

Во вторую вошли 26 пациентов, которым проводилось хирургическое лечение в более поздние сроки.

Средний койко-день у больных 1-й группы составил 21, у больных 2-й группы — 30 дней.

По площади ожоговой травмы: в 1 группе 50 % площади тела и более — 15 человек (37 %), во 2-й группе 30 — 50 % площади тела — 26 человек (63 %). В 34 % (14) случаев для закрытия ожоговой поверхности использована донорская кожа, в 66 % (27) случаев выполнена аутодермопластика.

Активная хирургическая тактика заключалась в проведении ранней некрэктомии: тангенциальной — 72 % (29) случаев, фасциальной — 28 % (12) случаев.

В 14 % (6) случаев отмечались: септические осложнения, пневмония, ДВС-синдром.

Проведение активной хирургической тактики при лечении обширных глубоких ожогов с использованием алло-аутоотрансплантатов значительно снижает частоту летальности, гнойно-септических осложнений, время госпитализации, экономические затраты.

**М.В. Садах, А.В. Калинин, Я.А. Дворянов**

### **НЕКРОТИЧЕСКИЙ МЕЗОКОЛИТ И ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

*ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница» (Иркутск)  
ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
ГУЗ «Областное патологоанатомическое бюро» (Иркутск)*

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2007 годы на лечении находилось 68 пациентов, течение инфицированного панкреонекроза у которых осложнилось развитием толстокишечных свищей (42,5 % от общего числа оперированных больных). Из них мужчин — 42 (61,8 %), женщин — 26 (38,2 %), средний возраст —  $48,23 \pm 5,4$  (23–73) лет. Наиболее часто некротическим процессом поражались восходящий (30 больных — 44,1 %) и поперечный (22 больных — 32,3 %) отделы ободочной кишки, у 16 (23,5 %) больных свищи локализовались в нисходящем отделе. Множественные свищи установлены у 30 (44,1 %) пациентов. Первые признаки уклонения толстокишечного содержимого отмечены на 4–11-е сутки после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Интраоперационно наблюдали гнойно-некротическое повреждение mesocolon и параколярной клетчатки с переходом процесса на стенку толстой кишки. Морфологически установлены различные сочетания нарушений регионарного кровообращения (тромбоз микрососудистого русла mesocolon) и воспалительной реакции (острого экссудативного воспаления в зоне свища и продуктивного воспаления в окружающих тканях и висцеральной брюшине).

Выполняли: ушивание свища без протекционного стомирования — 14 случаев (20,6 %); резекция толстой кишки с илеостомой по Бруку — 17 случаев (25,0 %), резекция свищеносущего участка с колостомой — 15 случаев (22,1 %). У 16 больных (23,5 %) выполнено ушивание свища в сочетании с операцией Торнболла, в 6 случаях (8,9 %) операция Торнболла явилась окончательным вариантом операции.

Итак, 32 (47,1 %) пациентам была выполнена резекция пораженных участков толстой кишки с выведением кишечной стомы в том или ином варианте. Общая летальность у пациентов в группе с толстокишечными свищами составила 50,0 %. Она была связана не столько с образованием кишечных свищей, сколько с тяжестью течения основного заболевания. В группе с множественными свищами летальность составила 56,7 %. Индекс тяжести в основной группе составил  $25,9 \pm 1,6$  балла (APACHE II) и  $6,2 \pm 0,2$  балла (Ranson) (в группе клинического сравнения —  $19,4 \pm 1,3$  и  $4,1 \pm 0,4$  соответственно). Причем в группе больных с множественными толстокишечными свищами он составил  $29,3 \pm 1,8$  балла и  $7,2 \pm 0,2$  балла соответственно. В основной группе индекс тяжести достоверно ниже после проведенного оперативного вмешательства ( $20,9 \pm 1,4$  балла по APACHE II, причем в группе с множественными свищами —  $22,3 \pm 1,6$  балла), что позволило нам сделать вывод об адекватности хирургической детоксикации у данной категории больных. Общая летальность при выведении илеостомы была меньшей (43,6 %, причем в группе больных с обширной резекцией толстой кишки, сопровождавшейся операцией Брука, — 35,2 %), чем в других группах больных (при ушивании кишечных свищей — 64,3 %, при колостомировании — 53,3 %). В дальнейшем выполнялось восстановление кишечной непрерывности путем закрытия илео- либо колостомы одним из общепринятых способов.

Обнаруженные закономерности развития патологического процесса определяют хирургическую тактику. Профилактика и лечение несформированных кишечных свищей при инфицированном пан-

креонекрозе предполагают иссечение поврежденных некротическим процессом сегментов толстой кишки и мезо- и параколярной клетчатки. На фоне распространенного перитонита, мезо- и параколита оптимальным вариантом отведения кишечного потока следует считать илеостомию в любом из общепринятых вариантов.

**Е.Ю. Седова, Р.Р. Гумеров**

## **СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ АБСЦЕССАХ ЖИВОТА**

*ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

На современном этапе развития хирургии проблема абсцессов брюшной полости по-прежнему имеет большое значение. Наряду с совершенствованием хирургической техники, уменьшением травматичности оперативных вмешательств, внедрением в практику более мощных антибактериальных препаратов, абсцессы брюшной полости все еще остаются нередкими осложнениями абдоминальных операций.

Еще не так давно основным методом лечения данной патологии являлась санация полости гнойника через лапаротомный доступ, имеющий высокую послеоперационную летальность, которая составляла от 10 до 60 %.

Современная хирургия стремится к уменьшению травматичности оперативных вмешательств. В последние 20 лет развитие новых медицинских технологий, возросшие возможности методов инструментальной диагностики, позволяющие использовать цифровую реконструкцию изображения, привели к развитию одного из направлений миниинвазивной хирургии — лечения гнойников различной локализации, базирующегося на их чрескожной декомпрессии и деконтаминации под визуальным контролем.

Эта методика лечения гнойников брюшной полости повысила эффективность лечения до 94,5 % и снизила показатели летальности при данной патологии до 4,7 %. Применяются два основных вида вмешательств — пункция и дренирование, которые выполняются под местной анестезией.

Опыт 15-летнего использования минимизированных хирургических вмешательств в различных клинических ситуациях позволил прийти к выводу о необходимости их разделения по категориям сложности, и в клинике НЦ РВХ был разработан и внедрен в практическую деятельность лечебно-диагностический алгоритм, представленный в докторской диссертации В.А. Шантурова в 1998 году.

По предложенному алгоритму у больных с абсцессами брюшной полости использовали несколько вариантов лечения: консервативный, пункционный, дренажный, пункция + дренирование, лаважная система, чрескожная декомпрессия + оперативное дренирование, комбинированный с внутривентрикулярным протеолизом. Выбор способа лечения индивидуализировали с учетом размеров, степени «зрелости» гнойника и характера содержимого гнойной полости.

В клинике гнойно-септического центра НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН за период с 1998 по 2008 год накоплен опыт лечения 584 пациента с ограниченными гнойно-деструктивными заболеваниями брюшной полости. Средний возраст больных составил  $45,8 \pm 2,4$  лет. Преобладали мужчины — 336 (57,5 %) человек. Распределение пациентов в зависимости от локализации процесса следующее: деструктивный холецистит — 217 (37,1 %) случаев; поддиафрагмальный абсцесс — 114 (19,5 %) случаев; абсцессы печени — 125 (21,4 %) случаев, из них множественные — 15 (12 %) случаев; подпеченочный абсцесс — 38 (6,5 %) случаев; парапанкреальный абсцесс — 28 (4,8 %) случаев; абсцесс сальниковой сумки — 12 (2,1 %) случаев; межкишечные абсцессы — 17 (2,9 %) случаев; параколярный абсцесс — 11 (1,8 %) случаев; абсцесс селезенки — 9 (1,5 %) случаев; псоас-абсцесс — 3 (0,5 %) случая; абсцессы поджелудочной железы — 3 (0,5 %) случая; абсцесс малого таза — 5 (0,8 %) случаев. Всем больным были проведены миниинвазивные хирургические вмешательства под контролем УЗИ и КТ. В 387 (66,3 %) случаях пункционный метод обеспечил адекватную санацию гнойной полости, следует отметить, что в 42 (7,2 %) наблюдениях возникла необходимость в повторных пункциях. В 197 (33,7 %) случаев было выполнено дренирование полости гнойника. Среди осложнений наблюдали дислокацию дренажа, что потребовало в 25 (12,7 %) наблюдениях редренирования. В 8 наблюдениях была установлена ирригационно-аспирационная система.

В клинике изобретена и успешно используется новая методика — чрескожной пункционно управляемой редукции.

Путем чрескожной пункции производится эвакуация экссудата, промывания полости раствором антисептика или антибиотика под визуальным контролем, затем, в отличие от общепринятых правил, после каждого промывания полость заполняют раствором антисептика или антибиотика до 80 % от объема эвакуированного экссудата. Повторные пункции производятся до полной редукции гнойной полости.

Также применяется метод закрытого управляемого дренирования — дренаж не оставляется открытым с пассивным оттоком, как это делалось раньше, а вводится раствор любого антисептика (фурацилин,