

являются показанием к эхоконтролируемому диагностическому или лечебному вмешательству.

3. Эхоконтролируемое вмешательство является высокоэффективным методом лечения ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, эффективность лечения при абсцессах печени составляет 100%, при жидкостных скоплениях в сальниковой сумке – 93,6%, при ВЖО – 94,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов О.Е. Диагностика и пункционное лечение внутрибрюшных послеоперационных осложнений методом ультрасонографии. – М., 1998. – С. 17.
2. Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. / под общ. ред. Харченко В.П. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней. Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 2005. – 192 с.
3. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М. и др. // Вестн. хир. – 1993. – № 5-6. – С. 22-24.
4. Лотов А.Н. Ультразвук в диагностике и лечении хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 1998.
5. Малярчук В.И., Климов А.Е., Федоров А.Г. и др. // Хирургия (Баку). – 2005. – № 1. – С. 49-54.
6. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. // Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство. – М., 1990. – С. 559-561.
7. Никольский В.И., Сапожнов А.Ю. // Абсцессы живота. – Пенза, 1994. – С. 204-205.
8. Datolla A., Alberti A., Gianetto G. et al. // Ann. Ital. Chir. – 1999. – V.70, №2. – P.161-167.
9. Gohl L., Gmainwieser J., Gusinde J. // Zentralbl. Chir. – 1999. – V.124, №3. – P. 187-194.
10. Strotzer M., Manke C., Lock G. et al. // RoFo Fortschr. Geb. Rontgenstr. Neuen Bildged. Verfahr. – 1998. – V. 169, №5. – P.510-514.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Н.Н. Каншин, А.В. Воленко, В.А. Горский, И.В. Леоненко, С.В. Куприков, Р.А. Воленко, Е.Е. Голубцова, Е.В. Татарина
НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Несмотря на достигнутый прогресс в современной хирургической колопроктологии, внедрение новых хирургических технологий, сшивающих аппаратов, совершенных шовных материалов, частота послеоперационных осложнений остается на неоправданно высоком уровне.

Толстокишечные анастомозы относят к группе риска несостоятельности, особенно низкие колоректальные анастомозы, формируемые глубоко в малом тазу. В среднем частота несостоятельности кишечных швов в колоректальной плановой хирургии составляет 1,6-23% [1, 2].

В экстренной хирургии, особенно на фоне перитонита, острой кишечной непроходимости, травмы органов брюшной полости, острых профузных кишечных кровотечений, частота несостоятельности колоанастомозов, по сводной статистике, встречается в 20-35,7% случаев [3, 4].

Несостоятельность анастомоза является основной причиной послеоперационного перитонита и сопровождается высокой летальностью. Все это делает проблему послеоперационных осложнений одной из самых актуальных в колопроктологии и диктует необходимость разработки и совершенствования современных эффективных методов их профилактики.

Не умаляя роли медикаментозной терапии, прежде всего, антибактериаль-

ной профилактики, мы в своей работе хотим показать место, роль и перспективу хирургических методов профилактики послеоперационных осложнений.

Продemonстрируем проблему послеоперационных осложнений на материале 650 больных с заболеваниями толстой кишки, которые были оперированы на двух клинических базах института. Мужчин было 355 и женщин 295. Средний возраст больных составил 61,9 лет. Большинство больных (505 из 650, т.е. 77,7%) были первично оперированы по поводу рака толстой кишки. 266 операций (40,9%) было выполнено в экстренном и 384 (59,1%) – в плановом порядке. У 426 больных (65,5%) выполнены резекции ободочной и прямой кишок с формированием первичных межкишечных анастомозов. При 224 (34,5%) вмешательствах проведены резекции толстой кишки типа операции Гартмана или выведение толстокишечных стом.

Послеоперационные осложнения имели место у 193 больных, что составило 29,7%. Из них у 120 больных (18,5%) было 1 осложнение, у 42 больных (6,5%) было по 2 осложнения и у 31 больного (4,8%) встретилось 3 и более осложнений. По поводу послеоперационных осложнений были повторно оперированы 88 больных (13,5%).

Раневые осложнения отмечены в 18,2% случаев, из них наиболее часто – нагноения операционной раны (13,9%). Интраабдоминальные осложнения имели место у 84 больных (12,9%), из них несостоятельность толстокишечных анастомозов – у 23 больных (5,4%), послеоперационный перитонит не связанный с несостоятельностью анастомоза – у 17 (2,6%), абсцессы брюшной полости у 20 больных (3,1%). У 12 из 23 больных несостоятельность анастомоза закончилась летальным исходом (52,2%).

Экстраабдоминальные послеоперационные осложнения встретились у 73 больных (11,2%). Осложнения со стороны кишечных стом – у 29 больных, что составило 12,9%. Наибольшее число осложнений наблюдали при выведении колостом с подшиванием кишки к тканям брюшной стенки (см. таблицу).

Летальность после хирургических вмешательств на толстой кишке составила 10,4% (67 больных). Основными причинами летальных исходов были перитонит (56,8%), сердечно-легочная недостаточность (22,4%), кровотечения (6%). Летальность после экстренных операций (21,4%) была более чем в 8 раз выше, чем после плановых вмешательств (2,6%).

Существенно сократить частоту осложнений позволяет использование аппаратов для формирования механических компрессионных анастомозов, таких как аппарат АКА, АСК с мягкими сшивающими элементами. При анализе послеоперационных осложнений у 650 больных, оперированных по поводу заболеваний толстой кишки при использовании сшивающего аппарата АСК, частота несостоятельности (1,9%) и летальности (1,9%) была значительно ниже, чем при ручном способе формирования толстокишечных анастомозов (6,8 и 11,1% соответственно).

При распространенном гнойном перитоните мы считаем целесообразным отказаться от формирования анастомозов на воспаленных, отечных и особенно покрытых фибрином участках кишечных петель, отдавая предпочтение выведению концевых кишечных стом.

При кишечной непроходимости кишечные швы мы укрепляем для профилактики несостоятельности пластиной «Тахокомба», смоченной предварительно в растворе антибиотика широкого спектра действия. Укрепление кишечного шва показано при релапаротомиях, особенно при этапных санациях брюшной полости

по поводу перитонита, когда имеются хоть малейшие подозрения на возможную несостоятельность. Тахокомб повышает герметичность и прочность кишечного шва, обеспечивая практически полную биологическую герметичность анастомоза, стимулирует ангиогенез, репаративные процессы.

При толстокишечных анастомозах для декомпрессии толстой кишки мы используем специальный латексный тубус оригинальной конструкции с широким раструбом, который вводим в послеоперационном периоде на 2-4 суток в прямую кишку. Широкая часть раструба предупреждает выпадение тубуса, а по широкой трубке, за счет отхождения газов и жидкого толстокишечного содержимого, осуществляется декомпрессия.

Для профилактики осложнений толстокишечных стом нами разработана бесшовная методика колостомии, при которой выведенную через канал в брюшной стенке кишку подшиваем только к высокому плотному марлевому валику. Сравнение частоты осложнений со стороны колостом у 224 больных показало, что при общей частоте осложнений в 12,9%, наибольший процент осложнений 16,2% мы наблюдали при формировании колостом с подшиванием стенки толстой кишки к тканям брюшной стенки. В то же время, при подшивании к колостомированной кишке пакета аппаратом АКА частота осложнений составила 5,4%, а при использовании методики бесшовной колостомии осложнений не было.

Для дренирования брюшной полости мы используем только двухканальные силиконовые трубки типа ТММК, вводя их через отдельные проколы брюшной стенки. Постоянное или периодическое промывание широкого просвета трубки через микроканал вымывает из дренажа ТММК фибринные свертки и детрит, обеспечивая тем самым длительное и эффективное дренирование.

Для профилактики раневых осложнений нами разработана йодполимерная композиция «Йодполиком» для обработки операционного поля, образующая на коже прочную нерастворимую антимикробную пленку, полностью исключающую экзогенное инфицирование раны во время операции. Концентрация йода в йодполикоме 3%, а в образовавшемся пленочном покрытии 33%, что и обеспечивает выраженные бактерицидные свойства пленки.

Для профилактики раневых осложнений нами разработан антибактериальный шовный материал капромед, представляющий собой псевдомонофильную нить, пропитанную и покрытую полимером, содержащим антибиотики. Ушивание ран капромедом сокращает частоту раневых осложнений и предупреждает развитие лигатурных свищей.

Для местной целенаправленной антибиотикопрофилактики раневой инфекции используем такие лекарственные формы антибактериальных препаратов, как амбипор и йодопор, иммобилизованные биосовместимым полимером. В состав амбипора марки А входят диоксидин, гентамицин, рифампицин, цефамезин, а йодопора – иммобилизованная форма йода.

У тучных хирургических больных дренируем подкожно-жировой слой раны двухпросветными трубками ТММК с проведением профилактического аспирационно-промывного лечения. Аспирация раневого отделяемого удаляет из раны субстрат, служащий основой раневых осложнений, выполняет эффект вакуум-шва, способствует сокращению нагноений.

**Характер и частота послеоперационных осложнений
после оперативных вмешательств на толстой кишке**

Осложнения	Операции с формированием первичных анастомозов n=426	Операции Гартмана или типа Гартмана, колостомии n=224	Всего n=650
Раневые	75 (17,6%)	43 (19,2%)	118 (18,2%)
1. Нагноения п/о раны	53 (12,4%)	27 (12,0%)	90 (13,9%)
2. Серома п/о раны	12 (2,8%)	6 (2,7%)	18 (2,8%)
3. Эвентрация кишечника	9 (2,1%)	7 (3,1%)	16 (2,5%)
4. Лигатурные свищи	1 (0,2%)	-	1 (0,15%)
5. Нагноение промежностной раны	-	3 (1,3%)	3 (0,5%)
Интраабдоминальные	60 (14,1%)	24 (10,7%)	84 (12,9%)
1. Абсцесс брюшной полости	17 (4,0%)	3 (1,3%)	20 (3,1%)
2. П/о перитонит	4 (0,9%)	13 (5,8%)	17 (2,6%)
3. Несостоятельности межкишечного анастомоза	23 (5,4%)	-	23 (5,4%)
4. Анастомозит	2 (0,5%)	-	2 (0,5%)
5. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость	6 (1,4%)	2 (0,9%)	8 (1,2%)
6. Внутривнутрибрюшное кровотечение	1 (0,2%)	2 (0,9%)	3 (0,5%)
7. Обострение язвенной болезни 12-перстной кишки. Кровотечение	7 (1,6%)	-	7 (1,1%)
8. Кишечные свищи	-	2 (0,9%)	2 (0,3%)
9. Гангренозный холецистит	-	1 (0,45%)	1 (0,15%)
10. Инфильтрат брюшной полости	-	1 (0,45%)	1 (0,15%)
Экстраабдоминальные	45 (10,6%)	28 (12,5%)	73 (11,2%)
1. ТЭЛА	5 (1,2%)	1 (0,45%)	6 (0,9%)
2. Геморрагический цистит	5 (1,2%)	1 (0,45%)	6 (0,9%)
3. П/о пневмония.м	23 (5,4%)	13 (5,8%)	36 (5,5%)
4. О. задержка мочи.	1 (0,2%)	1 (0,45%)	2 (0,3%)
5. О. тромбоз вен н. конечностей	7 (1,6%)	-	7 (1,1%)
6. Плеврит	1 (0,2%)	6 (2,7%)	7 (1,1%)
7. О. инфаркт миокарда	2 (0,4%)	1 (0,45%)	3 (0,5%)
8. Гнойный пиелонефрит	-	3 (1,3%)	3 (0,5%)
9. Ателектаз легкого	1 (14,3%)	1 (0,45%)	2 (0,3%)
10. Пролежни	-	1 (0,45%)	1 (0,15%)
Осложнения со стороны колостом	-	29 (12,9%)	-
1. Нагноения колостом	-	12 (5,4%)	-
2. Параколостомические флегмоны брюшной стенки	-	4 (1,8%)	-
3. Ретракция стомы	-	11 (4,9%)	-
4. Ограниченный некроз стомы	-	2 (0,9%)	-
Число больных с п/о осложнениями	117 (27,5%)	76 (33,9%)	193 (29,7%)
Повторные операции	50 (11,7%)	38 (17,0%)	88 (13,5%)
Летальность	32 (7,5%)	35 (15,6%)	67 (10,4%)

Использование разработанного комплекса профилактики позволило сократить более чем в 2 раза частоту послеоперационных гнойных осложнений, сократить частоту несостоятельности кишечных швов и послеоперационного перитонита, летальность и сроки стационарного лечения оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В.И., Трусов Р.А., Счастливцев И.В. Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. – М., 2004. – 192 с.
2. Каншин Н.Н., Хамидов А.И., Яковлев С.И. Кишечные швы, используемые при операциях на толстой кишке. – М., 1984. – 145 с.
3. Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей / Под ред. В.Д.Федорова. – М., 1994. – 432 с.
4. Кныш В.И., Ананьев В.С. // Хирургия. – 1985. – №3. – С.138-143.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ РАМЕНСКОЙ ЦРБ

А.М. Кошелев, М.С. Кошелев
Раменская ЦРБ

В Раменском районе проживает 208 тыс. населения – 57,3% городского и 42,7% сельского.

В составе МУЗ «Раменская ЦРБ» имеется 2 общехирургических отделения по 45 коек, приём больных ведётся поочерёдно. В состав ЛПУ входят специализированные урологическое, онкологическое, детское, травматологическое, ЛОР, глазное отделения. В дежурную бригаду входят 3 хирурга, 2 травматолога. Круглосуточное квалифицированное УЗИ и большинство лабораторных исследований отсутствуют. В Речицкой участковой больнице развёрнуто 40 хирургических коек, где преобладающей является гнойная хирургия.

Лапароскопические операции в Раменской ЦРБ внедряются с 1998 г. Вначале освоена лапароскопическая холецистэктомия при хроническом калькулёзном холецистите, в дальнейшем – при остром холецистите; первая аппендэктомия, лапароскопическая ваготомия проведены в 1999 г. Также применялась лапароскопическая санация и дренирование в программе лечения острого панкреатита. Холецистэктомия из минидоступа практикуется с 1999 г.

Целенаправленное изучение доступной литературы, участие в разнообразных хирургических конференциях и съездах дало возможность выявить наличие в Российской медицине неоднозначного подхода к применению тех или иных миниинвазивных вмешательств в комплексе лечения острого холецистита и его осложнённых форм. Взгляды ведущих специалистов различных клиник, их подходы к лечению не имеют тенденции к единообразию. Так, возможно выделение нескольких школ или концепций в отношении применения различных вмешательств у больных с острым холециститом.

В связи с накоплением определённого опыта применения миниинвазивных технологий в условиях Раменской ЦРБ проведён анализ основных показателей лечебной деятельности хирургического стационара на этапах внедрения лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа. Опреде-