

связанных с высокой окислительной способностью препарата, в том числе гемолиза эритроцитов, мы не наблюдали.

Проведенный анализ выявил снижение летальности в основной группе до $11,2 \pm 0,2\%$ (против $18,8 \pm 0,2\%$ в контрольной). Сроки заживления ран уменьшились в среднем в полтора раза, число послеоперационных нагноений снизилось в 1,8 раза. Средний койко-день сократился на $4,5 \pm 0,2$ ($p < 0,01$).

Выводы

1. Резекция ущемленной кишки при ее некрозе требует выполнения срединной лапаротомии с целью ревизии и санации брюшной полости. Герниолапаротомия в подобных случаях технологически неоправданна.

2. Электрохимическое окисление с использованием гипохлорита натрия является эффективным средством лечения гнойно-септических осложнений у больных с ущемленной грыжей живота. Метод прост, экономически выгоден и доступен лечебным учреждениям любого уровня.

3. Микрофлора, высеваемая из перитонеального выпота больных с ущемленными грыжами, резистентна к большинству используемых антибиотиков. Гипохлорит натрия, оказывая комплексное воздействие на антибиотикорезистентную микрофлору, ведет к преодолению антибиотикорезистентности.

Поступила 30.05.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашхамаф М. Х. Причины летальности и ошибки при лечении больных с ущемленными грыжами // Хирургия. 1991. № 5. С. 125–127.
2. Габриэлян Н. И., Дмитриев А. А., Куланов Г. П. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях // Клиническая медицина. 1981. № 10. С. 38–42.
3. Горбунов О. М., Ашхамаф М. Х., Даничкин В. Ф. Некоторые организационные и тактические вопросы лечения ущемленных грыж живота // Вестник хирургии. 1993. № 1–2. С. 118–120.

4. Гостищев В. К., Федоровский Н. М. Непрямая электрохимическая детоксикация в комплексном лечении гнойных заболеваний в хирургии // Хирургия. 1994. № 4. С. 48–50.

5. Кабанов А. Н., Астафуров В. Н., Филиппов С. И. Синдром интоксикации при гнойно-септических заболеваниях // Вестник хирургии. 1993. № 1–2. С. 3–7.

6. Кальф-Калиф Я. Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. 1941. № 1. С. 31–33.

7. Ковшов А. С. Патогенез и лечение паховых грыж // Хирургия. 2005. № 11. С. 38–41.

8. Лубянский В. Г., Насонов С. В., Кожемяцкий В. М. Хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. 2004. № 11. С. 45–49.

V. A. AVAKIMJAN,
M. T. DIDIGOV, M. H. ASHHAMAF,
S. V. AVAKIMJAN, B. V. RALKA

INDIRECT ELECTROCHEMICAL OXIDATION OF THE BLOOD IN TREATMENT OF PURULENT – SEPTIC COMPLICATIONS AT PATIENTS WITH STRANGULATED HERNIAS

In work the analysis of surgical treatment of 2155 patients with strangulated hernias of a forward abdominal wall is given. Purulent - septic complications have made 24,3%. By comparison of results of treatment by traditional ways and to application of indirect electrochemical oxidation of a blood to use sodium appeared, that in group of patients for which treatment it is used zunoхlorum a sodium, the lethality has decreased with $18,8 \pm 0,2\%$ up to $11,2 \pm 0,2\%$, the number of py-eses of an operational wound has decreased in 1,8 times, and average day was reduced on $4,5 \pm 0,2$.

Key words: strangulated hernias, purulent – septic complications, indirect electrochemical oxidation.

С. В. АВАКИМЯН, Д. А. ЖАНЕ, В. А. АВАКИМЯН

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. кафедрой проф. Авакимян)
Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар, Россия

Введение

Лечение острого панкреатита является актуальной задачей неотложной хирургии острых заболеваний живота. Острый панкреатит занимает второе-третье место среди urgentных заболеваний органов брюшной полости, а летальность при панкреонекрозе, несмотря на все достижения фармацевтической промышленности, достигает 30–70% (Попов П. В., 2003; Толстой А. Д., Гольцов Р. В., 2006).

Клинико-морфологические параллели при остром панкреатите в ранние сроки заболевания отсутствуют, что не позволяет составить правильное представление об объеме и характере поражения поджелудочной

железы и забрюшинной клетчатки, а следовательно, нет возможности точного прогнозирования развития заболевания. Поэтому до сих пор остаются дискуссионными вопросы о сроках выполнения операции и показаниях к ним. По мнению многих авторов, операцию целесообразно проводить спустя примерно 2 недели от начала заболевания, когда состояние больного стабилизируется. Однако при выжидательной тактике велико количество недиагностированных деструктивных форм и осложнений, кроме того, часть пациентов погибает в фазу ферментной токсемии от полиорганной недостаточности. В этой связи актуальным является определение объективных критериев неэффективности консервативной терапии

и показаний к операции (Долгополов И. Г., 1998; Ратнер Г. Л. и соавт., 2000).

Цель исследования

Улучшить результаты лечения острого панкреатита путем составления более точного прогноза и обоснования консервативного и своевременного оперативного вмешательства.

Методы исследования

При обследовании пациентов были применены физикальные, лабораторные и инструментальные методы. Лабораторное исследование включало общеклинический анализ крови и мочи, исследование амилазы крови и мочи, глюкозы крови, общего белка, мочевины, креатинина, билирубина, трансаминаз, основных электролитов. Фиброгастродуоденоскопия, ультрасонографические и различные рентгенологические исследования выполнены у всех больных. Для обработки результатов клинических исследований применяли параметрические (критерий Стьюдента) и непараметрические (χ_2 и критерий Фишера) статистические методы. Для объективизации критериев неэффективности медикаментозной терапии была проведена оценка прогностической значимости различных признаков острого панкреатита.

Результаты исследования

Аналізу подвергнуты результаты лечения 1027 больных острым панкреатитом, находящихся на лечении в клинике за период 2000–2006 годов, в возрасте от 18 до 96 лет. Средний возраст для обоих полов составил 52,3 года. Мужчин было 495, женщин – 532. Все больные были разделены на две группы.

Первую группу составили 607 больных, находившихся на лечении в 2000–2003 гг. Лечение этих пациентов проводилось в соответствии с хирургической тактикой, принятой в клинике в указанный период. Консервативное лечение включало в себя: голод, введение назогастрального зонда, холод на эпигастральную область, анальгетики, спазмолитики, М-холинолитики, новокаиновые блокады, инфузионную терапию, проводимую в режиме форсированного диуреза, направленную на восстановление ОЦК, гемореокоррекцию, коррекцию водно-солевых нарушений, антибактериальную терапию, а также назначение цитостатиков, ингибиторов протеаз, блокаторов H_2 -рецепторов гистамина, гипохлорита натрия.

Показания к операции у больных 1-й группы возникли при наличии клиники ферментативного панкреатита, нарастающей механической желтухи, подозрении на панкреонекроз, отсутствии эффекта от консервативного лечения в виде нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности, гнойном панкреатите и невозможности исключить другое острое хирургическое заболевание живота. Всего был оперирован 101 человек из 607 больных с острым панкреатитом, что составило 16,4%. Во время операции у 22 пациентов был обнаружен отечный панкреатит, у 6 – жировой панкреонекроз, у 61 – геморрагический панкреонекроз, у 12 – гнойно-некротический панкреатит. Камни в желчном пузыре или в холедохе были выявлены у 67 больных, гипертензия в желчных путях – у 83. После операции умер 31 больной, или 30,7%.

Сопоставление показаний к операции с интраоперационными находками не позволило выявить клинико-

морфологических параллелей. Так, ферментативный панкреатит был показанием к операции у 47 человек (46,5%). На операции диагноз был подтвержден у 26 (25,7%). В то же время у каждого третьего неоперированного больного отмечались перитониальные явления и УЗИ-признаки свободной жидкости в брюшной полости. Консервативное лечение у них оказалось успешным, экссудат в брюшной полости перестал определяться, наступило выздоровление. Панкреонекроз служил показанием к операции у 35 человек (34,6%). На операции же панкреонекроз был выявлен только у половины оперированных больных. Вместе с тем ультрасонографические признаки панкреонекроза отмечены у 15% неоперированных больных. Гнойно-некротический панкреатит был показанием к операции у 12 больных. Во время операции у всех больных наряду с панкреонекрозом была обнаружена обширная забрюшинная флегмона. Неэффективность консервативного лечения послужила показанием к операции у 7 больных (6,9%). Операция выполнялась спустя 4–6 суток от начала медикаментозной терапии. У всех больных на операции был выявлен геморрагический панкреонекроз, и у четырех из них он сочетался с распространенной флегмоной забрюшинного пространства.

Для объективизации критериев эффективности консервативной терапии была проведена оценка прогностической значимости различных признаков острого панкреатита. Были выявлены достоверные различия по критерию χ_2 по 16 показателям из 75 изученных. Определена их прогностическая ценность и дана условная оценка в баллах (таблица).

Выявив тесную коррелятивную связь между условным числом баллов (УЧБ), клиническими проявлениями острого панкреатита и морфологическими изменениями, мы предложили оценивать состояние больного и ставить показания к операции в зависимости от количества баллов, объективно характеризующих состояние патологического процесса на данный конкретный момент.

Так, мы считаем, что если УЧБ не превышает 16, то деструктивный процесс маловероятен и больному показана консервативная терапия; если УЧБ достигает 32, то нужно думать, что нет деструктивного парапанкреатита и больному показаны малоинвазивные оперативные вмешательства. При УЧБ более 32 речь идет о тяжелом поражении не только поджелудочной железы, но и забрюшинной клетчатки и больному показана лапаротомия.

С учетом условного числа баллов была составлена 2-я группа больных. В неё вошли 420 больных, находившихся на лечении в клинике в 2004–2006 гг. В выборе хирургической тактики у этих больных был применен прогностический балльный критерий, разработанный на основе анализа результатов лечения больных 1-й группы.

Мы считаем, что нецелесообразно ждать развития гнойно-септических осложнений, так как больные часто не доживают до этого периода, а оперировать, как только установлен диагноз панкреонекроза на основании прогностических критериев.

Во 2-й группе был оперирован 71 больной. После операции умерло 9 человек. Послеоперационная летальность составила 12,3%. Совпадение клинических и интраоперационных находок составило 96%.

Панкреонекроз был обнаружен у 24 пациентов (34,9%), парапанкреатит – у 36 больных (50,2%), и у 11 человек во время операции был выявлен гнойно-некротический панкреатит с обширной забрюшинной флегмоной, что составило 14,9%.

Прогнозирование течения острого панкреатита

№ п/п	Прогностические признаки течения болезни	Степень тяжести (условное число баллов – УЧБ)		
		1-я ст.	2-я ст.	3-я ст.
1	Частота пульса в 1 мин до 90 до 110 свыше 110	1	2	3
2	АД систолическое в мм рт. ст. свыше 120 до 110 менее 110	1	2	3
3	ЦВД в см вод. ст. до 40 до 80 более 80	1	2	3
4	Лейкоциты в тысячах в 1 мкл крови до 15 до 20 более 20	1	2	3
5	Сдвиг влево в лейкоцитарной формуле в % до 10 до 20 свыше 20	1	2	3
6	Число лимфоцитов в формуле крови в % до 20 до 10 менее 10	1	2	3
7	ЛИИ по Кальф-Калифу в усл. ед. до 5 до 7 свыше 7	1	2	3
8	Токсины средней молекулярной массы до 600 до 900 более 900	1	2	3
9	Амилаза крови в усл. ед. до 500 до 1000 более 1000	1	2	3
10	Диурез в мл/час 40–60 и больше 20–40 20 и меньше	1	2	3
11	Билирубин крови в мкмоль/л 20–40 40–100 более 100	1	2	3
12	Кожный покров нормальный мраморность акроцианоз	1	2	3
13	Ожирение норма или 1-я степень 2-я степень 3–4-я степень	1	2	3
14	Алкоголь не употребляет употребляет иногда употребляет часто	1	2	3
15	УЗИ неровность и размытость контуров оментобурсит оментобурсит+жидкость в брюшной полости	1	2	3
16	Эффективность лечения купирование приступа улучшение отсутствие успеха	1	2	3
17	ИТОГО (условное число баллов – УЧБ)	16	32	48

Важно отметить, что развитие гнойных осложнений в определенной степени связано с преимущественной локализацией деструктивного процесса в поджелудочной железе. Так, некроз нижней поверхности головки железы приводит к раннему развитию гнойного параколита, распространяющегося на брыжейку восходящей и слепой кишки. При очаговых некрозах хвоста железы довольно рано развиваются явления параколита в области нисходящей кишки. Основным моментом, определяющим сроки развития гнойных осложнений, является обширность поражения ткани железы.

При заращении Винслово отверстия проникнуть в полость малого сальника можно только рассечением желудочно-ободочной связки значительно левее от средней линии у места перехода этой связки в желудочно-селезеночную связку. Иначе хирург проникает в клетчатку корня брыжейки ободочной кишки и может сделать ложное заключение об облитерации сальниковой сумки, допустить погрешности в дренировании. При воспалении в верхнем отделе сальниковой сумки справа доступ к гнойнику осуществляется через Винслово отверстие или через малый сальник, а дренирование через широкое отверстие в малом сальнике. Доступ к левой части верхнего отдела сальниковой сумки достигается широкой мобилизацией большой кривизны желудка с пересечением коротких сосудов желудка. Дренаж проводят через широкое отверстие в желудочно-селезеночной связке под дном желудка. При "чистом" оментобурсите гнойная полость не содержит секвестров, и для эффективного лечения достаточно удалить гной и ввести в гнойную полость дренаж с последующей активной аспирацией. Для обнаружения очагов гнойного парапанкреатита надо обязательно рассекать париетальную брюшину над железой без повреждения самой ткани железы. Если гнойник по верхнему контуру хвостовой части железы располагается и позади неё сообщается с гнойником по нижнему контуру хвоста, то дренирование дополняется снизу через поясничный разрез.

При панкреатитах, протекающих с гноеподобным расплавлением забрюшинной клетчатки, также полезно рассекать брюшину, покрывающую железу, но без повреждения самой ткани железы, после опорожнения гнойника лучше ограничиться введением дренажных трубок.

Выводы

1. Оперативные вмешательства следует выполнять в острой стадии деструктивного панкреатита, еще до развития гнойных осложнений, так как развитие гнойных осложнений связано с распространением деструктивного процесса в ткани железы и за ее пределы.

2. Необходимо придавать особенно большое значение максимально раннему началу интенсивной терапии, то есть начинать ее нужно, как только установлен диагноз острого панкреатита, и это является решающим обстоятельством в профилактике гнойных осложнений панкреатита.

3. Оценка тяжести течения острого панкреатита в баллах является ценным прогностическим критерием и должна учитываться при выборе тактики лечения больных.

Поступила 17.05.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгополов И. Г. Диагностика и лечение эндотоксикоза при остром панкреатите // Кубанский научный медицинский вестник. Краснодар, 1997, № 4, спецвыпуск. С. 58–59.

2. Полов П. В. Тактика лечения больных острым деструктивным панкреатитом: Автореф. дис. канд. мед. наук. Краснодар, 2003. 22 с.

3. Ратнер Г. Л., Коймасов Е. А., Горбунов Ю. В. Панкреонекроз: клиничко-морфологические параллели и показания к операции // 9-й Всероссийский съезд хирургов. Волгоград, 2000. С. 99–100.

4. Толстой А. Д., Гольцов Р. В. Возможности «обрыва» деструктивного процесса на ранних стадиях панкреонекроза // Хирургия, 2006, № 2. С. 29–31.

S. V. AVAKIMJAN,
D. A. ZHANE, V. A. AVAKIMJAN

SURGERY STRATEGY FOR ACUTE PANCREATITIS

Results of treatment of 1027 patients with acute pancreatitis were analyzed. 172 patients underwent surgery. Authors have come to the conclusion that conservative treatment should be begun as soon as the diagnosis of acute pancreatitis is confirmed. Surgery treatment is indicated when peritoneal symptoms increase.

А. И. АФАУНОВ, А. А. АФАУНОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОГО УКРОЧЕНИЯ БЕДРА И СОДРУЖЕСТВЕННОГО АНАТОМИЧЕСКОГО УКРОЧЕНИЯ ГОЛЕНИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар, Россия*

Прекращение нормального роста костей конечностей в детском и подростковом возрасте ведет к значительному укорочению конечности в зрелом воз-

расте. Применительно к костям бедра и голени это ведет к тяжелому инвалидизирующему заболеванию. Такая аномалия роста после перенесенного в детстве