у 6 пациентов (20,7%). Осложнения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной и церебральной систем зарегистрированы у 14 пациентов (48,3%). Изолированное нагноение лапаротомной раны возникло у 4 пациентов (13,8%). Ушивание всех слоев брюшной стенки реализовано у 23 пациентов (79,3%). Послеоперационные вентральные грыжи возникли у 6 пациентов (20,7%). Летальный исход в 12 случаях (41,4%).

Выводы: система управляемого отрицательного давления Suprasorb CNP обладает хорошей дренирующей способностью брюшной полости, также применима в качестве временного закрытия брюшной полости при лечении распространенного гнойного перитонита, когда хирургическая операция завершается формированием лапаростомы; позволяет добиться регресса перитонита, что при оценке ИБП выражается в его снижении.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАН У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Галимзянов Ф.В., Лазарева М.А.

Уральский государственный медицинский университет,
Свердловская областная клиническая больница № 1,
Уральское отделение РАН (институт иммунологии и физиологии), Екатеринбург

Цель. Улучшить результаты лечения гнойно-некротических ран передней брюшной стенки у больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом и панкреатогенной флегмоной.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты лечения в нашей клинике 1113 пациентов с абдоминальной хирургической инфекцией. С панкреатогенной флегмоной 789 человек. Панкреатогенные флегмоны лечили по методике, разработанной нами в 1997 году, не предполагающей использования широких разрезов. Больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом было 324. Тяжелый абдоминальный сепсис при панкреатогенной флегмоне имел место у 765 (96,9%) из 789 пациентов, при разлитом фибринозно-гнойном перитоните у всех больных был тяжелый абдоминальный сепсис. У них применяли метод лапаростомии, особенно при обширных нагноениях зоны оперативного вмешательства. В последующем после очищения раны были возможны программированные санации брюшной полости из мини-лапаростом длиной до 5 см на передне-боковой и боковой поверхностях брюшной стенки.

Для снижения травматичности санаций применяли специальный набор инструментов с ирригационно-аспирационными насадками. Средний возраст пациентов составил 42±1,86 лет. У большинства больных течение заболевания сопровождалось обширной некротической флегмоной зоны оперативного вмешательства. При оперативном вмешательстве применяли хирургическую обработку гнойных ран с использованием аргоноплазменной коагуляции (АПК) и ультразвука (орошали гнойную полость 1% раствором диоксидина через волновод аппарата). При хирургической обработке для санации гнойной раны передней брюшной стенки применяли струю аргоновой плазмы с целью коагуляции поверхности мягких тканей, пропитанных гноем, создавали тонкий слой струпа монополярным, бесконтактным методом воздействия и затем поэтапно осуществляли некрэктомию. Ультразвуковое хирургическое лечение брюшной полости выполняли аппаратом кавитационным «ФОТЕК АК 100», разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург) в комплекте с ультразвуковым акустическим узлом и наконечником в защитном чехле. Рабочий инструмент имел ирригационный канал, по которому подавался 1% раствор диоксидина на раневую поверхность.

Результаты и обсуждение. При изучении непосредственных результатов включение в хирургическую обработку раневой поверхности дополнительных методов физического воздействия (ультразвуковых волн и факела аргоновой плазмы) позволило добиться очищения раневой поверхности и бактерицидного эффекта в 2 раза быстрее ($P<0,05$), чем без них. Переменное звуковое давление в жидкой среде вызывало кавитацию, что позволяло качественно очистить раневую поверхность от гноя, некротических масс, раневого детрита и произвести экстракцию патологического содержимого из глубинных слоев тканей. Кроме того, обеспечивался бактерицидный эффект в отношении патогенной микрофлоры, а также происходило стимулирование репаративной регенерации тканей. Бесконтактный метод воздействия высокочастотным аппаратом с аргон-усиленной коагуляцией позволял санировать раневую поверхность и малотравматично удалять некротизированные мягкие ткани за счет ограничения глубины термовоздействия и исключения прилипания электрода к тканям. Кроме того, осуществлялась эффективная коагуляция при диффузных кровотечениях. При интегральной оценке тяжести состояния степень полиорганной дисфункции имела равномерное течение с тенденцией к снижению в более ранние сроки, чем в группе больных, где не применялись дополнительные методы обработки раневой поверхности.

У пациентов с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом дополнительные методы хирургической обработки раневой поверхности позволяли осуществить более раннее закрытие лапаростомы (4-10 сутки) с наложением вторичных швов и дренирование брюшной полости из мини-лапаростом, что способствовало неосложненному заживлению (без образования обширных вентральных грыж). Преимущества мини-лапаростом в отсутствии травматизации основной раны, в то же время в сохранении имеющихся преимуществ традиционной лапаростомии (внутрибрюшное давление равно атмосферному и значительно ниже, чем в закрытой, что ведет к улучшению микроциркуляции в кишечной стенке и раннему восстановлению ее моторной функции, лучшая аэрация брюшной полости, что препятствует развитию анаэробной микрофлоры). В то же время при мини-лапаростомиях реже развивались эвентрация кишечника, реинфицирование лапаротомной раны, реже образовывались кишечные свищи.

Заключение. С целью повышения эффективности в комплекс лечения больных абдоминальной хирургической инфекцией (при панкреатогенной флегмоне и разлитом фибринозно-гнойном перитоните), как дополнительный метод рекомендуется включать методы ультразвуковой и бесконтактной аргоноплазменной обработки раневой поверхности. Для орошения гнойной полости рекомендуем использовать 1% раствор диоксидина.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПРОЛЕЖНЕЙ КОЖИ В ОБЛАСТИ ТАЗА

Гарипов Р.Р., Адмакин А.Л.

ФГБ ВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

Пролежни кожи являются тяжелым и трудным в лечении осложнением травм различной этиологии. Среди причин развития пролежней можно выделить черепно-мозговую травму, спинальную травму, тяжелые ожоги, множественную сочетанную механическую травму и др. Во всех этих случаях пациент находится в обездвиженном или малоподвижном состоянии по причине вынужденной фиксации или при наличии у него вегетативного состояния.

При нахождении в лежачем положении пациент, как правило, пролеживает область крестца и вертелов. Эти места характеризуются выступающими костными структурами с достаточно большой относительной массой данного сегмента тела. Пролежни наиболее часто развиваются в пер-