существенно корригирует патологические процессы, обусловливая положительную динамику клинико-лабораторных показателей.

Выводы: включение в комплексное лечение острой кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, антиоксиданта этоксидола позволяет влиять на патогенетически значимые компоненты заболевания, в частности на свободно-радикальные реакции процесса перекисного окисления липидов и фосфолипазную активность, что приводит к быстрой коррекции энтеральной недостаточности и в целом обусловливает улучшение основных показателей течения раннего послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАЗЛИТЫМ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Богомягкова Т.М., Лазарева М.А.

Первая областная клиническая больница, г. Екатеринбург, Россия

Цель: изучить результаты лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом.

Материал и методы: Настоящее исследование проведено у 132 человек. Пациенты по способу лечения были распределены на две группы.

Первую группу составили 56 больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, тяжелым сепсисом, которым проводились санации брюшной полости после первичного вмешательства по клиническим показаниям. Во вторую группу включили 76 аналогичных пациентов, которым применялся разработанный нами способ хирургического лечения и дренирования брюшной полости.

При хирургической обработке для санации гнойной раны передней брюшной стенки применяли струю аргоновой плазмы, создавали тонкий слой струпа монополярным, бесконтактным методом воздействия и затем осуществляли некрэктомию. Также производилась ультразвуковая кавитация брюшной полости аппаратом кавитационным «ФОТЕК АК 100», разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург).

Всем больным, помимо хирургического лечения, проводилась комплексная консервативная терапия.

Результаты и обсуждение: по шкале APACHE II тяжесть состояния в первой группе составляла 21 ± 5,4 балла; во второй группе – 21,5 ± 4,3 балла. По шкале SOFA в первой группа - 7,1 ± 1,9 балла; во второй группе – 7,1 ± 1,8 балла. По шкале «Екатеринбург-2000» в первой группе – 243,7 ± 103,8 баллов; во второй группе – 299,8 ± 102,8 баллов.

Повторная релапаротомия в 1 группе осуществлялась через 4.2±5.4 дня. Количество релапаротомий в среднем на человека проводилось 3.3±2.8 раза. Во 2 группе релапаротомия выполнялась ежедневно, количество релапаротомий в среднем на человека составляло 6.4±3.6 раз.

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, способствующую возникновению сложного комплекса физико-химических и биологических процессов в озвучиваемых тканях. Это приводило к качественной очистке раневой поверхности от гноя, некротических масс, раневого детрита, экстракции патологического содержимого из глубинных слоев тканей, а также к усилению импрегнации лекарственных веществ в глубину тканей с созданием в них депо лекарственных веществ. 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 термо воздействия и исключения прилипания электрода к тканям. Кроме того, осуществлялась эффективная коагуляция при диффузных кровотечениях.

При изучении непосредственных результатов релапаротомий по программе выявили, что при интегральной оценке тяжести состояния у больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом в этой группе степень полиорганной дисфункции имела равномерное течение с тенденцией к снижению в более ранние сроки, чем в группе больных, где релапаротомии делались по требованию. Летальность была в 2,5 раза меньше, чем

при санациях брюшной полости по требованию, соответственно, 21.1±4.7% и 51.8±6.7% (P < 0,01). Длительность нахождения больных в РАО была меньше в 1,4 раза, соответственно, 10.0±1.4 и 14.0±1.9 дней (P < 0,1). Длительность пребывания пациентов в стационаре также уменьшалась на 3.3 дня, соответственно, 29.0±0.9 и 32.3±1.2 дней (P < 0,05).

Выводы: улучшить результаты лечения у больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом и тяжелым сепсисом можно при этапной тактике хирургического лечения, программных санациях брюшной полости. С целью повышения эффективности в комплекс лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, как дополнительный метод, рекомендуется включать методы ультразвуковой и бесконтактной аргоноплазменной обработки раневой поверхности передней брюшной стенки.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭБЕРПРОТ-П® (ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Галстян Г.Р.[1], Анциферов М.Б.[2], Гурьева И.В.[3], Токмакова А.Ю.[1], Доронина Л.П.[1], Комелягина Е.Ю.[2], Волковой А.К.[2], Хлопина М.В.[3], Кошелев Р. В.[3]

[1]ФГБУЗ «Эндокринологический научный центр», Москва, [2]ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», [3]ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, Москва

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность внутритканевого введения препарата Эберпрот-П® у больных с нейропатической и нейро-ишемической (без критической ишемии) формами синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Проспективное, открытое, многоцентровое клиническое исследование, в которое были включены 39 пациентов (мужчины и женщины) в возрасте старше 18 лет с сахарным диабетом 1 и 2 типа с глубокими, не заживающими язвами стоп длительностью более 4-х недель , площадью ≥1 см^2, без поражения костных структур и клинических