

разнообразной аппаратуры и устройств, которые применяются для проведения операции, исключая широкий полостной разрез. При этом остаются проблемы с дезинфекцией и стерилизацией данной высокочувствительной аппаратуры, которые могут нести высокий вероятный риск инфицирования пациентов потенциальными возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Отделение эндоскопической хирургии ежегодно выполняет свыше 900 эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте, из которых до 40 % составляет проведение операции ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). РХПГ представляет собой прямой доступ в желчные пути при помощи эндоскопа, с последующим одновременным проведением рентгеноскопического и/или рентгенографического исследования. За период с 1996 по 2003 г.г. всего выполнено 2901 РХПГ.

РХПГ является малотравматичной, высоко инвазивной медицинской технологией. Малая степень хирургической агрессии обусловлена выполнением оперативного вмешательства через естественные физиологические отверстия. Метод является инвазивным, так как сопровождается использованием оборудования, которое трудно адекватно дезинфицировать и стерилизовать.

Применение малотравматичных эндоскопических вмешательств, позволило существенно снизить послеоперационные осложнения, в том числе и ВБИ. Однако, широкое внедрение инвазивных диагностических и лечебных вмешательств неизбежно приводит к росту ВБИ, связанных с ними. Для уменьшения заболеваемости ВБИ необходимо проводить оценку инфекционного риска медицинских технологий. Для этого проводится: описание медицинской технологии, применяемых аппаратов и материалов; расчет удельного веса изучаемой медицинской технологии в структуре всех медицинских пособий; выявление заболеваемости ВБИ в группе пациентов, которым применялась изучаемая технология; определение суммарной заболеваемости ВБИ после всех выполняемых медицинских вмешательств; расчет добавочного и относительного рисков присоединения ВБИ, связанных с изучаемой медицинской технологией; сравнительная оценка риска изучаемой медицинской технологии; микробиологическое мониторирование изучаемой технологии и эпидемиологическая оценка результатов; эпидемиологическое заключение о риске инфицирования пациента или персонала в процессе выполнения изучаемой медицинской технологии; эпидемиологическая коррекция медицинской технологии; оценка эффективности эпидемиологических мер.

Таким образом, оценка инфекционного риска является необходимым условием безопасного применения сложных медицинских технологий.

Эндолимфатическая и лимфотропная антибиотикотерапия в комплексном лечении разлитого перитонита

Хуранов А.А.

Нальчик

Лечение гнойного перитонита остается одной из важнейших проблем абдоминальной хирургии. В результате лечения 52 больных с разлитым гнойным перитонитом мы применяли эндолимфоантибиотикотерапию в сочетании с другими методами детоксикации.

К эндолимфатическому введению антибиотиков, как правило, приступали со второго - третьего дня после операции, если внутримышечные и внутривенные их введения оказывались недостаточно эффективными. Для эндолимфатического введения использовали следующие антибиотики: гентамицин 80мг/в сутки; цепорин 1000 мг/ в сутки; канамицин 500.000 ед. 2 раза в сутки; ампициллин 500.000 ед. 2 раза в сутки. Инфузию лекарственных препаратов осуществляли со скоростью от 0,5 до 1,0 мл/ мин. Используем отечественные шприцевые дозиметры типа «Вита». Препараты вводили в разовой дозе, 1-2 раза в сутки в течение 5-7 дней. Успех прямой антеградной эндолимфатической терапии зависит от надежной катетеризации сосуда, для чего необходимо применение прецизионной техники и оптических устройств. Существующий способ катетеризации сосудов в области стопы, голени не всегда удаётся выполнить из-за рассыпчатого анатомического расположения лимфатических сосудов на стопе. Таких больных было 22. Им проводилась лимфотропное введение антибиотиков по методике Левина Ю.М.

В последние годы при лапаротомиях для эндолимфатического введения антибиотиков используем один из брыжеечных лимфоузлов. Для этого, выбранный депульпированный лимфоузел катетеризируем тоненькой трубочкой, которую выводим наружу через рану.

У всех больных мы проводили клинико-биохимические исследования, определение уровня средних молекулярных масс (СММ), лейкоцитарный индекс интоксикации, динамику цитохимических показателей функционального состояния лейкоцитов.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что комплексная терапия разлитого гнойного перитонита более эффективна при эндолимфатическом введении антибиотиков. Об этом говорят уменьшение эндогенной интоксикации по показателям лейкоцитарного индекса интоксикации, средних молекулярных масс, температурной реакции организма, числа сердечных сокращений и других параметров.

Под воздействием эндолимфатической антибиотикотерапии раньше наступало улучшение самочувствия больных, нормализация клинико-физиологических показателей, сна, активности пациентов, повышение фагоцитарной активности лейкоцитов, улучшение цитохимических метаболических параметров нейтрофилов по сравнению с группой больных, которым антибиотикотерапия проводилась традиционным способом.

Таким образом, наш небольшой опыт применения эндолимфатической и лимфотропной терапии распространенных форм гнойного перитонита свидетельствует о высокой эффективности этого метода лечения и позволяет рекомендовать его для более широкого использования в ЛПУ. Считаем, что у всех больных с разлитым перитонитом необходимо применять эндолимфатическую или лимфотропную терапию. Внедрение данных способов лечения позволило сократить применение дорогостоящих антибиотиков и других препаратов на 30%, а также сократить сроки лечения на 3-5 суток.

Механизмы развития хронического состояния при псориазе

Цыганок С.С., Парахонский А.П.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Результаты анализа литературы и собственных иммунологических исследований свидетельствуют о наличии у больных псориазом иммунодефицитного состояния, характеризующегося дефицитом Т-клеточного звена иммунитета, дисбалансом иммуноглобулинов различных классов. Выявлены нарушения в содержании Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, В-клеток, активированных лимфоцитов, естественных киллеров. Установлена корреляция между сниженным коэффициентом соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров/цитотоксических клеток и тяжестью псориазического процесса. В системе гуморально-клеточной кооперации иммунокомпетентных клеток большое значение имеют полиморфно-ядерные нейтрофильные лейкоциты, функциональная активность которых исследовалась в тесте с нитросиним тетразолием (НСТ-тест), по активности фагоцитоза, миелопероксидазы, содержанию щелочной и кислой фосфатаз. Установлено, что изменения в иммунной системе при псориазе характеризуются стадийностью, коррелирующей с тяжестью и длительностью течения болезни. Как при остром, так и при затяжном течении болезни отмечалось умеренное повышение всех трёх классов иммуноглобулинов А, М, G, увеличение количества В-лимфоцитов (до 25,6%). Подавленной оказалась система Т-клеточного иммунитета: количество Т-лимфоцитов уменьшилось до 33,7%, Т-хелперов – до 18,7%. Все показатели фагоцитарной активности указывали на угнетение функций системы нейтрофильных лейкоцитов. Увеличение длительности и нарастание тяжести заболевания сопровождается более выраженной поликлональной активацией В-клеток, количественным и функциональным угнетением Т-системы, с преимущественным уменьшением числа Т-хелперов. Крайняя степень выраженности иммунодефицитного состояния наблюдается у лиц с псориазической эритродермией и артритом. У больных с бессимптомными бактериемиями НСТ-тест повышается на 23%, а при септических состояниях на 40% и более; цитологический показатель активности клеток (ЦПА-тест) повышается на 50-70%. Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных псориазом септического состояния бактериального

генеза. Проведенное исследование у больных псориазом состояния гемостаза выявило повышенную активность коагуляционного звена, обусловленную увеличением концентрации фибриногена и усилением активности антиплазминов. Гиперкоагуляция характеризуется внутрисосудистой активацией прокоагулянтного звена системы гемостаза, появлением в циркуляции тромбина, вызывающего протеолитическое расщепление фибриногена с последующим образованием фибрин-мономера и продуктов деградации фибрина. В сосудах начинают образовываться микроскопические тромбоцитарно-фибриновые микротромбы, то есть развивается I стадия синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, что характерно для хронического воспалительного процесса. Степень и характер изменений зависели от тяжести и клинического течения псориаза. На высоте клинических проявлений наблюдалась выраженная активация противосвёртывающей системы. Об этом свидетельствовали: увеличение продуктов деградации фибрина, снижение активности антиплазминов, удлинение тромбинового времени и повышение уровня свободного гепарина. Сохранение высоких уровней НСТ и ЦПА-тестов после лечения, сочетающихся с лейкоцитозом, лейкоцитарным сдвигом влево, снижением относительного и абсолютного числа лимфоцитов, моноцитозом, повышенной СОЭ, увеличенной активностью коагуляционного звена гемостаза, существованием остаточных инфлюэнций, подтверждает концепцию формирования хронического септического состояния с участием аутоиммунного конфликта псориазической болезни. Выявленные нарушения иммунного статуса при различных формах и длительности псориазической болезни свидетельствуют о наличии иммунодефицитного состояния характеризующегося дефектом, как Т- так и В-звена иммунитета, что обуславливает снижение резистентности организма к инфекционным агентам и частое развитие септических осложнений при тяжёлых формах псориаза.

Биохимические механизмы гомеостаза при перитоните

Шапошников В.И.

Государственная медицинская академия, Краснодар

Одной из главных задач в выработке адекватной тактики лечения при распространенном гнойном перитоните является определение до операции границы допустимых, а значит саморегулирующихся, нарушений гомеостаза, за пределами которой традиционная лечебная тактика успеха принести не может. В таких ситуациях требуется уже включение в лечебный процесс более мощных механизмов детоксикации - по принципу эфферентных технологий. В констатации, наличия или отсутствия у больного критического порога нарушений гомеостаза, большое значение имеют биохимические исследования крови и мочи.

С целью определения закономерностей этапных нарушений внутренней среды организма при перитоните, нами были проведены экспериментальные исследования на 47 беспородных собаках, у которых распространенный гнойный перитонит был вызван