аутодермопластики свободным перфорированным лоскутом отмечалась более ранняя стабилизация кожного трансплантата. На более ранних сроках отмечались признаки регрессирования перифокальной и общей воспалительной реакции (снижения уровня лейкоцитоза, нормализация температуры тела) за счет снижения местной резорбции раневого экссудата. На фоне сочетанной стимуляции раневой поверхности УЗК и вакуумной терапии отмечены клинические признаки активизации микроциркуляторного звена (увеличение уровня транскутанной оксигенации). Снизилась кратность перевязок раны, что способствовало улучшению психоэмоционального самочувствия пациентов. Снизилась нагрузка на медицинский персонал перевязочного кабинета. Таким образом, были улучшены результаты лечения и достигнуто сокращение сроков «открытого» ведения раны.

Выводы: этапное комплексное применение физических методов обработки и лечения раны (ультразвуковая кавитация и вакуумная терапия) на фоне комплексной терапии позволило улучшить клинические результаты и сократить сроки стационарного лечения пациентов гнойно-хирургического профиля с «открытыми» ранами мягких тканей различной этиологии. Актуальным остается вопрос доступности современных технических и методологических решений в аспекте работы страховой медицины, исходя из фактической потребности пациента.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

ГОРИН С.Г., КАНАЕВ А.С., ГУСЕЙНОВ А.И.

ГБУЗ ГВБ №2 ДЗМ, Москва
ali-gus@yandex.ru

Актуальность. В настоящее время гнойная суставная инфекция занимает одно из основных мест в хирургической практике и составляет сущность многих заболеваний, травм и послеоперационных осложнений. Необратимая потеря функции сустава развивается у 25–30% больных. Частота летальных исходов при гнойных артритах существенно не изменилась за последние 25 лет и составляет около 5–10%. К настоящему времени предложено значительное количество различных методов лечения гнойно-воспалительных процессов, в том числе основанных на использовании лазерного излучения, ультразвука, вакуумирования, обработок струей антисептика, сорбционной терапии и др. Разработано множество методик санаций гнойного очага при данной патологии, от пункционной