

Выводы.

1. У больных с СД1 распространённость синдрома диабетической стопы в 2 раза выше, чем у больных с СД2.
2. С момента развития СД до проявления поздних осложнений у больных с СД2 проходит на 5 лет меньше, чем у больных с СД1.
3. Риск ампутаций значительно возрастает у больных после 40 лет с СД1 и после 65 лет у больных СД2.
4. Динамический анализ данных регистра позволяет формировать группы повышенного риска образования язв у больных с СД и избирательно планировать проведение программ по предупреждению развития инвалидизирующих и летальных осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.А. Иванов, К.В. Бобров, А.Е. Денисов, Н.С. Малюга, О.А. Кравчук

РУДН

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени и поджелудочной железы иногда выявляются объемные образования, которые однозначно интерпретировать не представляется возможным [2]. Среди объемных образований печени следует выделить гемангиомы, аденомы, первичный рак и метастатическое поражение печени. Объемными образованиями в поджелудочной железе, вызывающими существенные трудности в дифференциальной диагностике, являются псевдотуморозный панкреатит и опухоль поджелудочной железы [5].

Жидкостные образования (ЖО) брюшной полости могут быть следствием заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, травм органов брюшной полости, гинекологических заболеваний, операций на желудке и кишечнике. Нередко они становятся основным фактором, утяжеляющим течение основного заболевания, удлиняющим сроки лечения, и зачастую являются основной причиной неблагоприятных исходов [1, 4, 10]. В неотложной абдоминальной хирургии число внутрибрюшных осложнений, проявляющихся формированием ЖО и требующих повторного вмешательства, колеблется от 0,5 до 6,4%, а после продолжительных и сложных операций оно достигает 12,0-27,5% [26]. При этом от 10,0 до 12,0% всех послеоперационных осложнений приходится на абсцессы брюшной полости [7, 9], летальность при которых достигает 13,7-24,0%, а эффективность хирургического лечения составляет 60,0% [3, 8].

Большое количество ЖО, возникающих при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и после операций, значительный процент неудовлетворительных результатов при повторных хирургических вмешательствах по поводу гнойников брюшной полости, высокая летальность заставляют исследователей активно вести поиск способов их ранней диагностики, а также методов безопасного и эффективного воздействия.

В хирургической клинике РУДН с 1991 по 2005 гг. наблюдались 417 пациентов, которым было проведено 509 малоинвазивных диагностических или лечебных вмешательств, из них пункционная биопсия печени у 26 (5,1%) больных и пункционная биопсия поджелудочной железы у 22 (4,3%) пациентов. При УЗИ ЖО брюшной полости или забрюшинного пространства были выявлены у 369 (88,5%) пациентов.

Этим больным было выполнено 461 (90,6%) эхоконтролируемое вмешательство. Ультразвуковое исследование выявленных ЖО выполняли в нескольких плоскостях, что позволяло получить более полное пространственное представление об объекте, оценить его взаимоотношение с другими органами, определить размеры, выбрать оптимальную траекторию пункции и дренирования.

При эхоконтролируемых вмешательствах использовались ультразвуковые аппараты фирмы Aloka SSD-630, SSD-1100 фирмы General Electric модели Logic 400 MD и Logic 7, оснащенные конвексными и линейными датчиками с пункционными адаптерами, хирургические иглы длиной 15-20 см, диаметром 18-22 G, стилет-катетеры диаметром 8-16 Fr (2,7-5,0 мм). Калибр игл и дренажей в каждом случае подбирался индивидуально в зависимости от локализации жидкостного образования и характера его содержимого.

Среди наблюдавшихся 369 больных с ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства мужчин было 197 (53,4%), женщин – 172 (46,6%). Возраст больных колебался от 17 до 86 лет, а средний составил 51,8 лет. В 52 (12,5%) наблюдениях ЖО являлись основным заболеванием: абсцессы печени – 28 (53,8%) и абсцессы брюшной полости – 24 (46,2%). У 123 (29,5%) больных с ЖО брюшной полости или забрюшинного пространства были осложнениями основного заболевания, которые чаще всего – в 84 (68,3%) случаях были ЖО салниковой сумки и наблюдались при остром панкреатите, а в 39 (31,7%) случаях являлись внеорганными ЖО. У 163 (39,1%) пациентов ЖО возникли после операций. В анализируемой группе наблюдавшихся послеоперационных больных большинство ЖО возникло после хирургического вмешательства на желчевыводящих путях: после операций на желчевыводящих протоках – 39 (23,9%) наблюдений, после холецистэктомии – 35 (21,5%) случаев. Среди других операций, наиболее часто приводивших к формированию ЖО, следует отметить вмешательства на желудке – 19 (11,7%) и на толстой кишке – 17 (10,4%) случаев.

ЖО, выявленные у 369 наблюдавшихся пациентов, потребовали выполнения 461 вмешательства. Несоответствие числа пациентов количеству ЖО и эхоконтролируемым вмешательствам связано с тем, что у ряда больных имело место формирование нескольких ЖО разной локализации, а в ряде случаев для лечения одного и того же ЖО выполнялись повторные или дополнительные вмешательства.

Характерным ультразвуковым признаком абсцесса печени является наличие в паренхиме объемного образования шаровидной или неправильной формы, пониженной или анэхогенной структуры с капсулой по периферии. Структура содержимого чаще бывает неоднородной, иногда с наличием горизонтального уровня. При УЗИ 28 больных с абсцессами печени у 5 (17,9%) больных выявлены объемные образования шаровидной формы, у 17 (60,7%) – овоидной, у 5 (17,9%) – неправильной формы. Из них у 19 (67,9%) больных они имели неоднородную структуру и у 9 (32,1%) – пониженную эхогенность. Капсула по периферии очага определялась у 23 (82,1%) больных.

Информативность ультразвукового исследования в диагностике абсцессов печени составила 100,0%.

Малоинвазивные вмешательства при абсцессах печени проведены в 28 наблюдениях. Показанием к эхоконтролируемому дренированию считали наличие одиночного абсцесса печени.

В качестве пункционной трассы выбирали кратчайший путь от поверхности кожи

до передней стенки объекта. По возможности траекторию проводили через слой печеночной паренхимы, что давало возможность герметизировать катетерный канал и избежать подтекания гноя в брюшную полость. После установки дренажа в полость абсцесса максимально удаляли содержимое, затем промывали гнойник растворами антисептиков, проверяли положение дренажа и фиксировали его к коже лигатурами. Эффективность лечения абсцессов печени составила 100%.

Жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) чаще всего наблюдались при остром панкреатите, являясь одним из ранних локализованных осложнений этого заболевания. При УЗИ жидкостных скоплений в сальниковой сумке характерно наличие в полости сальниковой сумки объемного образования плащевидной, серповидной, овоидной или неправильной формы с эконегативной гомогенной или неоднородной внутренней эхоструктурой с эффектом дорсального усиления эхосигнала. Иногда по периферии образования определяется нечетко выраженная капсула. При УЗИ 84 больных с жидкостными скоплениями сальниковой сумки и забрюшинного пространства, у 8 (9,5%) выявлены ЖО шаровидной формы, у 41 (48,8%) – овоидной, у 7 (8,3%) – неправильной, у 25 (29,8%) – плащевидной и у 3 (3,6%) – серповидной формы. У 78 (92,9%) больных они имели анэхогенную и у 6 (7,1%) – диффузно неоднородную структуру. Капсула по периферии очага определялась у 9 (10,7%) больных.

Информативность ультразвукового исследования в диагностике ЖО сальниковой сумки и забрюшинного пространства составила 98,6%.

Эхоконтролируемое лечение оментобурсита проведено в 84 наблюдениях. Выбор метода лечения определялся в зависимости от данных ультразвукового исследования. Показаниями к пункции сальниковой сумки считали наличие оментобурсита объемом от 50 до 150 мл без клинических признаков нагноения. Наличие жидкостного скопления объемом более 150 мл или клинических признаков его нагноения служило поводом для катетерного вмешательства. При отсутствии четких ультразвуковых признаков воспаления и невозможности точно определить объем ЖО малоинвазивное лечение начинали с пункции и лабораторного исследования пунктата.

Пункционный метод лечения оментобурсита был применен в 10 (11,9%) наблюдениях, катетерный в 74 (88,1%). В 25 (29,8%) случаях из-за неадекватного дренирования сальниковой сумки больным выполнены повторные эхоконтролируемые вмешательства. При оценке адекватности проводимого эхоконтролируемого лечения оментобурсита в качестве основных критериев учитывали динамику объема и характера отделяемого по катетеру, а также данные УЗИ, свидетельствующие об уменьшении объема полости. Признаками эффективного лечения считали изменение характера отделяемого с гнойного или серозно-геморрагического на серозный, нормализацию амилазы пунктата, уменьшение объема отделяемого из полости до 10 мл в сутки, отсутствие остаточных полостей при контрольном ультразвуковом исследовании, улучшение общеклинических и лабораторных показателей. Эффективность лечения составила 93,6%.

Ультразвуковая картина внеорганного жидкостного образования (ВЖО) любой локализации характеризуется наличием объемного образования неправильной, овоидной, шаровидной, плащевидной или веретенообразной формы. Внутренняя эхоструктура может быть гомогенной или диффузно неоднородной. У пациентов с жидкостными образованиями, расположенными в поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах, дополнительно может выявляться жидкость в

плевральной полости на стороне поражения. Для абсцессов брюшной полости характерно наличие капсулы. Среди 183 ВЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, выявленных при УЗИ, в 114 (62,3%) случаях была неправильная форма образования, в 41 (22,4%) – овоидная, в 16 (8,7%) – шаровидная, в 7 (3,8%) – плащевидная, в 5 (2,7%) – веретенообразная форма. Из них у 45 (24,6%) больных образования имели анэхогенную структуру, у 90 (49,2%) – пониженную эхогенность, у 48 (26,2%) – неоднородную структуру. Капсула по периферии очага определялась у 71 (38,8%) больного.

Информативность ультразвуковой диагностики внеорганных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства составила 98,4%.

Эхоконтролируемый метод лечения больных с ВЖО брюшной полости и забрюшинного пространства применен в 183 наблюдениях, при этом у 151 (82,5%) пациента ЖО возникли после операции, а в 32 (17,5%) случаях являлись осложнениями основного заболевания. При лечении этих больных было выполнено 201 эхоконтролируемое вмешательство, при этом в 54 (26,9%) случаях использован пункционный метод, в 147 (73,1%) – катетерный. Показанием к пункционному лечению внеорганных жидкостных образований считали наличие очага объемом от 30 до 50 мл по данным ультразвукового исследования, без клинических признаков инфицирования. Подозрение на гнойный процесс или предполагаемый объем жидкости более 50 мл были поводом для подготовки к катетерному вмешательству. В отдельных случаях выполняли эхоконтролируемую пункцию, по результатам которой оценивали содержимое очага и выбирали дальнейшую тактику лечения. Получение при эхоконтролируемой пункции гнойного содержимого объемом более 50 мл являлось показанием к дренирующей манипуляции.

Адекватность эхоконтролируемого пункционного лечения оценивали по следующим параметрам: сокращение объема полости на 70-80% по данным ультразвукового исследования, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза, улучшение самочувствия больного.

Критериями эффективного лечения при эхоконтролируемом дренировании ВЖО брюшной полости и забрюшинного пространства считали: изменение характера отделяемого с гнойного на серозный, сокращение его суточного объема до 5 мл, значительное уменьшение полости по данным УЗИ, улучшение самочувствия больного, нормализация температуры тела и лабораторных показателей. Эффективность лечения ВЖО составила 94,6%.

Неэффективными малоинвазивные вмешательства на всю группу больных оказались в 7 (1,8%) наблюдениях. Из них в 2 (0,5%) случаях был абсцесс брюшной полости, в 4 (1,0%) случаях – забрюшинная флегмона и в 1 (0,2%) – несостоятельность гепатикозентероанастомоза. Всем пациентам выполнены традиционные хирургические операции.

При применении эхоконтролируемых вмешательств для лечения ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства осложнений не наблюдалось.

Выводы.

1. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, позволяющим в 100,0% случаев выявить абсцессы печени, в 98,6% - определить скопление жидкости в сальниковой сумке и в 98,4% - выявить ВЖО брюшной полости или забрюшинного пространства.

2. ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства объемом более 30 мл

являются показанием к эхоконтролируемому диагностическому или лечебному вмешательству.

3. Эхоконтролируемое вмешательство является высокоэффективным методом лечения ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, эффективность лечения при абсцессах печени составляет 100%, при жидкостных скоплениях в сальниковой сумке – 93,6%, при ВЖО – 94,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов О.Е. Диагностика и пункционное лечение внутрибрюшных послеоперационных осложнений методом ультрасонографии. – М., 1998. – С. 17.
2. Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. / под общ. ред. Харченко В.П. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней. Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 2005. – 192 с.
3. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М. и др. // Вестн. хир. – 1993. – № 5-6. – С. 22-24.
4. Лотов А.Н. Ультразвук в диагностике и лечении хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 1998.
5. Малярчук В.И., Климов А.Е., Федоров А.Г. и др. // Хирургия (Баку). – 2005. – № 1. – С. 49-54.
6. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. // Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство. – М., 1990. – С. 559-561.
7. Никольский В.И., Сапожнов А.Ю. // Абсцессы живота. – Пенза, 1994. – С. 204-205.
8. Datolla A., Alberti A., Gianetto G. et al. // Ann. Ital. Chir. – 1999. – V.70, №2. – P.161-167.
9. Gohl L., Gmainwieser J., Gusinde J. // Zentralbl. Chir. – 1999. – V.124, №3. – P. 187-194.
10. Strotzer M., Manke C., Lock G. et al. // RoFo Fortschr. Geb. Rontgenstr. Neuen Bildged. Verfahr. – 1998. – V. 169, №5. – P.510-514.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Н.Н. Каншин, А.В. Воленко, В.А. Горский, И.В. Леоненко, С.В. Куприков, Р.А. Воленко, Е.Е. Голубцова, Е.В. Татарина
НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Несмотря на достигнутый прогресс в современной хирургической колопроктологии, внедрение новых хирургических технологий, сшивающих аппаратов, совершенных шовных материалов, частота послеоперационных осложнений остается на неоправданно высоком уровне.

Толстокишечные анастомозы относят к группе риска несостоятельности, особенно низкие колоректальные анастомозы, формируемые глубоко в малом тазу. В среднем частота несостоятельности кишечных швов в колоректальной плановой хирургии составляет 1,6-23% [1, 2].

В экстренной хирургии, особенно на фоне перитонита, острой кишечной непроходимости, травмы органов брюшной полости, острых профузных кишечных кровотечений, частота несостоятельности колоанастомозов, по сводной статистике, встречается в 20-35,7% случаев [3, 4].

Несостоятельность анастомоза является основной причиной послеоперационного перитонита и сопровождается высокой летальностью. Все это делает проблему послеоперационных осложнений одной из самых актуальных в колопроктологии и диктует необходимость разработки и совершенствования современных эффективных методов их профилактики.

Не умаляя роли медикаментозной терапии, прежде всего, антибактериаль-