

2. *Вербицкий Д.А.* Применение геля карбоксиметилцеллюлозы для профилактики спайкообразования в брюшной полости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2004. — 40 с.

3. *Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Мисник В.И. и др.* Диагностика и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости /Матер. IX Всероссийск. съезда хирургов. — Волгоград, 2000. — С.158.

4. *Красильников Д.М., Федоров В.В., Ахмеров А.Б. и др.* Диагностика ранней послеоперационной спаечной непроходимости кишечника /Мат. V съезда хирургов респ. Азии и Казахст. — Ташкент, 1991. — С. 181-182.

5. *Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Воскресенский П.К.* Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим методом //Эндоскоп. хир. — 2002. — № 1. — С. 41-45.

6. *Пашков С.А.* Диагностика и хирургическое лечение больных острой спаечной кишечной непроходимостью: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — Уфа, 2004. — 47 с.

7. *Тимербулатов В.М., Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Кунафин М.С.* Клиника и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости// Вестн. хир. — 1999. — Том 158. — № 6. — С. 36-39.

8. *Тимофеев М.Е.* Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М, 2000. — 27 с.

9. *Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М.* Лечение-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. — 2006. — № 2. — С. 38-43.

10. *Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Нигматзянов С.С., Матигуллин Р.М.* Способ хирургического лечения и

УДК 616.1/4-001.4-089-036.5.81-06-039.71

профилактики послеоперационных перитонеальных спаек// Хирургия. — 2008. — № 3. — С. 43-45.

11. *James M.Becker, Arthur F. Stocchi.* Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? //Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240; № 2.

12. *Jean-Jasques Duron, Nathalie Jourdan-da Silva et al.* Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment// Ann. Surg. — 2006. — Vol.244; № 5.

13. *Shyr-Chyr Chen, Zui-Shen Yen, Chien-Chang Lee et al.* Nonsurgical management of partial adhesive small-bowel obstruction with oral therapy: a randomized controlled trial// Can. Med. Ass. J. — 2005. — Vol. 173(10).

14. *Torre M., Favre A., Pini Prato et al.* Histologic study of peritoneal adhesions in children and in a rat model// Pediatr. Surg. Int. — 2002. — Vol. 18. — P. 673-676.

Поступила 03.06.08.

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

I. S. Malkov, B. L. Eminov, I.I. Hamzin

Summary

Developed was a therapeutic and diagnostic program that makes it possible to predict the course of adhesive bowel obstruction, specify the indications for conservative and surgical treatment, and, if indications for the operation are present, to set the time-frame for preoperative preparation.

Keywords: adhesive bowel obstruction; treatment and diagnostic program.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сергей Васильевич Доброквашин, Дмитрий Евгеньевич Волков, Александр Геннадьевич Измайлов

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

Реферат

Приведены результаты лечения больных с ургентной патологией органов брюшной полости, у которых в послеоперационном периоде выявлены раневые гнойно-воспалительные осложнения. Предложена новая клеевая лечебно-профилактическая композиция для местного применения в послеоперационном периоде в сочетании с антибактериальной профилактикой.

Ключевые слова: клеевая лечебно-профилактическая композиция, антибактериальная профилактика, раневые гнойно-воспалительные осложнения.

Несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции, инфильтраты и нагноения послеоперационных ран продолжают занимать первое место среди

всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8% [5, 7, 8]. Гнойно-воспалительные раневые осложнения брюшной стенки ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания больных в стационаре [2, 3]. Нагноения часто приводят к формированию эвентраций, вентральных грыж, лигатурных свищей [6], развитию таких грозных осложнений, как хирургический сепсис и септический шок [1].

Таким образом, проблема раневой инфекции в абдоминальной неотложной хирургии имеет социально-экономическое значение, что требует дальнейшей разработки новых и усовершенствование имеющихся методов профилактики местных гнойно-воспалительных осложнений.

Нами проанализированы результаты лечения 214 больных в возрасте от 18 до 84 лет, находившихся в отделении неотложной хирургии госпиталя для ветеранов войн г. Казани с 2003 по 2008 г. и оперированных по поводу различных urgentных заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было 116 (54,2%), женщин — 98 (45,7%). Больные были распределены по 2 группам: сравнения — 128 (59,8%) пациентов, получавших местную профилактику раневых послеоперационных осложнений по традиционной методике с использованием различных видов антисептиков, и основную — 86 (40,2%) человек, в лечении которых применялась разработанная клеевая лечебно-профилактическая композиция (патент РФ № 2188016) [4]. Композиция включает мас.% ксимедон (5,0–10,0), анестезин (4,0–5,0), гидрокортизон гемисукцинат (0,09–0,13), борную кислоту (3,0–4,0) и фенолополивиниловый клей (БФ-6). Применяли её в послеоперационном периоде после ушивания лапаротомной раны. Смена композиции производилась на 7-е сутки послеоперационного периода.

Для общей профилактики раневых послеоперационных осложнений в обеих группах за 30–40 минут до разреза в фазе вводного наркоза вводили антибактериальные препараты внутривенно, болюсно. В качестве антибактериальных препаратов использовали цефалоспорины 1–3-го поколения в средней терапевтической дозе (1,0–2,0 г).

Метронидазол назначали по 100 мл 0,5% раствора 3 раза в сутки внутривенно в течение 5 суток для поддержки эффективных концентраций препарата в крови и тканях во всех случаях при остром деструктивном аппендиците, остром деструктивном холецистите, острой кишечной непроходимости в стадии интоксикации на сроке заболевания более 12 часов. При перфоративной язве желудка композицию применяли в случае токсической и терминальной стадий перитонии.

Длительность антибиотикопрофилактики продолжалась от суток до 7 дней и зависела от выраженности патологического процесса брюшной полости и течения послеоперационного периода.

В табл. 1 показано распределение больных основной группы и группы сравнения в зависимости от нозологических форм острой патологии органов брюшной полости.

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от нозологической формы заболевания

Нозологические формы	Основная группа (n=86)		Группа сравнения (n=128)	
	абс.	%	абс.	%
Острый деструктивный холецистит	15	17,4	26	20,3
Острая кишечная непроходимость	14	16,3	24	18,7
Острый деструктивный аппендицит	38	44,2	57	44,6
Перфоративная язва желудка	19	22,1	21	16,4

Для контроля за процессом заживления послеоперационных ран применяли УЗИ с помощью аппарата фирмы “ALOKA” SSD-1700 в реальном масштабе времени с электронным датчиком 3,5 и 7,5 МГц. Исследования проводились в области послеоперационной раны на 3, 7 и 10-е сутки после операции вне зависимости от местных признаков воспаления.

В группе сравнения рана зажила первичным натяжением у 97 (75,8%) больных, гнойно-воспалительные послеоперационные осложнения возникли у 31 (24,2%), в основной группе — соответственно у 72 (83,8%) и 14 (16,2%).

В табл. 2 представлена структура раневых инфекционных осложнений у больных обеих групп.

Таким образом, традиционные методы профилактики инфекционных раневых осложнений у больных с острой хирургической патологией брюшной полости не позволяют предотвратить их возникновение в 24,2% случаев. Предложенная клеевая лечебно-профилактическая композиция наряду с антибактериальной профилактикой более эффективно предупреждает контаминацию послеоперационной раны, обеспечивает оптимальные сроки её заживления, уменьша-

Таблица 2

Структура гнойно-воспалительных раневых осложнений у больных группы сравнения и основной группы

Виды осложнений	Основная группа (n=86)		Группа сравнения (n=128)	
	абс.	%	абс.	%
Серома	4	4,6	8	6,2
Инфильтрат	6	6,9	10	7,8
Нагноение	3	3,5	6	4,7
Эвентрации	—	—	3	2,4
Лигатурные свищи	1	1,2	4	3,1
Итого	14	16,2	31	24,2

ет число раневых осложнений с 24,2 до 16,2% ($p < 0,05$), а также сокращает сроки пребывания больных в стационаре с $21,3 \pm 2,1$ до $15,1 \pm 1,2$ суток ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокуров Ю.Н., Ларичев А.Н.. Актуальные вопросы хирургического сепсиса. / Всероссийск. конф. общ. хирургов "Раны и раневая инфекция". Труды конгресса. — Ярославль, 2007. — С. 66 — 69.
2. Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии / Методические рекомендации. — Изд. при поддержке Glaxo Wellejne. — 2001. — 8 с.
3. Доброквашин С.В., Волков Д.Е. Периоперационная антибиотикопрофилактика в хирургии. // Казанский мед. ж. — 2004. — Т. 85. — № 5. — С. 323-327.

УДК 616.379-008.64+617.586]-002.4-08-089.873:611.987

МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Валерий Михайлович Красников, Николай Леонидович Никулин,
Владимир Александрович Тихонов*

ФГУ "361-й ВГ ПурВО" (начальник — доц. Л.А. Ахметьянов) МО РФ, г. Казань

Реферат

Представлен способ многокомпонентного лечения больного с синдромом диабетической стопы, позволяющий уменьшить процент выполнения больших ампутаций нижних конечностей и улучшить качество жизни больных этой категории.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы.

Наиболее распространенным эндокринным заболеванием человека является сахарный диабет (СД): в среднем им страдают 4–5% населения планеты. В России в 2006 г. было официально заре-

4. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Резник В.С. и др. Клеевая лечебно-профилактическая композиция / Патент №2188016. от 21. 02. 2001, выдано ФИПС РФ. — М., 2002. РФ.

5. Малков И.С., Шакиров М.И., Низамутдинов Е.З. и др. Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений // Казанский мед. ж. — 2006. — том 87. — № 2. — С. 108–110.

6. Чернов В.Н., Маслов А.И., Мариев Д.Н. Принципы профилактики раневой инфекции и лечения ран / Всероссийск. конф. общ. хирургов "Раны и раневая инфекция". Труды конгресса. — Ярославль. — 2007. — С. 225-230.

7. Hotobkiss R.S., Kazl I. E. Surgical intraabdominal infections // N. Engl. J. Med. — 2003. — Vol. 342 — P. 138-150.

8. Wald D.S. Wound healing under pathological conditions // Inf. Medicina propraxi. — 2002. — Vol. 10. — P. 6-10.

Поступила 09.12.08.

AN INTEGRATED METHOD OF PREVENTION OF WOUND PYO-INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

S.V. Dobrovashin, D.E. Volkov, A.G. Izmailov

Summary

Shown were the results of treatment of patients with urgent pathology of abdominal organs, in which wound purulent-inflammatory complications were identified in the postoperative period. Proposed was a new adhesive treatment and prevention composition for local use in the postoperative period in combination with antibacterial prophylaxis.

Keywords: adhesive treatment and prevention composition; antibacterial prophylaxis; wound pyo-inflammatory complications.

гистрировано 2,5 миллиона больных СД, из них 70 тысяч в Республике Татарстан. Более чем у 70% больных СД развивается синдром диабетической стопы (СДС) — сложный комплекс анатомо-функциональных изменений в тканях, формирующийся на фоне диабетической микро- и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии [2, 3, 4]. В 10 раз чаще возникает СДС у лиц с СД 2-го типа, который в 85% случаев сопровождается язвами стоп разной тяжести. Гнойно-некротические