

вых этапах (лечение ран, ампутации, ОПН и т. д.) медперсоналом не проводилось мероприятий по идущей параллельно атрофии нервно-мышечных групп.

2. Желательно более широкое применение больным СДС в восстановительном периоде таких физических факторов, как торфо-грязелечение, бальнеолечение радоновыми и сероводородными водами, которые несомненно повысят эффективность проводимого лечения.

Все больные СДС получили необходимые рекомендации по всей профессиональной трудовой деятельности, причем 69% из них могут вернуться к прежней работе, а 31% из всех больных нуждается в переквалификации своей трудовой деятельности.

Изучаются отдаленные результаты лечения больных СДС.

УДК 616—001.32''405''—002.3

С. М. НАЛБАНДЯН, И. В. ТАТКАЛО, О. Г. ТАНАНЯН, А. С. ШАВЕРДОВ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Целью настоящего сообщения является анализ наблюдений и оценка лечебных мероприятий, проведенных у групп больных, поступивших в филиал после катастрофического землетрясения.

Экстремальность была обусловлена поступлением большого числа пострадавших с тяжелыми обширными и сочетанными повреждениями в состоянии травматического и психического шока, доставляемых как непосредственно из зоны землетрясения всеми видами автомобильного транспорта, так и после кратковременного пребывания их в промежуточных (по трассе следования) районных лечебных учреждениях, в которых проводилась сортировка и оказывалась посильная первая помощь. Как правило, в первые часы и сутки больные поступали без какой-либо санитарной и хирургической обработки, в том виде, в каком они были извлечены из-под развалин.

Естественно, что все открытые повреждения (раны) были первично инфицированными, а наличие гепатом, разможенных тканей с нарушением кровообращения в раневой зоне, кровотечения, шока—все это способствовало резкому понижению сопротивляемости и иммунологических сил организма пострадавших. Тяжелейшим осложнением, с которым пришлось встретиться персоналу, явилось развитие у значительного числа пострадавших синдрома длительного сдавления.

О клинико-физиологических, биохимических, иммунологических,

гормональных и других показателях при СДС сказано в работах сотрудников соответствующих подразделений нашего филиала, здесь же мы остановимся на некоторых вопросах, касающихся лечения группы больных из 30 человек с гнойно-воспалительными осложнениями в сочетании с СДС которые были сконцентрированы в специально организованном отделении. Целесообразность этого была продиктована необходимостью проведения целенаправленного этиопатогенетического комплексного лечения, поскольку у этих больных процесс характеризовался более тяжелым течением и некоторыми особенностями, что потребовало проведения дополнительных тактических и лечебных мероприятий.

При микробиологическом исследовании раневого отделяемого высевались ассоциации стрепто-стафилококков с преобладанием синегнойной палочки. Анализируя наши наблюдения мы пришли к убеждению, что тяжесть состояния больных этой группы была обусловлена не столько микробным фактором, сколько степенью выраженности патологического процесса в зоне повреждения тканей.

В большинстве наблюдений, у переведенных в отделение больных с пониженной иммунологической реактивностью, раневой процесс протекал вяло, с небольшим повышением температуры. Раны обычно были покрыты фибринозным налетом серого цвета, с умеренным количеством жидкого гнойного отделяемого. Очищение от некротических тканей происходило медленно, а появляющиеся грануляции были бледными и атрофичными.

Было обращено внимание, что во всех случаях, проводимое комплексное лечение (плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ, УФО, баротерапия, медикаментозная детоксикационная и корригирующая инфузионная терапия) у больных, которые поступали в отделение в различные сроки после первичной хирургической обработки, не приводило к ощутимой положительной динамике и улучшению общего состояния.

Как выяснилось в процессе работы, причина этого крылась в прогрессировании патологического процесса вследствие длительного сдавления тканей, и ввиду отсутствия каких-либо повреждений кожных покровов в зоне сдавления, наличии скрытых и трудно выявляемых нежизнеспособных мышечных групп на значительном протяжении.

Следует отметить, что обнаруживаемые при ревизии патологически измененные мышцы, имевшие вид, «вареного мяса» и потерявшие связь с окружающими тканями, при повторной обработке даже не иссекались, а удалялись путем вытягивания их из фасциального ложа без дополнительных кожных разрезов.

После проведения хирургической коррекции (некрэтомии, ампутации, реампутации) состояние больных быстро улучшалось. Одному больному произведена ампутация, 6—реампутация, остальным—некрэтомия). Все повторные вмешательства проводились под адекватным анестезиологическим пособием. Умерло 3 больных (анафилактический шок; острая почечная недостаточность; общая интоксикация на фоне легочно-сердечной недостаточности).

Местное лечение гнойных ран основывалось на общепринятых принципах с широким использованием мазевых повязок, в состав которых были включены протеолитические ферменты, борная кислота, иммуностимуляторы. Действие ингибиторов протеаз (контрикала) на течение гнойного раневого процесса оказалось эффективным при его применении.

При проведении комплексной терапии было обращено внимание на то, что коррекция анемии цельной кровью вызывала у больных тем более сильную анафилактическую реакцию, чем выраженнее была анемия. В одном из подобных наблюдений, больному М. О., 27 лет, было перелито 250,0 цельной крови, после чего развился посттрансфузионный шок и несмотря на принятые меры он погиб через 6 часов. После же переливания отмытых эритроцитов под защитой кортикостероидов (а иногда и наркотиков), никаких отрицательных реакций не наблюдалось.

В комплекс лечебных мероприятий у этой группы больных была включена эндолимфатическая терапия, создающая в лимфатической системе оптимальную концентрацию антибиотиков, обеспечивающую их максимальный контакт с патогенными микроорганизмами.

Сотрудниками отделения эфферентных методов исследования и переливания крови (зав. Г. С. Оганесян), Д. Э. Авакяном и Э. А. Харабяном проведена эндолимфатическая терапия 14 больным (7 мужчин, 7—женщин) в возрасте от 6 до 33 лет. Им выполнено 18 катетеризаций лимфатических сосудов на нижних конечностях (12 чел.) и предплечья (2 чел.), у 3 из них—в сочетании с интранодулярным введением препаратов в паховые лимфатические узлы.

Показаниями к эндолимфатической антибиотикотерапии служили септические состояния, массивные некрозы мягких тканей, тяжелая пневмония и экссудативный плеврит. Помимо антибиотиков (фортум, глиндамицин, роцефин, грамаксин, гентамицин) вводились также контрикал и Т-активин.

Методика. Эндолимфатические инфузии растворов антибиотиков проводились через тонкий тефлоновый катетер, введенный в периферический лимфатический сосуд на стопе или предплечье больного. Катетеризация лимфатического сосуда дала возможность проводить повторные, а при необходимости—многократные инфузии антибиотиков. В случаях, когда катетеризацию (или пункцию) лимфатического сосуда нижней конечности невозможно было осуществить (высокая ампутация, обширное размоложение тканей), производилась катетеризация поверхностно расположенного пахового лимфатического узла. У 3 больных одновременно функционировало по два катетера, введенных на нижних конечностях. Введение препаратов осуществлялось при помощи шприц-пистолетов фирмы «Фризениус». Одномоментно вводилось 1/2 или 1/3 суточной дозы антибиотика, остальное количество—внутривенно. Суточная доза фортума и роцефина—по 1,0 сухого вещества, глиндамицина в растворе до 1—2 флаконов (по 6,0).

В зависимости от клинического течения заболевания и вида препа-

рата введение его осуществлялось как ежедневно, так и с интервалами в 24—48 часов. Продолжительность однократного введения препарата с помощью инъектора составляла 20—40 мин, объем вводимой жидкости от 2—3 до 15 мл. Длительность катетеризации периферических лимфатических сосудов колебалась в пределах 5—15 дней. Успешность функционирования катетера зависит от его качества (лучшими оказались тефлоновые, обычно применяемые для внутривенных вливаний), не менее важное значение имеет техника установки катетера в сосуде и надежность его фиксации. Авторы усовершенствовали методику фиксации катетера, используя наряду с лигатурами цианакриновый клей «Сульфкрилат 2». Опыт показал ненадежность методики эндолюминарного введения препаратов. Хорошие результаты получены при установке катетера на лимфатических сосудах голени.

Гнойно-воспалительные процессы, усугубленные СДС, отличаются полиморфизмом клинических форм и проявлений, при этом в значительной мере страдает лимфатическая система, в которой резко нарушается барьерная и иммунная функции, и она становится источником септицемии и токсемии.

Эндолимфатическое введение антибиотиков, иммуностимуляторов, ингибиторов протеолиза создает возможность поддержания в организме стабильной и длительной концентрации лекарственных препаратов, чего не всегда можно достичь при их введении в кровеносное русло. Этот путь введения целого ряда лекарственных веществ является важным составным элементом детоксикации организма и может быть рекомендован при проведении комплексной терапии у больных с синдромом длительного сдавления, сопровождающегося гнойно-воспалительными осложнениями.

УДК 616—001.32"405":615.835.3

Н. А. АГАЯН, Г. И. ХАНГУЛЯН, Э. Л. КОСТИНА, В. С. ПЕТРОСЯН,
Р. А. ОВАНЕСЯН, А. Р. ТРОЗЯН

БАРОТЕРАПИЯ В ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Нашей задачей в данной работе было изучение воздействия курса гипербарической оксигенации (ГБО) на отдельные стороны патологического процесса при синдроме длительного сдавления (СДС), его значимость, как фактора детоксикации и влияние на организм в целом. Объектом исследования явились 110 человек, пострадавших от землетрясения в Армении. Среди них мы выделили 2 группы. В основную группу вошло 60 человек, которым помимо других методов лечения в