

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.: Нордмедиздат, 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

с минимальной травмой для окружающих тканей. Не было угрозы сращений вокруг дренажа, образования пролежней на прилежащих петлях кишечника. При использовании дренажа из влацефана мы не разу не наблюдали таких осложнений, как кишечная непроходимость, эвентрация кишечника, кровотечение из окружающих раневой канал тканей.

Успех лечения распространенного перитонита зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого из направлений воздействия на эндогенную интоксикацию требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

Все вышесказанное позволяет нам рекомендовать дренаж из влацефана в комплексном лечении больных распространенным перитонитом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А. Ю., Чуприн В. Г., Добровашин С. В. Дренаж из влацефана при лечении гнойного перитонита. // I-й Московский международный конгресс хирургов. — М., 1995. — С. 136-137.
2. Добровашин С. В. Опыт применения дренажей из влацефана для дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства в неотложной хирургии. // Интенсивное лечение в комбустиологии, реаниматологии и экстремальной медицине: материалы Российского симпозиума с международным участием. — Саранск, 2001. — С. 22-23.
3. Ерюхин И. А., Шляпников С. А. Хирургический сепсис (дискуссионные аспекты проблемы). // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 44-46.
4. Шуркалин Б. К. Гнойный перитонит. // М. Два мира Прин. — 2000. — 222 с.
5. Yates G. L. An experimental study of the local effects of peritoneal drainage. // Amer. Surg. — 1965. — Vol. 21. — № 10. — P. 1048-1072.

## Недостаточность сосудов

Б. М. МИРОЛЮБОВ,

кафедра хирургии с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии

(зав. — проф. Д. М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета.

#### Резюме

Одними из самых распространенных сегодня являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Таких больных лечат различные специалисты, говорят они при этом на «разных языках» — т.е. используют свою терминологию. Невозможно игнорировать тот факт, что все органы имеют приносящие и уносящие кровь сосуды. Нарушение проходимости и целостности стенки этих сосудов, как внезапное, так и постепенное, приводит к сосудистой недостаточности в виде той разнообразной патологии, лечением которой и занимаются «узкие» специалисты. Это привело нас к мысли систематизировать сосудистую недостаточность. В статье представлена система сосудистой недостаточности в виде таблицы классификаций, которые сегодня существуют и применяются на практике, и которые могли бы существовать в ближайшем будущем. В представленной работе показана необходимость единообразия структуры диагноза для различных специальностей, а также классифицирования методов и средств лечения относительно этиологии, патогенеза и симптоматики заболевания.

#### Введение

Значение классификации для диагностики и лечения любой патологии на сегодня настолько очевидно, что не требует комментариев [1-13]. Вопрос, который мы обсудим, давно назрел, но остается нерешенным. Множество специалистов сегодня работают в достаточно близких областях, но, так сказать, «разговаривают на разных языках». Наибольшее количество больных, которых лечат кардиологи, неврологи, сосудистые хирурги, принадлежит больным с артериальной или венозной недостаточностью тех или иных органов или частей тела. Так, кардиологи и терапевты лечат больных с артериальной недостаточностью миокарда. Неврологи лечат больных с артериальной недостаточностью головного и спинного мозга (в основном с необратимыми изменениями). Пульмонологи лечат больных с инфарктом легкого. Ангиохирурги лечат больных с сосудистой недостаточностью конечностей, головного мозга, сердца, кишечника, почек.

Возможно ли взаимопонимание между специалистами различного профиля? Конечно, но при следующих условиях: 1) единая терминология; 2) единая структура диагноза; 3) классификации СН, основанные на единых принципах; 4) классификация методов лечения относительно этиологии, патогенеза и симптоматики. Часто мы забываем, что помимо нашего знания существует патология, неизвестная нам до сегодняшнего дня в силу разных причин: рекой встречаемости, трудной диагностики и др.

#### Обсуждение

Общезвестно, что в основе перечисленной патологии лежит нарушение проходимости артерий и вен или нарушение клапанной

функции вен, что и является морфологической причиной сосудистой недостаточности. А если это так, то должны бы существовать классификации как артериальной, так и венозной недостаточности для каждого органа или части тела [7]. Если мы обратимся к тем классификациям, которые клиницисты используют сегодня в практике, то увидим, что в их основе нет единых принципов, на которых должна основываться каждая классификация. А ведь речь идет о патологических состояниях, общих в своей основе. Мы выбрали известные в России и в мире классификации, которые наиболее часто используются в лечебной практике, и поместили их в таблицу 1. Нужно отметить, что многие классификации даже не называются классификациями сосудистой недостаточности. Так, СЕАР [13] называется классификацией болезней вен нижних конечностей. А как быть с болезнями вен верхних конечностей?

Представленная нами таблица и есть та самая система сосудистой недостаточности органов и частей тела, в которой нужно разместить существующие сегодня и те, которые появятся в недалеком будущем, классификации [7].

Нужно отметить, что утвержденные консенсусами специалистов классификации имеются лишь для хронической сосудистой недостаточности конечностей [8, 9], острой артериальной недостаточности конечностей [11]. Хроническая ишемия головного мозга (ГМ) классифицирована [9], а другие патологические состояния ГМ не классифицированы. Хроническая ишемия миокарда, именуется стенокардией (боли за грудиной, грудная жаба) — термином, предложенным Геберденом более 2 веков назад. А такие понятия, как острая и хроническая ишемия миокарда, острая и хроническая венозная недостаточность миокарда в клинической практике практически не фигурируют.

Обсуждение патологии нужно начинать с характеризующего эту патологию определения. Эти определения по-прежнему разнообразны, не утверждены согласием специалистов, хотя предложены давно [3, 4]. Хроническая артериальная недостаточность (хроническая ишемия) — патологическое состояние органа или части тела, возникающее в результате длительного нарушения притока крови к последнему. В клинике бытуют понятия, обозначаемые эмоциональными терминами «инфаркт» и «инсульт». Это соответственно обозначает фарш или набитый (лат.) — в первом, и удар (лат.) — во втором случае. Однако термин острая ишемия миокарда и мозга является, несомненно, более точным. Причем сегодня происходит смешивание понятий острой и хронической ишемии, когда их объединяют в одну классификацию ишемической болезни сердца.

Распространенный сегодня термин болезнь в отношении ИБС, рациональнее заменить более правильным термином — патологическое состояние. Ведь ишемия — это и есть патологическое состояние. Если же взять такие органы, как почки, кишечник, спинной мозг, то об острой артериальной недостаточности