

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  $500 \text{ см}^2$ ) 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 противозвонную терапию, при необходимости — коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, коррекцию 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

аспирации экссудата с последующим внутрисуставным введением антимикробных веществ до артротомии с резекцией сустава. Имеющиеся в арсенале хирургов методы лечения гнойно-воспалительных процессов многочисленны, но имеющиеся литературные данные указывают, что тот или иной метод обладает рядом недостатков: побочные эффекты, низкая эффективность, однонаправленность действия, дороговизна применения. В связи с этим, фундаментом данной работы послужили неудовлетворительные результаты лечения больных с гнойными артритами различной этиологии и локализации.

Цель исследования — повышение эффективности лечения гнойных артритов с помощью артроскопической санации гнойного очага с последующей установкой проточно-промывной системы.

Материалы и методы: В ГВВ №2 с сентября 2015 по август 2017 гг. в отделении гнойной хирургии проведено 9 (6 женщин, 3 мужчин) артроскопических санаций при гнойном гонитак. Диагноз устанавливался в соответствии с европейскими критериями. Следует отметить, что во всех случаях гнойный экссудат находился в полости сумки, в связи с чем заболевание рассматривалось как эмпиема коленного сустава. Эта форма гнойного артрита имеет относительно благоприятное течение. Средний возраст пациентов 78 лет. Все имели сопутствующие заболевания.

С учетом возрастных особенностей и сопутствующей патологии принято решение о диагностическо-санационной артроскопии коленного сустава с дебридментом и установкой поточно-промывной системы под видеоартроскопом. Метод был выбран как малоинвазивный высокоинформативный и высокотехнологичный способ, позволяющий установить глубину гнойно-септического процесса, жизнеспособность хрящевой ткани и определение распространения спаечного процесса в полости сустава, а также как лечебно-санационная техника с целью вымывания патологического секрета из всех заворотов коленного сустава.

Результаты: После стандартной укладки пациента и подготовки операционного поля под наркозом производилась установка артроскопических портов в нижнебоковых доступах. После окончания дебридмента операция завершалась установкой проточно-промывной системы через существующие отверстия под контролем видеоскопа.

В дооперационном и послеоперационном периодах проводилась комплексная интенсивная терапия, антибактериальная терапия с учетом посевов. Проточно-промывная система проводилась раствором «лавасепт» в пределах 5–7 дней. Также в комплексном лечении данных пациентов проводилась эфферентная терапия с использованием ВЛОК (внутривенозного лазерного облучения крови).

У всех 9 пациентов удалось ликвидировать воспалительный процесс в полости сустава без применения традиционной артротомии. Частично восстановились движения в суставе. Средний койко/день составил 10.

Выводы: метод артроскопической санации гнойного очага с последующей установкой проточно-промывной системы является высокоэффективным, малоинвазив-

ным, экономически оправданным; позволяет сократить пребывание в стационаре и получить хороший, стойкий клинический результат.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

ГРИНЦОВ А.Г., АНТОНЮК С.М., АХРАМЕЕВ В.Б., ЛУЦЕНКО Ю.Г., АНДРИЕНКО И.Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк  
aevnina@mail.ua

Как известно, ранние осложнения после оперативных вмешательств на кишечнике многочисленны, однако, по нашему мнению, наиболее важными среди них являются гнойно-деструктивные поражения этого органа (ГДПК), ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) и внутрибрюшные абсцессы (ВА). Целью работы является анализ собственных данных по указанной проблеме и обоснование некоторых предложений по оптимизации ее решения.

Материал и методы. Нами изучены результаты лечения 363 больных с перечисленными осложнениями после различных операций на кишечнике. Среди них с ГДПК было 207 человек, с РСКН — 87, с ВА — 69. Мужчин лечилось 229, женщин — 134. Возраст больных колебался от 21 до 79 лет. У значительного числа пациентов (83) имел место обструктивный процесс в тонкой кишке (ТК), когда наличие дефекта в ее стенке обуславливало перерыв пассажа химуса дистальнее очага деструкции (ОД). При этом такой вариант у 29 больных относился к проксимальному отделу ТК. У 46 пациентов процесс не был отграничен от свободной брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Верификация ГДПК осуществлялась во время повторной операции либо после простого разведения краев послеоперационной раны, а у части больных (46) процесс развился на эвентрированных кишечных петлях. При наличии отграниченного необструктивного процесса в ТК, основным методом лечения было закрытие дефекта кишки поролоном в два-три слоя (в зависимости от глубины раны). Пролечено 76 больных. Обычно поролоновые пелоты укреплялись бинтовой повязкой либо бандажом.

При наличии обструктивного процесса в проксимальном отделе ТК, только раннее восстановление кишечного пассажа дистальнее ОД является реальной мерой спасения жизни больных. Для случаев, где локальные признаки были наиболее выражены, нами разработаны способы резекции ТК с временной двустольной энтеростомой и выключением ОД. Способы применены соответственно у 20 и 6 больных.

При подозрении на РСКН решающим фактором считаем остановку продвижения контрастной массы в случаях изучения ее пассажа по кишечнику.

Мы являемся категорическими противниками дренирования брюшной полости после операций висцеролиза, без вскрытия просвета кишок, а также разделения плот-