

В задачи диагностики помимо установления факта заболевания входят определение формы и стадии заболевания, осложнений, прогнозирование дальнейшего течения патологического процесса.

Только комплексное обследование позволяет выявить картину существующих и развивающихся изменений в поджелудочной железе, сальниковой сумке и клетчатке забрюшинного пространства.

Ранняя идентификация больных тяжёлым панкреатитом даёт возможность своевременно начать лечение, прежде чем разовьются полиорганные дисфункции или сепсис.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буткевич А. Ц., Чадаев А. П., Лапин А. Ю., Свиридов С. В. Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении распространённого инфицированного панкреонекроза. – Москва, 2007. – 389 с.
2. Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. – СПб, 2000. – 309 с.
3. Гальперин Э. И., Дюжаева Т. Г., Докучаев К. В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // Хирургия. – 2003. – № 3. – С 55–59.
4. Зубрицкий В. Ф., Левчук А. Л., Покровский К. А., Забелин М. В. Диагностика деструктивного панкреатита. – Москва, 2010. – 143 с.

5. Костюченко А. Л., Филин В. Н. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей. – СПб, 2000. – 400 с.

6. Лысенко М. В., Девятов А. С., Урсов С. В., Пасько В. Г., Грицюк А. М. Острый панкреатит: дифференцированная лечебно-диагностическая тактика. – Москва, 2010. – 165 с.

7. Нестеренко Ю. А., Лаптев В. В., Михайлуков С. В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – Москва, 2004. – 304 с.

8. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения // Анналы хирургии. – 2001. – № 3. – С. 58–62.

9. Филимонов М. И., Бурневич С. З. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии / Под редакцией В. С. Савельева. – Москва, 2003. – С. 241–248.

10. Austin L., Spitzer M. D., Anthony M., Barcia B. S., Michael T., Schell M. D., Annabel Barber M. D. Applying Ockham's razor to pancreatitis prognostication a four-variable predictive model // Annals of surgery. – March, 2006. – V. 243. № 3. – P. 380–388.

11. Xin-Liang Lu, Jian-Ting Cai, Xing-Guo Lu, Jian-Min Si and Ke-Da Qian. Plasma level of thrombomodulin is an early indication of pancreatic necrosis in patients with acute pancreatitis // World j. gastroenterol. – October 15, 2003. – V. 9. № 10. – P. 2267–2269.

Поступила 14.02.2013

С. Н. ЩЕРБА¹, В. В. ПОЛОВИНКИН²

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-918-417-29-51. E-mail: ScherbaSN@bk.ru;

²Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского, Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167

Проведено исследование заживления лапаротомных ран у трёх групп больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки. Предложен и описан новый способ пролонгированного проточного пассивного дренирования лапаротомных ран. Обосновано его преимущество в сравнении с традиционными методиками.

Ключевые слова: раневая инфекция, дренирование ран, рак ободочной кишки

S. N. SCHERBA¹, V. V. POLOVINKIN²

NEW POSSIBILITIES OF THE PREVENTION OF A WOUND INFECTION AT THE PATIENTS OPERATED CONCERNING A CANCER OF AN OBODOCHNY GUT

¹Chair of the general surgery of the Kuban state medical university, Russia, 350036, Krasnodar, Sedin street, 4. Tel. 8-918-417-29-51. E-mail: ScherbaSN@bk.ru;
²regional clinical hospital №1 n. a. prof. S. V. Ochapovsky of Russian academy of medical science, Russia, 350086, Krasnodar, 1 May street, 167

Research of healing of laparotomy wounds at three groups of the patients operated concerning a cancer of an obodochny gut is conducted. The new way of the prolonged flowing passive drainage of laparotomy wounds is offered and described. Its advantage in comparison with traditional techniques is proved.

Key words: wound infection, drainage of wounds, cancer of an obodochny gut.

Введение

Возникновение послеоперационных гнойных осложнений со стороны лапаротомных ран, по данным

разных авторов, устойчиво продолжает держаться в пределах 3–22% [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Наибольшую значимость эта проблема имеет у пациентов, опериро-

ванных по поводу рака толстой кишки, где микробная контаминация ран достигает 90%, а сопутствующая и фоновая патология увеличивает риск возникновения нагноения ран в разы [1, 2]. Современные средства асептики и антисептики, периоперационная антибиотикопрофилактика и другие применяемые в настоящее время способы предупреждения нагноения лапаротомных ран существенно снижают частоту их образования, но не позволяют избежать их полностью.

Цель – сравнить результаты заживления срединных лапаротомных ран, ушитых традиционно (послойно, наглухо), и с проточным пролонгированным дренированием подкожной клетчатки, дополненным элементом гидравлической внутрираневого компрессии антисептика.

ежедневных перевязках. И, наконец, основная группа, состоявшая из 37 больных, отличалась от второй контрольной тем, что установленный в подкожную клетчатку лапаротомной раны проточный дренаж промывался с элементом гидравлической компрессии антисептика (приоритетная справка № 2012107728 от 29.02.2012 г.).

В таблицах 1, 2 представлено распределение больных всех групп по полу, возрасту, виду хирургического вмешательства.

Описание метода пролонгированного проточного пассивного дренирования лапаротомной раны, применявшегося у больных основной группы наблюдений После ушивания мышечно-апоневротического слоя лапаротомной раны над апоневрозом помещают од-

Таблица 1

Основные характеристики сравниваемых групп

Переменная	Основная, n=37	Контрольная 1, n=161	Контрольная 2, n=165
Мужчины	54% (20/37)	54,7% (88/161)	49,7% (82/165)
Женщины	46% (17/37)	45,3% (73/161)	51,3% (83/165)
Возраст	65,4 (4,5)	64,8 (5,4)	65,1 (7,0)

Таблица 2

Распределение больных по виду хирургического вмешательства

Вид операции	Основная группа, n=37	Контрольная-1 группа, n=161	Контрольная-2 группа, n=165
Правосторонняя гемиколэктомия	32,4% (12/37)	34,1% (55/161)	32,8% (54/165)
Резекция поперечно-ободочной кишки	2,7% (1/37)	1,9% (3/161)	3% (5/165)
Левосторонняя гемиколэктомия	24,3% (9/37)	22,3% (36/161)	23,7% (39/165)
Дистальная резекция сигмовидной кишки	24,3% (9/37)	29,2% (47/161)	29% (48/165)
Субтотальная колэктомия	10,8% (4/37)	10,6% (17/161)	10,3% (17/165)
Колэктомия	5,5% (2/37)	1,9% (3/161)	1,2% (2/165)
Всего	100% (37)	100% (161)	100% (165)

Материалы и методы

Исследование когортное проспективное сравнительное. За период с января 2010 г. по декабрь 2012 г. в колопроктологическом отделении Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. проф. С. В. Очаповского по поводу колоректального рака прооперировано 767 пациентов. Критерием включения в исследование была локализация новообразования в ободочной кишке. Таких пациентов было 411. Исключены из исследования больные, которым выполнены симптоматические и паллиативные хирургические вмешательства (48 наблюдений). Таким образом, в исследовании участвовали 363 пациента.

В зависимости от способа дренирования подкожной клетчатки лапаротомной раны или его отсутствию все больные были разделены на три группы. В первой контрольной группе 161 больному лапаротомная рана ушивалась традиционно послойно, наглухо. Во второй контрольной группе 165 больным перед зашиванием кожи над апоневрозом устанавливался проточный перфорированный дренаж сроком на 9–10 суток, который промывался однократно растворами антисептиков на

нопросветный перфорированный дренаж, концы которого выводят наружу вблизи углов лапаротомной раны и фиксируют к коже отдельными узловыми швами. В качестве дренажа используют, например, стандартную стерильную полихлорвиниловую трубку от системы для внутривенных вливаний. Перфорационные отверстия вырезают только на той части трубки, которая находится в ране. Отверстия располагают по боковым поверхностям, в шахматном порядке, на расстоянии 1,5–2 см друг от друга. Диаметр перфорационных отверстий 3–4 мм. Затем накладывают обычные узловые швы только на кожу. Интервал между ними – 1–1,5 см. Подкожно-жировую клетчатку не ушивают, чтобы дать возможность антисептику при промывании дренажа омывать и санировать внутренние стенки раны, недренируемые карманы, щели. Ушитую над раной кожу обрабатывают йодпроизводными антисептиками и закрывают стерильной салфеткой. Выведенные наружу концы дренажной трубкигибают, а на место излома одевают стерильные пластмассовые заглушки (например, колпачки от инъекционных игл), создавая герметизм и перекрывая путь экзогенной инфекции по трубке

в раневую полость. Далее наружные концы дренажной трубки укладывают на стерильную салфетку, лежащую на лапаротомной ране, а сверху закрывают асептической ватно-марлевой повязкой. Таким образом, выведенные концы дренажной трубки остаются под повязкой, не создавая пациентам никаких неудобств.

Начиная с первого послеоперационного дня при перевязке лапаротомной раны производят промывание дренажной трубки антисептиками. Можно использовать раствор 3%-ной борной кислоты либо 0,02%-ный водный раствор хлоргексидина. Промывание происходит следующим образом. Один конец дренажной трубки опускают в чистый лоток для слива и временно перекрывают его (например, зажимом). Во второй конец трубки порционно вводят один из антисептиков. Для вливания раствора удобнее использовать одноразовые шприцы объемом не менее 20 мл. При промывании дренажа в первые 2–3 послеоперационных дня из-за временно созданного механического препятствия в сливной части трубки введенный в дренаж антисептик не выходит сразу наружу, а полностью омывает и saniрует все стенки, недренлируемые углы, карманы лапаротомной раны между апоневрозом и кожей. Благодаря этому приему удаётся создать гидравлическую компрессию антисептика. Причём внутрираневое давление антисептика нужно увеличить до такой степени, чтобы произошло даже частичное просачивание раствора наружу между кожными швами. С помощью такой гидравлической санации полости раны максимально очищается от микроорганизмов, раневого субстрата, некротизированных тканей и т. п., которые как раз могут, при неблагоприятном стечении обстоятельств, пройдя ряд форм (серома, гематома), привести к нагноению раны.

На промывание дренажа достаточно, как правило, 100–150 мл антисептика. Завершив компрессионное промывание, пережатый второй конец трубки открывают и выпускают весь антисептик. Далее этим же шприцом полностью аспирируют оставшееся в ране и в дренажной трубке содержимое. Одевают на согнутые концы трубки колпачки-заглушки и укладывают края трубки под повязку. Дренажи из раны удаляют на 9–10-е послеоперационные сутки. К этому сроку отделяемого из раны по дренажу уже практически нет. Если оно и бывает, то характер его серозный не больше 1–2 мл.

Описание метода пролонгированного проточного пассивного дренирования лапаротомной раны, применявшегося у больных контрольной группы 2

Техника изготовления, установки дренажа в подкожную клетчатку лапаротомной раны, интервалы промывания (один раз в день при перевязке лапаротомной раны), объём и вид вводимого в дренажную трубку антисептика были абсолютно идентичны методу, применявшемуся у пациентов основной группы наблюдений. Разница заключалась лишь в том, что в первые два-три послеоперационных дня промывание проточного дренажа происходило без элемента гидравлической компрессии антисептика во внутрираневом пространстве.

Результаты исследования

В первой контрольной группе у 3,7% (6/161), а во второй контрольной группе у 3% (5/165) больных произошло клинически значимое нагноение лапаротомной раны в сроки с 5-е по 11-е сутки со дня операции. Всем этим больным раны были разведены. Заживление ран в дальнейшем происходило вторичным натяжением, либо раны зашивали после их перехода во вторую

фазу. У одного больного из второй контрольной группы на фоне нагноения возникла эвентерация, потребовавшая экстренного хирургического лечения.

В основной группе наблюдений нагноения не было ни в одном случае ($p < 0,05$). Все раны зажили первичным натяжением.

Обсуждение

Исследование показывает, что частота возникновения нагноения микробно-контаминированных лапаротомных ран, зашитых традиционным способом, послыно, наглухо либо на проточном дренаже с его обычным, общепринятым промыванием в послеоперационном периоде, существенно не отличается ($p > 0,05$). Аналогичные лапаротомные раны, где применялся способ пролонгированного проточного пассивного дренирования и выполнялся элемент гидравлической внутрираневой компрессии антисептика, заживают первичным натяжением без нагноения. Кроме этого следует заметить, что у пациентов основной группы ни в раннем, ни в позднем послеоперационном периоде осложнений со стороны лапаротомных ран в виде свищей на месте стояния дренажной трубки, незаживающих раневых полостей, вторичного инфицирования не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенсман В. М., Щерба С. Н. Съёмные дренирующие апоневротические и мышечно-апоневротические швы в профилактике нагноений лапаротомных ран // Вестн. хирургии. – 2000. – Т. 159. № 1. – С. 64–67.
2. Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З., Гиткович В. Е., Гайнулин Ш. М. Селективная деконтаминация кишечника в профилактике нозокомиальной инфекции в абдоминальной хирургии и интенсивной терапии // VIII Всероссийский съезд хирургов: Тезисы докладов. – Краснодар, 1995 – С. 455.
3. Гостищев В. К., Дибиров М. Д., Хачатрян Н. Н., Есеев М. А., Омельяновский В. В. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии // Хирургия – 2011. – № 5. – С. 56–60.
4. Кукош М. В., Кукош В. И., Завьялов В. В. и др. Антибиотико-профилактика в абдоминальной хирургии. Актуальные проблемы современной хирургии. Тезисы докладов Международного хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 79.
5. Маскин С. С., Карсанов А. М., Айдарова Л. Г. и др. Оптимизация периоперационной антибактериальной химиотерапии при obturatorной толстокишечной непроходимости // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 64.
6. Яковлев В. П., Яковлев С. В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. – М., 2003. – С. 1008.
7. De Bruin A. F. J., Gosselink M. P., Wjffels N. A. T. et al. Local gentamicin reduces perineal wound infection after radiotherapy and abdominoperineal resection // Tech colorectol. – 2008. – № 12. – P. 303–307.
8. Kim J., Mittal R., Konyalian V. Outcome analysis of patients undergoing colorectal resection for emergent and elective indications // Am. surg. – 2007. – № 73 (10). – P. 991–993.
9. Olusegun I. Alatise, Oladejo O. Lawal, Abdurashed K. et al. Surgical outcome of abdominoperineal resection for low rectal cancer in a nigerian tertiary institution // World j. surg. – 2009. – № 33. – P. 233–239.
10. Ruiz-Tovar J., Santos J., Arroyo A. et al. Effect of peritoneal lavage with clindamicin-gentamicin solution on infections after elective colorectal cancer // J. am. coll. surg. – 2012. – № 214 (2). – P. 200–207.

Поступила 14.02.2013

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ЯИЧНИКА

Современный медицинский центр имени Х. М. Совмена — клиника XXI века,
Россия, 385123, Республика Адыгея, Тахтамукайский р-н, аул Афиписин, ул. К. Х. Жанэ, 5.
Тел.: +7 (861) 272-59-11, +7 (861) 270-02-85. E-mail: zhane-atdr@mail.ru

Рак яичника является одной из основных причин смерти у онкогинекологических больных. Современный стандарт хирургического лечения предполагает агрессивную циторедуктивную операцию, направленную на удаление всех опухолевых очагов и потенциальных зон метастазирования опухоли. Данный подход актуален и для рецидивных опухолей. Наиболее сложной группой больных являются пациентки с синхронными и метакронными поражениями печени. В работе представлен собственный опыт выполнения оптимальных циторедуктивных операций при рецидивах рака яичника с метастатическим поражением печени.

Ключевые слова: рецидив рака яичника, лечение.

A. V. YANKIN, A. K. ZHANE

LIVER RESECTION IN RELAPSED OVARIAN CANCER

The modern medical center it. H. M. Sovmen – clinic of XXI century,
Russia, 385123, Republic Adygea, Area Tahtamukajsky, aul Afipsip, K. H. Zhane str., 5.
Tel.: +7 (861) 272-59-11, +7 (861) 270-02-85. E-mail: zhane-atdr@mail.ru

Ovarian cancer is the most common cause of cancer-related death among women. Currently, the surgical standard treatment for newly diagnosed advanced stage ovarian cancer includes optimal aggressive cytoreductive surgery. The benefits of secondary cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer is likely the same as for primary tumors. Most complicated and challenging problem is hepatic resection in combination with secondary cytoreduction for ovarian cancer. In this article we share our experience of hepatic resection in recurrent ovarian cancer with metastatic lesions.

Введение

Рак яичника (РЯ) является одной из основных причин смерти у онкогинекологических больных. Статистически РЯ составляет всего 4% среди всех впервые выявленных злокачественных новообразований у женщин, при этом является одной из основных причин смерти у женщин со злокачественными заболеваниями. Так, в 2007 г. в мире было диагностировано 230 500 новых случаев заболевания и 141 000 смертей [10]. Средний возраст заболевших составил 63 года. 5-летняя выживаемость среди всех заболевших РЯ не превышает 44% [10]. Онкологи называют рак яичника «тихий убийца женщин» из-за отсутствия каких-либо характерных симптомов даже в запущенных стадиях заболевания, поэтому, несмотря на все достижения в ранней диагностике, в 75% случаев РЯ диагностируется в 3–4-й стадии [13]. У 70–75% больных развивается рецидив заболевания, и это несмотря на высокую чувствительность РЯ к химиотерапии [13]. Справедливости ради необходимо сказать, что за последние 5–10 лет благодаря внедрению новой доктрины хирургического этапа лечения, индивидуализации химиотерапии в зависимости от агрессивности и распространенности опухоли удалось значительно увеличить медиану выживаемости больных с РЯ 3–4-й стадии. Современный стандарт лечения данной группы больных предполагает агрессивную циторедуктивную операцию, направленную на удаление всех опухолевых очагов и потенциальных зон метастазирования опухоли. Объем хирургического вмешательства при РЯ включает в себя следующие обязательные этапы [2, 4, 11, 16]:

смыв на цитологическое исследование до удаления первичного очага;
гистерэктомия с двусторонней овариоэктомией;
экстирпация большого сальника;
парааортальная лимфодиссекция;
тазовая лимфодиссекция;
аппендэктомия;
биопсия визуально не измененных участков брюшины.

Теоретически существует много аргументов в пользу использования столь агрессивного подхода [1]:

– такой объем операции дает возможность адекватно стадировать первичную опухоль для определения прогностических факторов и предикторов адьювантно-го лечения;

– удаление основной массы плохо васкуляризированной опухоли, не доступной для подведения туморцидной дозы цитостатиков, включающей пул химиорезистентных клеток, значительно увеличивает эффект адьювантного лечения;

– неоспоримым является улучшение качества жизни больных после циторедукции за счет снижения интоксикационного синдрома и различных осложнений, связанных с метастатическими очагами.

Доказательством целесообразности данных вмешательств являются результаты рандомизированных исследований, продемонстрировавших преимущество в выживаемости в группе больных после оптимальных циторедуктивных операций. Исторически J. K. Meigs был первым, кто в 1934 г. предложил при раке яичника «удалять максимально возможное количество опухоли», а в 1975 г. С. Т. Griffiths в своей работе