

3. Стволовая ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями наиболее полно подавляет желудочную секрецию и надежно предотвращает возникновение рецидива язвы. Поэтому двусторонняя поддиафрагмальная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Джадду может быть рекомендована в практику лечебных учреждений.

Поступила 17.05.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Баяев О. В. Выбор лечебной тактики у больных с перфоративными язвами гастродуоденальной зоны: Дис. канд. мед. наук. Краснодар, 1006. 150 с.
2. Булгаков Г. А., Дивилин В. Я., Страдымов А. А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2002. № 11. С. 24–26.
3. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. СПб: изд-во ДЕАН, 2006. 656 с.
4. Ивашкин В. Т., Баранская Е. К., Шифтин О. С., Юрьева Е. Ю. Место антацидов в современной терапии язвенной болезни //

Русский медицинский журнал (приложение). 2002. Т. 4. № 2. С. 3–6.

5. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.

6. Курыгин А. А., Перегудов С. И., Гула Ф. И. Хирургическое лечение больных перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии, 1998. Т. 156. № 1. С. 24–28.

7. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 1005. № 3. С. 27–29.

V. A. AVAKIMJAN, A. V. AVAKIMJAN

THE RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS

On the grounds of treatment 198 patients with perforated gastroduodenal ulcers are proposed the algorithms of the actions of doctor of ambulance, of adoptive department, in operational, in postoperative period. Algorithms allowed to bring down level of letalis with 7% till 1%.

В. А. АВАКИМЯН, М. Т. ДИДИГОВ,
М. Х. АШХАМАФ, С. В. АВАКИМЯН, Б. В. РАЛКА

НЕПРЯМОЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОКИСЛЕНИЕ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ, г. Краснодар, Россия

Введение

Изучение литературы последнего времени свидетельствует о стабилизации на весьма высоких цифрах летальности от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При некоторых из них, в частности при ущемленных грыжах, наметилась даже опасная тенденция к ее росту, что не может не вызвать тревоги и озабоченности у практических хирургов [1, 3, 7, 8].

В период 1996–2005 гг. в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара оперировано 2155 больных с ущемленной грыжей передней брюшной стенки. Гнойно-септические осложнения различного характера имели место у 523 пациентов (24,3%). Осложнения с летальным исходом наблюдались у 132 больных (6,1%), в том числе у 95 женщин и 37 мужчин. По поводу паховой грыжи оперировано 45 больных, бедренной – 38, пупочной и околопупочной – 42, послеоперационной и рецидивной – 7. Из 132 умерших больных у 85 (64,4%) операция дополнялась резекцией тонкой или толстой кишки.

Основные непосредственные причины летальности при ущемленной грыже отражены в таблице 1.

Как видно, гнойно-септические осложнения различного характера (перитонит, пневмония, интоксикация и сепсис) занимают ведущее место среди непосред-

ственных причин летальности у больных с ущемленной грыжей живота.

Одним из главных факторов неудовлетворительно-го лечения гнойно-септических осложнений у больных с ущемленной грыжей передней брюшной стенки является отсутствие эффективных способов антибактериальной терапии, детоксикации и повышения иммунологической резистентности организма [1, 3, 4].

В последние годы в клинической практике для лечения многих заболеваний, особенно воспалительного характера, довольно успешно применяется метод непрямого электрохимического окисления с использованием гипохлорита натрия, обладающего мощным антибактериальным и детоксицирующим эффектами [4, 5].

Материалы и методы

Мы использовали непрямо электрохимическое окисление в лечении 32 больных с осложненными формами ущемленной грыжи передней брюшной стенки. Группу контроля составили 53 пациента, леченных традиционными методами. Сведения о больных представлены в таблице 2.

У всех больных основной и контрольной групп имелись гнойно-септические осложнения различного характера. Сведения о них представлены в таблице 3.

Причины летальности при ущемленной грыже

	Перитонит	Сердечно-сосудистая недостаточность	Пневмония и дыхательная недостаточность	Сепсис	Тромбоэмболические осложнения
Паховая	25	9	7	1	3
Бедренная	15	8	10	1	4
Пупочная и околопупочная	21	12	6	0	3
Послеоперационная и рецидивная	3	1	1	1	1
Всего	64 (48,5%)	30 (22,7%)	24 (18,2%)	3 (2,3%)	11 (8,3%)

Некроз ущемленной кишки наблюдался у 15 (46,9%) больных основной группы и 21 (39,6%) контрольной группы. При этом срединная лапаротомия была выполнена лишь у 4 (12,5%) и 12 (22,6%) пациентов основной и контрольной групп соответственно. Во всех остальных случаях резекция кишки выполнялась через герниолапаротомический разрез. Прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости наблюдалось у 6 (18,7%) и 11 (20,7%) больных основной и контрольной групп. У этих пациентов резекция кишки выполнялась также через герниолапаротомический разрез. Между тем опыт свидетельствует, что в условиях перитонита этот доступ недостаточен для ревизии и адекватной санации брюшной полости.

Всем больным проводилось внутривенное введение раствора гипохлорита натрия в концентрации 600 мг/л, получаемого на установке ЭДО-4. Инфузия проводилась в течение первых 3–4 суток послеоперационного периода по 200 мл 2 раза в сутки в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза. При наличии распространенных форм перитонита выполнялась санация брюшной полости раствором гипохлорита натрия. Перед ее выполнением производили посев выпота на флору и чувствительность к антибиотикам. Повторное бактериологическое исследование отделяемого из брюшной полости по дренажным трубкам выполнялось на 3–4-е сутки послеоперационного периода (если оно имелось).

Основными критериями определения степени эндотоксикоза, а также эффективности проводимого лечения служили показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), среднемолекулярных пептидов (СМП), уровня эффективной концентрации альбумина плазмы крови (ЭКА).

Все показатели, характеризующие течение эндотоксикоза, определялись у больных в динамике: при поступлении в стационар, на 3–4-е и 9–10-е сутки после выполнения оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов лечения больных основной группы выявил следующие закономерности. До начала лечения уровень СМП колебался в пределах от 0,320 до 0,691 условных единиц. Сразу после выполнения хирургического вмешательства начинали инфузию гипохлорита натрия. На 4-е сутки отмечали падение уровня СМП до $0,260 \pm 0,04$ – $0,490 \pm 0,05$

условных единиц ($p < 0,02$). К этому сроку у большинства больных основной группы отмечалось объективное улучшение общего состояния, урежался пульс, снижалась температура тела, разрешался послеоперационный парез кишечника. К 9-м суткам продолжалось дальнейшее снижение уровня СМП: до $0,220 \pm 0,02$ – $0,285 \pm 0,013$ условных единиц по сравнению с показателями до начала лечения ($p < 0,05$). К этому времени состояние большинства пациентов расценивалось как удовлетворительное.

Показатели уровня СМП позволяют судить о гидрофильных компонентах эндотоксикоза. Для оценки гидрофобных компонентов существует методика определения ЭКА, которая представляет собой концентрацию остающихся не занятыми токсинами альбуминовых связывающих центров. ЭКА – показатель, отражающий количество центров связывания альбумина, не занятых токсичными лигандами. Считается, что у здоровых людей альбуминовые центры не заняты токсическими лигандами и поэтому их ЭКА приближается к общей концентрации альбумина (ОКА). В исследуемой группе больных мы отмечали прогрессивный рост ЭКА: с $13,0$ – $24,0$ г/л до $23,8$ – $33,0$ г/л ($p < 0,01$).

Определение лейкоцитарного индекса интоксикации отразило падение последнего с $1,50 \pm 0,04$ – $3,28 \pm 0,90$ до $0,83 \pm 0,02$ – $1,06 \pm 0,75$ ($p < 0,01$). Динамика основных показателей эндотоксикоза отражена в таблице 4.

Результаты бактериологических исследований перитонеального экссудата показали, что кишечная палочка составляет около 75% из общего числа высеянной микрофлоры. При этом начальные посевы выявили резистентность микрофлоры к большинству широко используемых в отделениях хирургического профиля антибиотиков (полусинтетических пенициллинов, аминогликозидов). Результаты антибиотикограмм, выполненных после санации брюшной полости раствором гипохлорита натрия, свидетельствовали о существенном повышении чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В основе данного эффекта гипохлорита натрия лежат торможение генетического переноса плазмид лекарственной устойчивости и подавление основных биохимических механизмов её развития [4, 5].

При введении гипохлорита натрия в центральную вену в концентрации 600 мг/л каких-либо осложнений,

Таблица 2

Распределение больных по полу и локализации грыжи

		Паховая	Бедренная	Пупочная	Послеоперационная и рецидивная	Всего
Мужчины	О	4	1	8	2	15 (46,9%)
	К	8	2	15	4	29 (54,7%)
Женщины	О	2	4	10	1	17 (53,1%)
	К	3	6	12	3	24 (45,3%)
Итого	О	6 (18,8%)	5 (15,6%)	18 (56,2%)	3 (9,4%)	32 (100%)
	К	11 (20,7%)	8 (15,2%)	27 (50,9%)	7 (13,2%)	53 (100%)

Примечание: О – основная группа; К – контрольная группа.

Таблица 3

Гнойно-септические осложнения у больных основной и контрольной групп

		Паховая	Бедренная	Пупочная	Послеоперационная и рецидивная	Итого
Некроз кишки	О	3	3	8	1	15 (46,9%)
	К	4	4	11	2	21 (39,6%)
Несостоятельность анастомоза	О	1	-	1	-	2 (6,3%)
	К	2	1	2	1	6 (11,3%)
Некупированный перитонит	О	1	2	3	-	6 (18,7%)
	К	3	2	5	1	11 (20,7%)
Нагноение операционной раны	О	-	-	1	1	2 (6,2%)
	К	-	-	3	3	6 (11,3%)
Пневмония	О	1	1	2	1	5 (15,6%)
	К	1	2	4	2	9 (17,0%)
Сепсис	О	ё-	-	-	-	-
	К	-	-	1	-	1 (1,9%)

Примечание: О – основная группа; К – контрольная группа.

Таблица 4

Динамика показателей эндотоксикоза

Показатель	При поступлении	3–4-е сутки	9–10-е сутки	P4	P10
СМП	0,320–0,691 у. е.	0,260–0,490 у. е.	0,220–0,285 у. е.	<0,02	<0,05
ЭКА	13,0–24,0 г/л	18,0–27,5 г/л	23,8–33,0 г/л	<0,01	<0,01
ЛИИ	1,50–3,28	1,00–2,43	0,83–1,06	<0,01	<0,01

Примечание: достоверность различий показателей по сравнению с контрольными:
P4 – на 3–4-е сутки;
P10 – на 9–10-е сутки.

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 неоправдана.

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 *gunoxlorum a sodium*, the lethality has decreased with $18,8 \pm 0,2\%$ up to $11,2 \pm 0,2\%$, the number of pyeses 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 ургентных 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