

гастроэнтероанастомоза по Ру на длинной петле тощей кишки, дуоденоюноанального и межищечного анастомозов.

Оперативное вмешательство выполняется следующим образом [приоритетная справка на патент № 2006114638]. Производим срединную лапаротомию, висцеролиз, выделяем дистальную 2/3 часть желудка вместе с анастомозом, двенадцатиперстную кишку мобилизуем по Кохеру-Клермону. Пересекаем 12-п.к. ниже привратника, ушиваем культю 12-п.к. В последующем разобщаем гастродуоденоанастомоз и производим дистальную резекцию 2/3 желудка. Отступая 5 см от связки Трейца, формируем отключенную петлю тощей кишки длиной не менее 70 см и накладываем гастроэнтероанастомоз 2 рядным швом по типу «бок в бок» (Ру). Отступая 30-40 см от него, формируем анастомоз между 12-п.к., где ранее находился анастомоз с желудком, и отводящей петлей тощей кишки. На заключительном этапе накладываем энтеро-энтероанастомоз 2 рядным швом по типу «конец в бок». В сложных ситуациях, когда невозможно надежно ушить культю 12-п.к., формируем анастомоз между тощей кишкой, культей 12-п.к. и дефектом 12-п.к. после снятия гастродуоденоанастомоза. Аналогичным образом выполняем данную операцию у больных с пептической язвой гастродуоденоанастомоза или культы желудка после резекции по Б-1. После резекции культы желудка вместе с язвой анастомоза формируем гастроэнтеро-дуоденоюно- и энтеро-энтероанастомозы.

При выполнении операции по предложенному способу мы не наблюдали несостоятельности швов дуоденальной культы и дуоденоюноанастомоза. По нашему мнению, это обусловлено максимальным сохранением кровотока в 12-п.к., устранением в ней повышенного внутрипросветного давления, высокими репаративными свойствами анастомозированной тощей кишки, что приводит к улучшению результатов оперативных вмешательств и выздоровлению пациентов.

Таким образом, основным методом лечения больных с осложненными пептическими язвами оперированного желудка являются повторные хирургические вмешательства, главными целями которых является подавление высокой кислотопродукции, удаление язвенного субстрата, нормализация пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту. Применение разработанного нами метода хирургического лечения больных с пептическими язвами культы желудка и гастродуоденоанастомоза позволило получить хорошие отдаленные результаты в 85,5% наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И. И. Хирургия. — 1990; 2: 66-69.
2. Загородний Л. Г., Хмелевский Б. Г., Ксенофонтов С. С. Вести хирургии. — 1988; 8: 25-29.
3. Крылов Н. Н. Русский медицинский журнал. — 1998; 6: 7: 437-439.

Таблица № 1

Реконструктивные вмешательства при пептической язве после органосохраняющих операций

Ранее перенесенные операции	Реконструктивные операции			
	Резекция по Б-1	Резекция по Б-2	Наша методика	Резекция по РУ
СПВ + дренирующие операции	1	2	8	2
Стволовая ваготомия + дренирующая операция	1	4	7	2
Всего	2	6	15	4

Таблица № 2

Реконструктивные вмешательства при пептической язве после резекции желудка

Ранее перенесенные операции	Повторные операции			
	Резекция по Б-1	Резекция по Б-2	Резекция по РУ	Наша методика
Резекция по Б-1	-	60	12	22
Резекция по Б-2	-	-	21	-
Резекция по РУ	-	5	-	-
Всего	-	65	33	22

4. Овечкин А. В. Хирургическое лечение органических осложнений после резекции желудка и ваготомии при язвенной болезни: — Автореф. дис. к.м. н. — Пермь. — 1996.

5. Петров В. П., Бабуров Б. Ш., Хабурзания А. К. Резекция желудка по Ру. — М: ПИК ВИНТИ. — 1998.

6. Помелов В. С., Булгаков Г. А. Хирургия. — 1990; 2: 84-89.

7. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. — М: Медицина. — 1996.

8. Шаратов Н. Б., Дворников Н. В. Реконструктивная торакоабдоминальная хирургия и травматология. — Горький. — 1990; 34-43.

9. Carter D.C. (Ed). Peptic ulcer. Chur Livingston. — 1983.

10. From. D. Complications of gastric surger. New York-London: Wiley Med. Publ. — 1977.

11. Kenetdy T., Green W. E. R. Stomae and recurrent ulceration: Medical and surgical management. — 1980; 139: 1: 18-21.

12. Stabile B.E., Passaro E. Recurrent peptic ulser. — Gastroenterology. — 1976; 70: 124-135.

Энтеральное питание больных с острой хирургической инфекцией

С. В. ДОБРОКВАШИН, К. А. КОРЕЙБА, А. И. ШЕСТАКОВ.

Кафедра общей хирургии Казанского государственного медицинского университета (зав. — проф. С. В. Доброквашин).

Патологические процессы при гнойно-септических заболеваниях характеризуются повышенным распадом (гиперкатаболизм) и увеличенным потреблением аминокислот, жиров, углеводов и т.д. (гиперметаболизм). При недостаточном и полноценном восполнении потерь и потребления развивается белково-энергетическая недостаточность. В свою очередь белково-энергетическая недостаточность и связанные с ней осложнения и летальные исходы являются важнейшей составляющей тяжелого хирургического заболевания или травматического повреждения [3, 4].

Ранняя адекватная нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины наиболее эффективным методом

коррекции расстройств белкового и энергетического обмена при критических состояниях [1, 2, 5]. Нутритивной поддержкой называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи [1, 5]. Основными целями нутритивной поддержки у хирургического больного являются:

1. Обеспечение организма донаторами энергии (углеводы и липиды) и пластического материала (аминокислоты).
2. Поддержание активной белковой массы.
3. Восстановление имеющихся потерь.
4. Коррекция гиперметаболических (катаболических) расстройств.

Классификация современных энтеральных смесей:

1. Стандартные безлактозные изокалорические.
2. Органоспецифические и специализированные смеси.
3. Полуэлементные диеты.
4. Энтеральные смеси для перорального приема.
5. Модули для обогащения диеты из натуральных продуктов.

Особого обсуждения требует группа энтеральных диет, обогащенных пищевыми волокнами пробиотиками (Нутрикомп Файбер), производимой фирмой «БиБраун». В условиях реанимационных отделений у больных в критических состояниях, получающих массивную антибиотикотерапию, большая часть энтеральных смесей будет замещена энтеральными средами, обогащенными пищевыми волокнами — типа Файбер [1, 6].

Известно, что воспаление — это биологическая закономерная реакция организма на повреждающий агент. При преобладающем влиянии микроорганизмов развивается гнойное воспаление, которое в своем развитии, обобщенно, проходит следующие стадии инфильтрата: абсцесс, флегмона, сепсис. Экссудат по своей сути представляет смесь белковых веществ, углеводов, минеральных солей и других элементов, которые теряет макроорганизм. В связи с этим при воспалении наступает изменение обменных процессов во всем организме. При обширных и длительно существующих нагноительных процессах организм теряет много белков в результате образования гноя и его обильной экссудации, которые при отсутствии соответствующей диеты и вливаний приводят к истощению запасов белков. Развивается раневая кахексия.

Раневая кахексия в известном отношении соответствует понятию «хронический шок», который при отсутствии соответствующего лечения принимает волнообразный характер.

Исходя из изложенного выше, мы решили изучить влияние нутритивной поддерживающей терапии, а именно применение и эффективность Нутрикомп Файбер, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Свои клинические наблюдения и выводы мы приводим ниже. Все больные были разбиты на две группы: основную и группу сравнения.

Основную группу составило 18 пациентов, группу сравнения — 21 пациент.

Подбор групп был репрезентативен, как по основной патологии, так и по половому и возрастному составу (см. табл. 1). Нозологический состав представлен в таблице 2.

Таблица № 1

	Половой состав	Числовое соотношение	Процентное соотношение	Возрастной состав
Группа сравнения	М	12	57,1%	24-58 лет
	Ж	9	42,9%	
Основная группа	М	10	55,6%	26-55 лет
	Ж	8	44,4%	

Таблица № 2

Нозология	Флегмоны	Парапроктит (Ишиоректальный, пельвиоректальный)	Гнойный гонит с артритомией	Абсцессы с обширной зоной повреждения	Карбункул шеи и головы
Группа сравнения	36%	12%	4%	33%	15%
Основная группа	31%	14%	7%	38%	10%

Обследованные нами пациенты были разделены на группы в зависимости от того, как они велись в послеоперационном периоде. В основную группу вошли пациенты, которые в послеоперационном периоде помимо стандартной терапии — антибиотиков в различных дозах, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, антикоагулянты, ангиопротекторы, антиоксиданты, витаминотерапии, физиолечения, иммобилизации при локализации процессов в области конечностей, дренирования ран и местной терапии — получали энтеральную смесь Нутрикомп Файбер, в отличие от больных группы сравнения. Кроме этого всем больным проводилась идентичная симптоматическая терапия.

Точкой приложения энтеральной смеси во всех случаях был желудок. Все больные были в сознании на протяжении всего послеоперационного периода, моторика ЖКТ была сохранена. Продолжительность нутритивной поддержки была краткосрочной и составляла 10 дней. Использовали именно смесь Нутрикомп Файбер, как представляющую стандартные безлактозные изокалорические сухие порошковые смеси. Данная смесь обладает осмолярностью 210 мосмоль/л. В ее состав входят пищевые волокна — пребиотики, что необходимо при введении массивных доз антибиотиков. Доза препарата составляла по 3 мерных стандартных ложки каждые 6 часов у всех больных опытной группы.

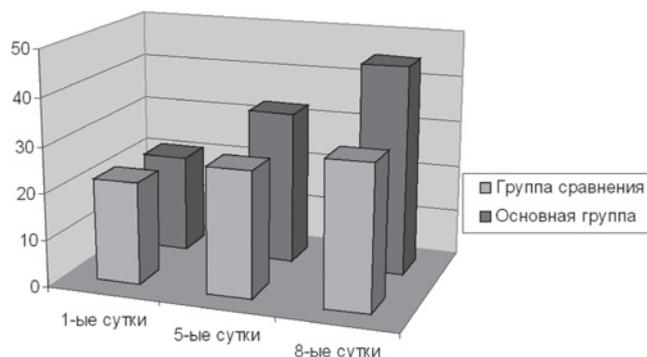


Рис. 1. Уровень альбумина в группе сравнения и основной группе

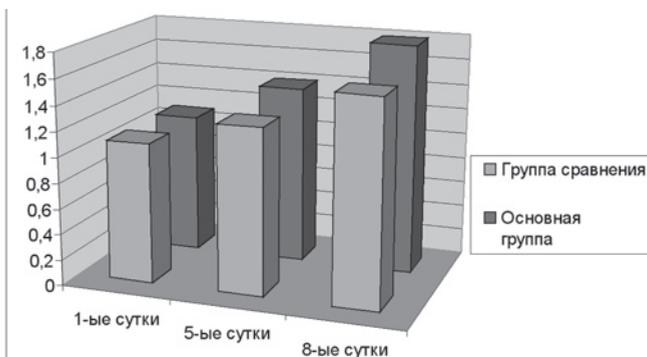


Рис. 2. Абсолютное количество лимфоцитов в группе сравнения и основной группе

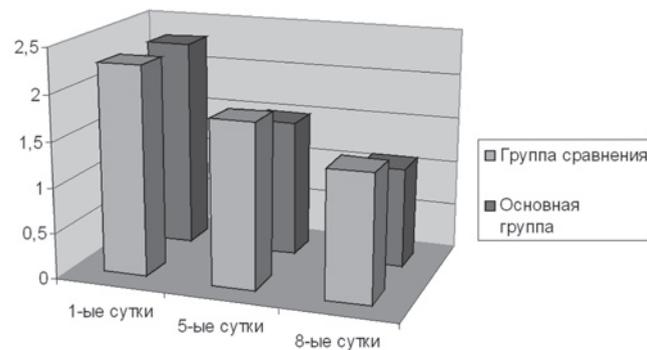


Рис. 3. Уровень индекса интоксикации в основной группе и группе сравнения

Контроль за течением раннего послеоперационного периода проводили, ориентируясь на следующие показатели: уровень альбумина крови, абсолютное количество лимфоцитов периферической крови и показатель лейкоцитарного индекса интоксикации.

Анализы брали у всех больных: при поступлении в стационар (до операции), на 5-е сутки после операции и начала консервативной терапии и на 8-е сутки.

Повторных оперативных вмешательств у наблюдаемых нами больных не было.

При изучении лабораторных данных уровень альбумина крови у больных группы сравнения (рис. 1) в первые сутки был от 22 до 30 г/л с тенденцией к повышению на 5-е сутки от 27 до 33 г/л, на 8-е сутки его уровень составлял от 31 до 35 г/л. Абсолютное количество лимфоцитов крови в данной группе (рис. 2) было: в 1-е сутки от 1,1 до 1,6 тыс., на 5-е сутки от 1,3 до 1,7 тыс., на 8-е сутки их уровень составлял от 1,6 до 1,9 тыс. Лейкоцитарный индекс интоксикации (рис. 3) при уровне $2,3 \pm 0,12$ в первые сутки, на 5-е сутки равнялся $1,8 \pm 0,07$ и на 8-е составлял $1,4 \pm 0,05$.

Основная группа: показатели альбумина (рис. 1) при поступлении были примерно идентичны таковым у больных контрольной группы и составляли от 21 до 31 г/л, на 5-е сутки их уровень резко возрастал и составлял уже от 31 до 36 г/л, на 8-е сутки у всех больных этой группы данные показатели составляли норму — от 37 до 45 г/л. Абсолютное количество лимфоцитов (рис. 2) в 1-е сутки равнялось от 1,2 до 1,6 тыс., на 5-е сутки — от 1,4 до 1,9 тыс., на 8-е сутки — от 1,8 до 2,4 тыс. Показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (рис. 3) в первые сутки колебались в пределах: $2,3 \pm 0,173$, на 5-е сутки — $1,5 \pm 0,08$, на 8-е сутки — $1,1 \pm 0,09$.

Эти данные свидетельствуют о более быстром восстановлении уровня белкового состава крови у больных опытной группы с параллельным снижением уровня интоксикации за счет оптимизации раневого процесса.

При анализе других показателей было отмечено, что у больных опытной группы быстрее уменьшалось количество раневого отделяемого с более быстрым переходом его из гнойного в геморрагическое, а затем в серозное. Уже на 4-6 сутки отмечались активные грануляционные процессы в ране, что позволяло удалять дренажные системы. Признаки местных процессов воспаления также имели тенденцию к более быстрому нивелированию (на 3-4-е сутки). Раньше нормализовалась температура тела (3-4-е сутки). Больные субъективно чувствовали себя более «комфортно», отмечая отсутствие вялости и апатичности. Отмечалась более ранняя самостоятельная активизация больных (на 2-3-е сутки), вследствие чего уменьшалась и ликвидировалась отечность паравульнарных тканей. Длительность пребывания больных в стационаре сократилась в среднем на 3-4 койко-дня.

Выводы

1. Применение смеси Нутрикомп Файбер у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в послеоперационном периоде позволило ликвидировать явления гипоальбуминемии на 4-5-е сутки.
2. Это приводит к профилактике такого осложнения, как раневая хахексия.
3. Быстрее происходит ликвидация секрета гноя из очага воспаления, с переходом отделяемого в серозно-геморрагическое на 3-4-е сутки.
4. Уменьшается длительность пребывания больного в стационаре в среднем на 3-4 койко-дня.
5. Улучшается общее самочувствие больных.
6. За счет более активного поведения больных уменьшается паравульнарное воспаление в виде отека на 3-4-е сутки после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброквашин С. В., Волков Д. Е., Мустафин Р. Р., Рахимов Р. Р. Современные принципы питания хирургических больных. — Казань. КГМУ. — 2005 г. — 35 с.
2. Костюченко Л. Н. Современные подходы к парентерально-энтеральной коррекции белково-энергетической недостаточности. — Москва. Фармотека № 19-20. — 2004 г. — С. 57-63.
3. Костюченко А. Л. Энтеральное клиническое питание в интенсивной медицине. / А. Л. Костюченко, В. М. Луфт. — СПб.: Норммедиздат, 2000. — 46 с.
4. Лейдерман И. Н., Левит А. Л. и др. Современная нутритивная поддержка в хирургии и интенсивной терапии. — Екатеринбург, 2004. — С. 40.
5. Луфт В. М., Достюченко А. Л., Лейдерман И. Н. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине. — Санкт-Петербург-Екатеринбург, 2003. — 315 с.
6. Попова Т. С., Шестопалов А. Е., Тамазашвили Т. Ш., Лейдерман И. Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — «Вести». — Москва. — 2002. — 319 с.

Гидратцеллюлозная пленка в лечении больных распространенным перитонитом

Р. Р. МУСТАФИН, С. В. ДОБРОКВАШИН, В. А. ПЫРКОВ.

Кафедра общей хирургии Казанского государственного медицинского университета.

Лечение перитонита на протяжении последних десятилетий является одной из важнейших тем, обсуждаемых в хирургии. Летальность при распространенном перитоните достигает 40-50% (Шуркалин Б. К., 2000). Согласно концепции эндогенной интоксикации, наиболее перспективные направления в решении проблемы распространенного перитонита связаны с изучением и внедрением в клиническую практику средств целенаправленного активного воздействия на «программу» воспаления, как в период ее первичного формирования, так и в условиях токсической и терминальной фаз развития патологического процесса (Ерехин И. А., Шляпников С. А., 2000). Ни в коей мере не умаляя достижений клинической фармакологии и службы интенсивной терапии, следует, однако, признать, что одними из важных мероприятий в борьбе с эндогенной интоксикацией при распространенном перитоните являются адекватное дренирование источника воспаления и предотвращение поступления токсинов из первичного очага.

На завершающем этапе вмешательства по поводу распространенного гнойного перитонита встает вопрос адекватного дренирования брюшной полости. Еще в 1905 году G. Yates писал: «...возможно, не существует детали в современной хирургической патологии, которая заслуживает более тщательного изучения, чем взаимоотношения дренажа и брюшной полости».

Для достижения этой цели мы используем дренаж из влацефана (Анисимов А. Ю. и соавт., 1995; Доброквашин С. В., 2001).

Влацефан — полупроницаемая гидратцеллюлозная мембрана толщиной около 50 мкм. Она обладает высокой поглощающей способностью. Для изготовления дренажей предварительно складываем лист мембраны в виде «гармошки» в плоский узкий пакет. При этом образуются каналы треугольного сечения. Такой пакет обычно имеет 15-20 плоскостей с длиной общего ребра 30-40 см, ширина каждой плоскости 20-30 см. Пакеты стерилизуем в паровформалиновой камере в течение 24 часов.

При контакте с экссудатом мембрана становится еще более пластичной. Это позволяет дренажу легко повторять контуры раневого канала. Обычно мы вводим дренаж через одну контрапертуру 2-4 дренажа («веерный дренаж»).

Дренаж из влацефана использовали у 275 больных распространенным перитонитом.

Наш клинический опыт позволяет говорить о высокой эффективности гофрированного дренажа из влацефана, благодаря его высокой суммарной площади поверхности, высокой степени смачиваемости, капиллярному эффекту, минимальной травматизации окружающих тканей. При применении такого дренажа отмечали интенсивное промокание повязок гнойным экссудатом в течение всего срока пребывания в брюшной полости, что позволяет ускорить темпы регрессии эндогенной интоксикации. Положительной особенностью данного дренажа является также возможность удаления его через любое время после операции