

**ПРОБЛЕМЫ ЛАПАРОСТОМНОЙ РАНЫ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО
ПАНКРЕОНЕКРОЗА
ПРОГРАММИРОВАННЫМИ САНАЦИЯМИ**

А. З. ВАФИН, С. В. НОВИКОВ,
А. Н. АЙДЕМИРОВ

Цель исследования – разработка оптимальной лечебной тактики ведения лапаростомной раны у больных инфицированным панкреонекрозом при программированных этапных санациях сальниковой сумки/брюшной полости.

Проанализированы результаты лечения 136 больных в специализированном центре гнойной хирургии. Все больные ранее были оперированы в ЦРБ края. У 60 % больных при переводе в центр было нагноение раны или флегмона передней брюшной стенки. Всего выполнено 340 санаций.

В ходе релапаротомии/плановой санации производились механическая санация раны, некрэктомия, лапаростома закрывалась временными швами. При лечении использовались УФО, УЗ-кавитация, магнитолазер, по показаниям плазмаферез, плазмафильтрация и экстракорпоральная иммунокоррекция ронколейкином. С клиническим выздоровлением выписаны 58,2 % больных, у 6,6 % были сформированные вентральные грыжи. Летальность составила 11,8 %.

Ключевые слова: инфицированный панкреонекроз, программированные релапаротомии, гнойные осложнения, лапаростомная рана

**PROBLEMS
OF ABDOMINAL WOUND DURING TREATMENT
OF PURULENT PANCREATONECROSIS BY
THE PROGRAMMED OPEN DEBRIDEMENT**

VAFIN A. Z., NOVIKOV S. V.,
AYDEMIROV A. N.

The goal was to work out an optimal management of abdominal wound during programmed open debridement of omental sac and peritoneum in patients with purulent pancreatonecrosis.

Outcomes of 136 patients hospitalized in specialized purulent surgery clinic were analyzed. Primary surgical care was performed in local hospitals of Stavropol region. 60 % of patients had purulent wound infection. Totally 340 programmed debridement procedures were performed.

During the recurrent surgical treatment mechanical debridement and necrectomy were performed and abdominal wound was closed by temporary sutures. Ultraviolet irradiation, ultrasound debridement, magnetic-laser therapy and efferent methods were used additionally. 58,2 % of patients recovered, 6,6 % have got ventral hernias. Total lethality was 11,8 %.

Key words: purulent pancreatonecrosis, programmed relaparotomy, purulent complications, temporary closed abdominal wound

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.982.15-08

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ

**А. В. Муравьев, Р. В. Журавель, О. В. Лысенко, В. С. Малюгин,
А. А. Муравьева, П. И. Чумаков**
Ставропольская государственная медицинская академия

Журавель Роман Вадимович, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: 89187541956, (8652)714895.

Муравьев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, заведующий отделением колопроктологии, тел.: (8652)423406, (8652)714895.

Лысенко Олег Викторович, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: (8652)905744, (8652)714895.

Малюгин Вячеслав Сергеевич, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: 89197530386, (8652)714895.

Муравьева Алла Анатольевна, ассистент кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации Ставропольской государственной медицинской академии, тел. 89624405116.

Чумаков Петр Ильич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов с курсом урологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)729192.

Актиномикоз – хроническое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое бактериями, большинство из которых принадлежит к роду *Actinomyces*, характеризуется поражением различных органов и тканей с образованием плотных инфильтратов и свищей.

Впервые в России актиномикотическое поражение было описано Флоркевичем [1, 4, 5, 15]. Согласно современным данным [3, 6, 14], анаэробные и аэробные актиномицеты, возбудители актиномикоза, весьма распространены в природе. Они составляют 65 % от общего числа микроорганизмов почвы и обнаруживаются повсеместно, в том числе в водопроводной воде, минеральных источниках, на растениях, каменистых породах и в песке пустынь. Важным в диагностическом аспекте является вопрос о внедрении инфекции: входные ворота и пути распространения. Известно, что через здоровую кожу и слизистые оболочки возбудитель не проникает. Поэтому основным предрасполагающим к заболеванию фактором, наряду со снижением иммунитета, является травма барьерных покровов [6, 8, 13].

Актиномикоз в настоящее время составляет примерно 6,0–7,5 % среди больных с воспалительными заболеваниями параректальной и ягодичной областей. Большинство хронически протекающих поражений крестцово-копчиковой и периаанальной областей

диагностируются обычно как хронический парапроктит пиококковой туберкулезной этиологии, как рецидивы пилонидальной кисты [10, 14]. В последние годы отмечен рост числа больных с данной патологией, а лечение таких пациентов вне специализированных учреждений ведет к почти 100 % рецидиву заболевания, вплоть до малигнизации.

Цель исследования: разработка комплекса диагностических и лечебных мероприятий, улучшающих результаты лечения больных актиномикозом перианальной и крестцово-копчиковой областей в зависимости от стадии и распространенности патологического процесса.

Материал и методы. Представлены результаты обследования и лечения 54 больных с актиномикозом крестцово-копчиковой и перианальной областей, находившихся на лечении в краевом колопроктологическом отделении с 1996 по 2011 год. У 30 (55 %) был актиномикоз перианальной области, у 24 (45 %) – крестцово-копчиковой. Возраст колебался от 24 до 68 лет. Пациенты трудоспособного возраста (от 24 до 60 лет) составили 90,7 %. Мужчин было 49 (90,7 %), женщин 5 (9,3 %). Соотношение мужчин и женщин составило примерно 10:1 (табл.).

Таблица

Распределение больных актиномикозом по полу и возрасту

Пол	Возраст (годы)			Всего
	20–39	40–59	60 и старше	
Мужчины	12	32	5	49
Женщины	2	3	–	5
Итого	14	35	5	54

В среднем больные поступали в стационар через 5–10 лет от времени появления первых симптомов. Ряд больных неоднократно оперировались по поводу эпителиально-копчикового хода, острого парапроктита, геморроидэктомии.

Осложнения актиномикоза выявлены у 8 (14,9 %) больных: у 5 (9,3 %) обнаружена стриктура прямой кишки, у 3 (5,6 %) – малигнизация свищевых ходов. Сюда не включили больных, у которых выявлены свищи туберкулезной этиологии, эти пациенты были направлены в противотуберкулезный диспансер.

В зависимости от особенностей течения процесса, степени распространения лечебная тактика у больных с актиномикозом крестцово-копчиковой и перианальной областей была индивидуальной – как в предоперационном периоде, так и в выборе метода хирургического вмешательства, в ведении пациентов в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка больных начиналась сразу после поступления больного в стационар и состояла из предварительного диагноза и включала несколько пунктов: антибиотикотерапию, вскрытие и дренирование нагноившихся инфильтратов, санацию свищевых ходов, бужирование стриктуры прямой кишки.

Антибиотикотерапия начиналась с момента получения результатов посева отделяемого из свищевых ходов либо отделяемого, полученного при вскрытии нагноившихся инфильтратов. Нужно отметить, что у 95 % пациентов была выявлена чувствительность к рифампицину.

При наличии нагноившихся инфильтратов производилось их вскрытие и дренирование.

Свищевые ходы промывали растворами йодиола или бетадина. При наличии у пациенток ректовагинального свища проводили санацию влагалища с учетом микрофлоры.

Больным с актиномикозом, осложненным стриктурой прямой кишки, в плане предоперационной подготовки производили бужирование стриктуры. С этой целью использовали разработанный в нашей клинике

буж для поэтапного самостоятельного бужирования прямой кишки.

Данная предоперационная подготовка проводилась до тех пор, пока инфильтраты не уменьшались в размерах и не становились более подвижными, не уменьшалось или не прекращалось гнойное отделяемое из свищевых ходов, пока не происходило очищения и грануляции раны после вскрытия гнойных полостей, что давало возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство. При слабо положительном эффекте больному через 2 месяца повторяли курс предоперационной подготовки.

Все больные актиномикозом данных областей с учетом метода лечения были разделены на три группы.

Пациентам I группы после предоперационной подготовки проводили хирургическое лечение, пользуясь разработанным ранее алгоритмом выбора метода вмешательства при актиномикозе крестцово-копчиковой и перианальной областей. Выполнялись следующие виды операций: иссечение свищевых ходов и инфильтратов с пластикой кожи по Лимбергу, со свободной кожной пластикой расщепленным кожным лоскутом, с операцией по Авраменко; иссечение свищевых ходов и инфильтратов с операцией Джад-Робле или Блинничева, с закрытием ректовагинального свища в модификации клинки, с проведением лигатуры, с операцией Габриэля, высвобождением прямой кишки из рубцовых инфильтратов с кожной пластикой промежности.

У пациентов II группы наряду с местным лечением и антибиотикотерапией применяли специфический иммуномодулятор – актинолизат. Активная составная часть актинолизата – фрагменты пептида клеточной стенки актиномицет. Актинолизат вводили внутримышечно 2 раза в неделю по 6 мл. Лечение проводили курсами по 20–25 инъекций с интервалом между курсами 1 месяц. Количество курсов от 1 до 3 – в зависимости от формы и тяжести заболевания.

В III группу вошли больные, которым было проведено комплексное лечение:

- предоперационная химиотерапия (иммунотерапия, антибактериальная терапия);
- радикальная операция (с удалением всех пораженных тканей);
- послеоперационная химиотерапия (антибактериальная, иммунотерапия).

Важным и неотъемлемым пунктом предоперационной подготовки являлась иммунотерапия. В связи с дороговизной, трудностями доставки актинолизата использовали неспецифический отечественный иммуномодулятор – полиоксидоний, который увеличивает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций за счет прямого воздействия на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляции антителообразования.

Полиоксидоний вводили с момента поступления больного в стационар и постановки диагноза в дозе 6 мл два раза в неделю внутримышечно или внутривенно. Курс лечения 5–7 инъекций.

Данная предоперационная подготовка проводилась до тех пор, пока не прекращалось или уменьшалось гнойное отделяемое из свищевых ходов, инфильтраты уменьшались в размерах и становились более подвижными, что давало возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство.

Послеоперационный период у больных, перенесших радикальное оперативное вмешательство, имел особенности в зависимости от вида операции. Важное значение для течения послеоперационного периода имело продолжение антибактериальной терапии и иммунотерапии.

Результаты и обсуждение. Результаты являются главным доказательством эффективности изучаемых

методов лечения. Пятнадцатилетний опыт оказания помощи пациентам с актиномикозом крестцово-копчиковой и периаанальной областей позволил нам провести сравнительную оценку различных методов, выявить их преимущества и недостатки и разработать комплекс лечебных мероприятий.

Радикально оперированы 47 больных. В I группу вошли 20 (42,5 %) пациентов, им было выполнено хирургическое лечение. Во II группе наблюдалось 10 (21,3 %) пациентов, которым проводилась терапия актинолизатом. Всем больным II группы потребовалось дополнительное оперативное вмешательство. В III группу вошли 17 (36,2 %) пациентов, которым проводилось комплексное лечение.

Ближайшие результаты лечения изучены у всех оперированных больных. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 7 (14,9 %) пациентов I группы. Во II и III группах осложнений в раннем послеоперационном периоде не возникало.

Оценка отдаленных результатов лечения актиномикоза крестцово-копчиковой и периаанальной областей является наиболее важным критерием эффективности исследования. Проводили сравнительную оценку результатов лечения больных различными методами, которые применялись в нашей клинике ранее, и теми, которые применяются в настоящее время.

Отдаленные результаты были прослежены у 45 больных и разделены на хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. При хорошем результате отмечалось отсутствие рецидива, отсутствие жалоб, не страдала функция анального сфинктера. Удовлетворительными считали результаты, когда отмечались боли или дискомфорт вследствие образования грубых рубцов, была недостаточность анального сфинктера, но не было рецидива. Если у больных возникал рецидив заболевания, результат лечения признавали неудовлетворительным.

Из 18 (100 %) пациентов I группы у 11 (61,2 %) были получены хорошие результаты лечения, у 4 (22,2 %) – удовлетворительные вследствие образования грубых послеоперационных рубцов. В I группе мы наблюдали 3 (16,6 %) пациента с неудовлетворительным результатом, у которых возник рецидив.

Во II группе наблюдались 10 пациентов, у которых после монотерапии препаратом актинолизат наблюдалось уменьшение в размерах инфильтратов, значительное уменьшение количества отделяемого из свищевых ходов, однако рубцевания и выздоровления не было. В результате всем больным II группы в дальнейшем потребовалось радикальное хирургическое вмешательство. Небольшое количество (всего 10 пациентов) вошедших во II группу связано с дороговизной препарата «Актинолизат» и трудностями его доставки. Во II группе неудовлетворительных результатов после хирургического вмешательства не было.

Из 17 пациентов III группы, которым проводилось комплексное лечение, у 16 (94,1 %) получены хорошие результаты лечения, у 1 (5,9 %) – удовлетворительные. Неудовлетворительных результатов в III группе не было.

Изучение результатов различных методов лечения больных актиномикозом крестцово-копчиковой и периаанальной областей дают основание полагать, что для получения наилучших результатов необходимо использовать разработанный нами комплекс лечебных мероприятий, включающий все пункты предоперационной подготовки, иммунотерапию, радикальное хирургическое вмешательство с удалением всех пораженных тканей и ведение больных в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Исключительно хирургический метод лечения больных актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей малоэффек-

тивен и приводит к большому количеству как ранних послеоперационных осложнений, так и рецидивов заболевания.

2. Монотерапия препаратом актинолизат при актиномикозе периаанальной и крестцово-копчиковой областей длительная, дорогостоящая, но при использовании ее в качестве иммунотерапии для предоперационной подготовки значительно улучшает конечный результат лечения.
3. Наиболее эффективным при лечении больных актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей в любой стадии патологического процесса является комплексный метод, включающий местную и общую предоперационную подготовку, иммунотерапию полиоксидонием, радикальное оперативное вмешательство, тщательное ведение больных в послеоперационном периоде.

Литература

1. Аснин, Д. И. Распространение и клинические формы актиномикоза / Д. И. Аснин // Советская медицина. – 1953. – № 3. – С. 95–96.
2. Аснин, Д. И. Роль актиномицетов в этиологии легочных нагноений / Д. И. Аснин, Г. О. Сутеев // Терапевтический архив. – 1949. – Т. XXII, № 6. – С. 40.
3. Багдасарян, Л. К. Параректальный актиномикоз / Л. К. Багдасарян // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. / М., 2004. – С. 244–245.
4. Бурова, С. А. Особенности развития актиномикоза / С. А. Бурова // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. / М., 2004. – С. 245–246.
5. Бурова, С. А. Совершенствование диагностики и лечения актиномикоза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Бурова С. А. – М., 1993. – 42 с.
6. Бурова, С. А. Хирургическое лечение актиномикоза / С. А. Бурова, Я. И. Якобишвили, Т. И. Сакунова, И. М. Локшина // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. / М., 2004. – С. 246–247.
7. Воробьев, Г. И. Выбор метода хирургического лечения больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита / Г. И. Воробьев, А. М. Коплатадзе, Э. Э. Болкквдзе // Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 45–45.
8. Мирзабалаева, А. К. Клинические варианты осложненного течения актиномикоза / А. К. Мирзабалаева, Л. П. Котрехова, Р. А. Аравийский, Н. Н. Климко [и др.] // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. – М., 2004. – С. 250–252.
9. Медицинская микробиология: учебное пособие / О. К. Поздеев, В. И. Покровский. – 4-е изд., испр. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005. – 768 с.
10. Халин, Д. А. Актиномикоз крестцово-копчиковой и периаанальной областей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Халин Д. А. – Ставрополь, 2007. – 32 с.
11. Хмельницкий, О. К. Патоморфология микозов человека / О. К. Хмельницкий, Н. М. Хмельницкая. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 432 с.
12. Arora, A. K. Esophageal actinomycosis: a case report and review of the literature / A. K. Arora, J. Nord, O. Olofinlade, B. Javors // Dysphagia. – 2003. – Vol. 18. – P. 27–31.
13. Attar, K. H. Rare species of actinomyces as causative pathogens in breast abscess / K. H. Attar, D. Waghorn, M. Lyons, G. Cunnick // Breast J. – 2007. – Vol. 13, № 5. – P. 501–515.
14. Bauer, P. Perianal actinomycosis: diagnostic and management considerations: a review of six cases / P. Bauer, S. Sultan, P. Atienza // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2006. – Vol. 30, № 1. – P. 29–32.
15. Hall, V. Actinomyces-Gathering evidence of human colonization and infection / V. Hall // Anaerobe. – 2008. – Vol. 14, № 1. – P. 1–7.
16. Metgud, S. C. Cutaneous actinomycosis: A rare case / S. C. Metgud, H. Sumati, P. Sheetal // Indian J. Med Microbiol. – 2007. – Vol. 25, № 4. – P. 413–415.
17. Van Lierop, A. C. An investigation of the significance of Actinomycosis in tonsil disease / A. C. Van Lierop, C. A. Prescott, C. C. Sinclair-Smith // Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol. – 2007. – Vol. 71, № 12. – P. 1883–1888.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ

А. В. МУРАВЬЕВ, Р. В. ЖУРАВЕЛЬ,
О. В. ЛЫСЕНКО, В. С. МАЛЮГИН,
А. А. МУРАВЬЕВА, П. И. ЧУМАКОВ

Проведена сравнительная оценка различных методов лечения больных актиномикозом перианальной и крестцово-копчиковой областей: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 54 больных, которым проводилось хирургическое (I группа), консервативное (актинолизаттерапия) (II группа) и комплексное (III группа) лечение.

В I группе больных получено 16,6 % неудовлетворительных результатов (рецидивы), всем пациентам II группы потребовалось дополнительно хирургическое вмешательство, в III группе неудовлетворительных результатов не было. Таким образом, наиболее эффективным при лечении больных актиномикозом перианальной и крестцово-копчиковой областей в любой стадии является комплексный метод.

Ключевые слова: актиномикоз, крестцово-копчиковая область, перианальная область, актинолизаттерапия

COMPLEX TREATMENT OF ACTINOMYCOSIS OF SACROCOCCYGEAL AND PERIANAL REGIONS

MURAVYOV A. V., ZHURAVEL R. V.,
LYSENKO O. V., MALYUGIN V. S.,
MURAVYOVA A. A., CHUMAKOV P. I.

A comparative evaluation of different methods of treatment of patients with actinomycosis of perianal and sacrococcygeal regions is given: we analyzed the immediate and long-term results of treatment of 54 patients who underwent surgery (I group), conservative treatment (actinolizatherapy) (II group) and complex treatment (III group).

In Group I of the patients 16.6% of poor results (recurrence) were received, all the patients of Group II required additional surgery, in Group III there were no unsatisfactory results. Thus, a complex method is the most effective in the treatment of patients with actinomycosis of perianal and sacrococcygeal regions at any stage.

Key words: actinomycosis, sacrococcygeal region, perianal region, actinolizatherapy

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.34-007.43-089.85

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А. Н. Айдемиров¹, А. З. Вафин¹, Г. С. Чемянов², Э. Г. Мнацаканян¹,
Р. М. Лайпанов¹, П. И. Чумаков¹

¹ Ставропольская государственная медицинская академия

² Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии тел. (8652)717003.

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии тел. (8652)717003, e-mail: azvafin@mail.ru.

Чемянов Георгий Станиславович, кандидат медицинских наук, пластический хирург института пластической хирургии и косметологии г. Москва, тел. (495)691485, e-mail: dr.chemyanov@mail.ru.

Мнацаканян Эдуард Григорьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)718044, e-mail: edw_m@mail.ru.

Лайпанов Руслан Мугуталимович, очный аспирант кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. 89288100200, e-mail: lrm2005@mail.ru.

Чумаков Петр Ильич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов с курсом урологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)729192.

Хирургическое лечение больших и гигантских вентральных грыж остаётся одной из наиболее сложных проблем современной герниологии [15, 17]. Эти операции сложны и опасны, сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений (15–33 %) [10], рецидивов (16–41 %) [13] и высокой летальностью (12–21 %) [14].

Пластика дефектов большого диаметра местными тканями приводит к резкому сокращению объёма брюшной полости, повышению внутрибрюшного давления и вследствие этого развитию абдоминального компартмент-синдрома (АКС) [2, 16]. Большие дефекты брюшной стенки невозможно устранить без значительной потери объёма брюшной полости, не используя метод «ненатяжной» герниопластики [1, 8].

Другой актуальной проблемой хирургического лечения этой категории больных являются гнойные осложнения в раннем послеоперационном периоде, которые составляют 6–12 % [3, 18, 19]. Причиной нагноения послеоперационной раны служат predisposing факторы: ишемические нарушения кожно-подкожно-жирового лоскута, чрезмерно мобилизованного от подлежащего апоневроза, «дрем-