

SUMMARY

CLOSED INJURIES OF THE ABNORMAL KIDNEYS

N.S. IBODOV, I.G. UMONOV

The results of diagnosis and treatment of 19 patients with closed injuries of the abnormal kidneys are given in the article. The injuries diagnosis of the abnormal kidneys is obscured by combination of an injury and anomaly characteristics and it is required integrated use of the visualize survey techniques with CT.

The patients with kidney contusion underwent conservative treatment with the exception of 2 patients with contusion of hydronephrotic transformed kidney that leads to pelvis obstruction. These patients underwent the Anderson-Haynes operation with wound closure and kidney drainage.

A nephrectomy was performed in 2 patients with terminal hydronephrosis and kidney grumes tamponade and in 1 patient with kidney crushing that was operated earlier on obstructive uretero-hydronephrosis.

Remote of 19 patients with closed injuries of the abnormal kidneys are considered as satisfactory. Arterial hypertension didn't develop in any patient; urolithiasis was detected in 1 patient results with a sole kidney megaureter.

Key words: Closed kidney injuries, abnormal kidneys, kidney rupture

Адрес для корреспонденции:

И.Г.Умонов – врач-уролог Национального медицинского центра; Таджикистан, г. Душанбе, ул.Сомони, 59/1. E-mail:islom21@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Н.М.Муродов, М.К.Гулов, Д.А.Кадырова

**Кафедры семейной медицины №1; общей хирургии №1
ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

В данной статье авторы разработали алгоритм лечения 100 больных с гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (ГЗКПК), сочетающихся с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, нарушением периферического кровообращения.

Алгоритм включает комплексную терапию антиоксидантов, местное применение 2%-ного аргосульфана и своевременной коррекции хронических заболеваний внутренних органов.

У больных с ГЗКПК, получивших данную терапию, отмечено улучшение общего состояния, уменьшение отёка, гиперемия раны и гнойного отделяемого происходили на 2-3 дня раньше, чем у тех больных, которых лечили традиционными методами.

Учитывая эффективность разработанного авторами алгоритма лечения ГЗКПК, можно рекомендовать его в практике семейного врача в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки, сахарный диабет, хроническая недостаточность периферического кровообращения, семейная медицина.

Актуальность. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (ГЗКПК) являются одним из наиболее распространённых заболеваний, имеющих тенденцию к прогрессивному росту. Частота ГЗКПК составляет 1/3 часть хирургических заболеваний, поэтому имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость [1-4].

Анализируя научную литературу, можно выявить ссылки на множественные факторы риска (сахарный диабет, бронхиальная астма, нарушение периферического кровообращения), приводящие к развитию ГЗКПК и исходя из этого, необходим поиск адекватных путей профилактики и методов лечения ГЗКПК в практике семейного врача в амбулаторных условиях [5,6].

В связи с этим, представляется весьма актуальным и своевременным изучение частоты ГЗКПК и основных факторов риска среди населения г. Душанбе во взаимосвязи с заболеваниями внутренних органов, которые, в свою очередь, могут явиться способствующим фактором развития данной патологии.

Следовательно, отсюда возникает необходимость разработки тактики ведения, лечения и профилактики ГЗКПК в практике семейного врача.

Цель исследования: разработка алгоритма лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки во взаимосвязи с хроническими заболеваниями внутренних органов в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения 100 больных с ГЗКПК, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях поликлиник №10 и №2, а также Центральной поликлиники г. Душанбе за период 2007-2010 гг.

С целью изучения взаимосвязи частоты ГЗКПК с заболеваниями внутренних органов (сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая недостаточность периферического кровообращения), проведено обследование 60 человек – основная группа. Эту группу составляли 39 мужчин и 21 женщин (в возрасте от 18 до 64 лет) с сопутствующими заболеваниями внутренних органов: сахарный диабет (СД), хроническая недостаточность периферического кровообращения (ХНПК), бронхиальная астма (БА).

Лицам из основной группы в амбулаторных условиях проводилось лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки с учётом сопутствующей патологии. С учётом того, что БА, ХНПК и СД у больных ГЗКПК наблюдаются наиболее часто, в основную группу вошли больные с ГЗКПК с указанными заболеваниями. Контрольную группу составили 40 человек (26 мужчин и 14 женщин) с ГЗКПК без сопутствующих заболеваний, адекватных по возрасту и полу.

Учитывались данные представленных медицинских документов (амбулаторных карт, выписок из историй болезни, заключений специалистов и специальных методов исследований).

Полученные результаты исследования обработаны методом разностной вариационной статистики с вычислением $M \pm m$ и показателя статистической значимости различий по t - критерию Стьюдента на компьютере Pentium IV. В случаях неравных и малых групп значений применён непараметрический метод по U – критерию Манна - Уитни.

Результаты и их обсуждение. Из общего количества отобранных больных с ГЗКПК (60) сахарный диабет имел место у 25 больных, бронхиальная астма – у 16 и хроническая недостаточность периферического кровообращения – у 19 пациентов. Все больные с ГЗКПК находились под нашим наблюдением в амбулаторных условиях.

Для больных СД более характерны нелокализованные формы ГЗКПК. При этом флегмона у больных СД I и II типов наблюдалась, соответственно, у 25,0 и 23,1% .

Хроническая недостаточность периферического кровообращения характеризовалась различными заболеваниями, которые сопровождалась хронической артериальной и венозной недостаточностью: облитерирующим эндартериитом, болезнью Рейно, облитерирующим атеросклерозом, варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Наиболее часто у больных ХНПК отмечалось развитие фурункула (26,1%) и панариция (20,6%).

Исследования показали, что среди пациентов с ГЗКПК, страдающих БА, наиболее часто встречаются больные с фурункулёзом (38,3%), гидраденитом (18,5%) и панарицием (17,3%).

У больных ГЗКПК с наличием в анамнезе одного из факторов риска, происходило более медленное очищение гнойных ран от свободно лежащей микрофлоры, функциональное состояние клеток и фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов не были выражены, сроки лечения увеличены по сравнению с таковыми у больных контрольной группы.

У больных с сопутствующим СД очищение раны от гноя было более медленным, имело место длительное гноетечение и выраженная перифокальная реакция мягких тканей. Отмечалась упорная тенденция к прогрессированию воспалительного процесса с явлениями общей интоксикации.

Нами в результате комплексного обследования и лечения больных с ГЗКПК с сопутствующими хроническими заболеваниями внутренних органов был разработан алгоритм лечения этих больных (рис.).

Комплексное лечение больных с ГЗКПК проводилось в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. Больным основной группы в зависимости от тактики проведённого лечения, наряду с операцией, проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекция сопутствующей патологии и местное применение 2%-ного крема аргосульфана во второй фазе раневого процесса.

У больных основной группы антибактериальная терапия проводилась с учётом роста и характера микрофлоры, их чувствительности к антибиотикам. Учитывая высокую степень чувствительности к препаратам цепаринового ряда, метронидазолу и рифампицину, больным этой подгруппы назначены ципрофлоксацин по 500 мг x 2 раза в день, метронидазол по 250 мг x 3 раза в день и рифампицин по 0,15 x 3 раза в день по показаниям. Курс антибактериальной терапии составил 10 дней. У больных второй подгруппы антибактериальная терапия проведена без учёта чувствительности микробов к антибиотикам. При этом, в основном, были назначены гентамицин и антибиотики пенициллинового ряда.

У больных с ГЗКПК для повышения их иммунного статуса нами применён иммуномодулятор тималин по 10 мг x 1 раз в день внутримышечно в течение 10 дней.

Антиоксидантная терапия проведена у всех больных основной группы. При этом в качестве антиоксиданта назначался 10%-ный раствор токоферола ацетата по 1 мл 1 раз в день и аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней.

Также после проведения курса антибактериальной, противовоспалительной и антиоксидантной терапии и появления признаков второй фазы раневого процесса, лечение продолжалось применением 2%-ного аргосульфана в виде мазевых повязок. Первоначально перевязки проводились ежедневно, а затем по мере активации процесса регенерации и роста эпителия, перевязки выполнялись через день. Применение аргосульфана продолжалось до полного заполнения раны грануляционной тканью. У всех больных отмечалась хорошая переносимость аргосульфана, ни в одном случае не было побочных явлений. В первые сутки отмечалось умеренное пропитывание повязок гнойным отделяемым. Повязка с аргосульфана не прилипала к ране, не пересыхала и при этом не повреждала грануляционную ткань.

Коррекция сопутствующих заболеваний была проведена в зависимости от формы и характера патологии, её осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующей патологии была проведена консультация соответствующих специалистов.

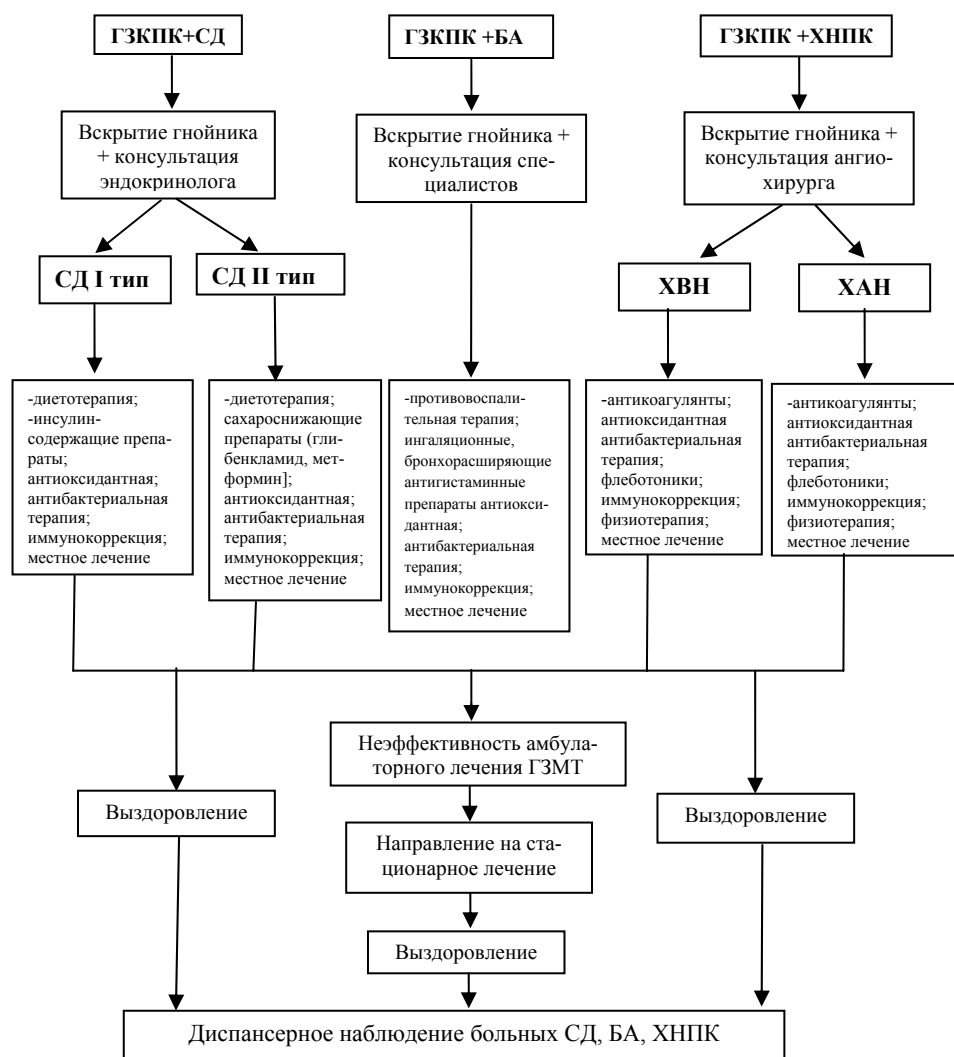


Рис. Алгоритм лечения ГЗКПК на фоне СД, БА и ХНПК

Сравнительный анализ результатов лечения показал, что у больных с ГЗКПК, получавших комплексную терапию с применением антиоксидантов и 2%-ного аргосульфана, наблюдалось улучшение общего состояния, уменьшение отека, гиперемия раны и гнойного отделяемого, нормализация показателей крови происходила на 2-3 дня раньше, чем у тех больных, которых лечили традиционными методами.

Таким образом, предложенный нами метод (алгоритм) лечения больных с ГЗКПК с включением в комплексную терапию антиоксидантов, местного применения 2%-ного аргосульфана и своевременной коррекции хронических заболеваний внутренних органов способствовал значительному улучшению результатов лечения больных и его можно рекомендовать в практике семейного врача в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Гнойно-септические заболевания мягких тканей на рубеже XX-XXI веков / В.А. Карлов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2007. – Т. 2. №2. – С.129-131
2. Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю.К. Абаев // Вестник хирургии, 2005. - №3. – С. 107-111

3. Кадырова Д.А., Муродов Н.М. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов с гнойными заболеваниями мягких тканей и их профилактика в практике семейного врача // Мат. 56-ой конф. ТГМУ «Персп.разв. семейной медицины в РТ». -Душанбе. 2008.- С. 186-187
4. Ефименко Н.А. Хирургические инфекции мягких тканей / Н.А.Ефименко, А.А. Новожилов //Клиническая хирургия. Нац. руководство.-2008. Т. I. -С.560-585
5. Абаев Ю.К. Заживление ран при сахарном диабете / Ю.К.Абаев // Вестник хирургии. – 2005. - №4. – С. 109-111
6. Денисов И.Н. Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи / И.Н.Денисов, А.И.Иванов // Семейный врач.-2000. №2. – С.6-12

ХУЛОСА

ХУСУСИЯТҶОИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҶОИ ФАСОДНОКИ ПЎСТ ВА ЧАРБИ ЗЕРИПЎСТӢ ДАР ТАҶРИБАИ ДУХТУРИ ОИЛАВӢ Н.М.МУРОДОВ, М.Қ.ГУЛОВ, Д.А.ҚОДИРОВА

Муаллифон алгоритми табобатиро дар 100 нафар бемориҳои фасодноки пӯст ва чарби зерипӯстӣ, ки ҳамзамон мубталои диабети қанд (22,4%), диққи нафас (17,6%) ва ихтилоли хунгардиши атрофӣ (20%) буданд, кор карда баромаданд.

Алгоритми табобати маҷмӯии антиоксидантӣ, истифодаи марҳами 2%-и аргосулфан ва тасеҳи саривақтии бемориҳои музмини узвҳои даруниро дар бар мегирад.

Дар бемороне, ки чунин тарзи табобатро гирифтанд, беҳбудии вазъи умумии онҳо, камшавии варам ва ҳиперемияи (пурхунӣ) ҷароҳат нисбат ба бемороне, ки бо усули анъанавӣ табобат шуданд, дар муддати 2-3 рӯз барвақт ба қайд гирифта шуд.

Бо назардошти самарабахшии он алгоритми мазкурро дар таҷрибаи духтурони оилавӣ дар шароити амбулаторӣ тавсия кардан мумкин аст.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF PURULENT SKIN AND HYPODERMIC TISSUE DISEASES IN THE FAMILY DOCTOR PRACTICE N.M.MURODOV, M.K.GULOV, D.A.KADYROVA

In present work the authors developed a therapy algorithm in 60 patients with purulent skin and hypodermic tissue diseases (PSHTD) in combination with diabetes mellitus, bronchial asthma and peripheral circulation disturbance.

The algorithm includes complex antioxidant therapy, 2% Argosulfan local administration and internal chronic disease timely correction.

It was determined general condition improvement, edema, wound hyperaemia and purulent discharge reduction in the PSHTD patients who underwent to this therapy as compared with conventional therapy patients.

In consideration of the PSHTD therapy algorithm efficiency it can recommend to use this algorithm in family doctor practice.

Key words: purulent skin and hypodermic tissue diseases, diabetes mellitus, peripheral circulation chronic deficiency

Адрес для корреспонденции:

Н.М.Муродов – ассистент кафедры семейной медицины №1 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул.А.Навои, 4а. Тел.: 95-155-72-41