

## ПРОБЛЕМЫ ЛАПАРОСТОМНОЙ РАНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРОГРАММИРОВАННЫМИ САНАЦИЯМИ

А. З. Вафин<sup>1</sup>, С. В. Новиков<sup>2</sup>, А. Н. Айдемиров<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ставропольская государственная медицинская академия

<sup>2</sup>Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

**В** экстренной абдоминальной хирургии по тяжести патологии и сложности лечения доминирует инфицированный панкреонекроз [5, 7, 12], удельный вес которого составляет 12–20 % [14, 16].

Приоритет интенсивной консервативной терапии острого панкреатита до сих пор признается не всеми хирургами, хотя известно, что ранние операции сопровождаются инфицированием стерильного панкреонекроза (26–44 %) и высокой послеоперационной летальностью (30 %) [11]. Одной из причин развития тяжелых послеоперационных осложнений является сложность ведения лапаростомической раны при лечении гнойных осложнений панкреонекроза в режиме программированных этапных санаций [2, 17].

Цель исследования: разработка оптимальной лечебной тактики и метода ведения лапаростомических ран при применении программированных этапных санаций сальниковой сумки, забрюшинного пространства/брюшной полости.

**Материал и методы.** Анализированы результаты лечения 136 больных с осложнениями инфицированного панкреонекроза. Все больные первоначально были оперированы в хирургических отделениях ЦГБ или ЦРБ края, 61,8 % из них в сроки до 24 часов, 20 % в пределах 2–4 суток и 26,2 % – позже от начала лечения острого панкреатита и его осложнений. У 34 % оперированных применялись оперативные вмешательства в объеме «закрытого» дренирования, у 44,8 % использовался «полуоткрытый» тип дренирования и у 17,6 % – «открытый» тип дренирования сальниковой сумки / забрюшинных флегмон или брюшной полости. При применении «закрытого» типа дренирования сальниковой сумки / забрюшинного пространства или брюшной полости операционная рана закрывалась послойно, при использовании «полуоткрытого» типа дренирования операционная рана ушивалась до дренажей типа Пенроуза, при завершении операции лапаростомией края раны сводились через все слои до тампонов провизорными швами, завязанными на «бантик». После первой операции у 13,2 % больных произведена одна релапаротомия «по требованию», у 17,6 % – по 2 плановые санации лапаростомы и оментобурсостомы.

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: (8652)717003, 89034168319, e-mail: azvafin@mail.ru.

Новиков Сергей Владимирович, кандидат медицинских наук, Главный врач ГБУЗ «СККЦ СВМП», тел. (8652)350223.

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии тел.: (8652)717003, 89624479697.

В специализированное региональное отделение гнойной хирургии для дальнейшего лечения 10,3 % оперированных переведены в сроки до 3 суток после операции, 15,4 % – на 3–7 сутки, 41,9 % – на второй неделе и 32,4 % позже.

Все переведенные в клинику больные были оперированы по экстренным показаниям или в более поздние сроки после проведения необходимой предоперационной подготовки с целью уточнения характера патологии, масштаба гнойных осложнений, их санации и дренирования / редренирования полости гнойников или брюшной полости.

У 136 больных диагностировано 177 гнойно-некротических осложнений инфицированного панкреонекроза, из них у 90 (66 %) оперированных имелись раневые осложнения – нагноение операционной раны и у 5 (3,6 %) больных определялась флегмона передней брюшной стенки.

Объем всех первых, повторных оперативных вмешательств включал санацию сальниковой сумки, забрюшинных гнойников, по показаниям – брюшной полости и их рациональное дренирование. У 14,7 % больных операции завершались «открытым» типом дренирования брюшной полости – лапаростомией, у 85,3 % – «полуоткрытым» типом.

В начале релапаротомии производилась механическая санация гнойной раны брюшной стенки с иссечением некротизированных тканей и обработкой каждого слоя тканей антисептическими растворами: перекисью водорода, хлоргексидином, бетадином. При завершении операции способ закрытия операционной раны определялся вероятностью этапных программированных санаций сальниковой сумки, забрюшинной флегмоны или брюшной полости после лапаростомии [1, 3, 8, 9].

У 20 (14,7 %) больных с лапаростомой на рану накладывались редкие одиночные швы через все слои, которые использовались для сближения ее краев до оставленных в брюшной полости дренажных устройств. Этапные санации брюшной полости проводились с интервалом 24–48 часов. При этом все швы снимались, иссекались некротизированные ткани, а в конце операции накладывались новые швы, но в неповрежденных местах передней брюшной стенки. Каждый раз вся рана дренировалась салфетками, смоченными гипертоническим раствором хлорида натрия, салфетки в ране менялись 2 раза в день. При дефиците мягких тканей передней брюшной стенки, невозможности сведения ее краев швы накладывались только на более мобильную кожу. Как правило, с гнойными осложнениями в ране удавалось справиться раньше, чем с гнойным процессом в брюшной полости или забрюшинном пространстве [11–15].

Попытки применения различных механических устройств для сближения краев раны, замков типа

«молния» оказались сложными и неэффективными. Многократное распускание и завязывание на «бантик» длинных швов, проведенных через все слои передней брюшной стенки, приводит к инфицированию передней брюшной стенки, прорезыванию швов. Исходя из этого был сделан вывод о целесообразности применения при этапных санациях брюшной полости дополнительной санации инфицированной раны с наложением новых провизорных швов после каждой санации. Одновременно с лечением основной патологии широко использовались УФО во время перевязок, в фазе регенерации – магнитолазер/КВЧ, у тяжелых больных – плазмаферез, плазмафильтрация и экстракорпоральная иммунофармакотерапия ронколейкином [18, 19].

При этапных санациях оментобурсостомы по показаниям снимались швы ниже дренажа Пенроуза, но брюшная полость оставалась, как правило, закрытой. После ликвидации гнойного процесса в забрюшинной клетчатке, брюшной полости операционная рана закрывалась послойно с оставлением на сутки между швами резиновых выпускников. Дефект в передней брюшной стенке на месте стояния дренажа Пенроуза закрывался вторичным натяжением.

Флегмоны передней брюшной стенки лечились по общим правилам, но при этом предпринимались все меры по их отграничению от брюшной полости путем активно-аспирационной проточной санации инфицированной подкожно-жировой клетчатки до появления сочных грануляций [4, 6, 7].

**Результаты лечения.** В процессе лечения 136 больных произведено 340 программированных санаций сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, в среднем 2,5 санации на одного больного. У 42 больных с инфицированным панкреонекрозом, осложненным распространенным гнойным перитонитом, произведено 229 плановых санаций брюшной полости, в среднем 5,4 санации на одного больного. С клиническим выздоровлением выписаны 120 (88,2 %) оперированных, в том числе с наружными панкреатическими (17) и кишечными (8) свищами. У 8 оперированных больных при выписке уже имелись сформированные вентральные грыжи, которые было рекомендовано устранить через 3–6 месяцев. Послеоперационная летальность составила 11,8 %.

#### Выводы

1. Разработан и внедрен в практическую хирургию края метод этапных программированных санаций сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и брюшной полости при гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза.
2. При лечении инфицированных лапаротомных ран у больных, лечившихся в режиме программированных санаций оментобурсостомы, люмбостомы/лапаростомы, использована методика бережного отношения к тканям передней брюшной стенки, ежедневной их санации в сочетании с физиотерапией и эфферентными методами иммунокоррекции, что позволяет справиться с инфекцией в ране до разрешения внутриабдоминальных проблем.
3. Формирующиеся послеоперационные вентральные грыжи рекомендуется устранять после стабилизации состояния оперированных через 3–6 месяцев.

#### Литература

1. Бабенко, С. Ф. Антибиотикопрофилактика при остром деструктивном панкреатите / С. Ф. Бабенко, В. Р. Гольцов, Д. А. Дымников, Е. В. Батиг // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 76–83.

2. Байчоров, Э. Х. Особенности раневого процесса у больных с лапаротомией и программированными санациями брюшной полости / Э. Х. Байчоров, А. З. Вафин, Ф. А. Куджева // *Раны и раневая инфекция* // *Материалы III Всероссийского конгресса общих хирургов*. – Ярославль, 2007. – С. 303–306.
3. Брискин, Б. Л. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита / Б. Л. Брискин, О. Х. Хамидов, А. Э. Шебухов // *Вестник хирургии*. – 2008. – Т. 167, № 6. – С. 105–109.
4. Бурневич, С. З. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / С. З. Бурневич, В. М. Куликов, Н. А. Сергеева, В. К. Кирсанов, Л. А. Морозова // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 10–14.
5. Гальперин, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин; под редакцией Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. – М.: Видар, 2006. – 568 с.
6. Гольцов, В. Р. Нутритивная поддержка в лечении острого деструктивного панкреатита / В. Р. Гольцов, С. Ф. Багненко, В. М. Луфт, Д. А. Дымников, Е. В. Батиг // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 18–22.
7. Данилов, М. В. Некротический панкреатит / М. В. Данилов // *Хирургия*. – 2002. – № 6. – С. 65–69.
8. Дюжева, Т. Г. Роль повышенного внутрибрюшного давления в развитии полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите / Т. Г. Дюжева, А. В. Шеффер // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 11–17.
9. Паскарь, С. В. Дифференцированное лечение больных с острым деструктивным панкреатитом / С. В. Паскарь // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 81–86.
10. Савельев, В. С. Деструктивный панкреатит. Доказательные методы диагностики и лечения / В. С. Савельев // *Методические рекомендации 2-е издание, дополненное*. – М., 2008. – 12 с.
11. Савельев, В. С. Инфицированный панкреонекроз / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд [и др.] // *Инфекции в хирургии*. – 2003. – № 2. – С. 34–39.
12. Савельев, В. С. Панкреонекроз: актуальные вопросы, классификация, диагностика и лечение / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд [и др.] // *Consilium medicum*. – 2000. – № 6. – С. 293–296.
13. Толстых, А. Д. Деструктивный панкреатит и паранекротит / А. Д. Толстых, Р. А. Сопия, В. Б. Красногорова // *СПб.*, 1999. – 128 с.
14. Филимонов, М. И. Хирургическое лечение распространенного инфицированного панкреонекроза / М. И. Филимонов, С. З. Бурневич, К. В. Куликов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – № 5 – С. 29–32.
15. Шаповальянц, С. Г. Диагностика и лечение острого биллиарного панкреатита / С. Г. Шаповальянц, А. Г. Мыльников, С. Ю. Орлов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 29–33.
16. Banks, P. A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman // *Am. J. Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 101. – P. 2379–2400.
17. Beger, H. G. Severe acute pancreatitis clinical course and managements / H. G. Beger, B. M. Rau // *World J Gastroenterology*. – 2007. – Vol. 13, № 38. – P. 5043–5051.
18. Keskinen, P. Intro-abdominal pressure in severe acute pancreatitis / P. Keskinen, A. Lapponiem, V. Pettila [et al.] // *World J Emergence Surgery*. – 2007. – Vol. 2. – P. 2.
19. Rou, B. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage / B. Rou, A. Bothe, H. I. Beger // *Surgery*. – 2005. – Vol. 138, № 1. – P. 28–39.

**ПРОБЛЕМЫ ЛАПАРОСТОМНОЙ РАНЫ  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО  
ПАНКРЕОНЕКРОЗА  
ПРОГРАММИРОВАННЫМИ САНАЦИЯМИ**

А. З. ВАФИН, С. В. НОВИКОВ,  
А. Н. АЙДЕМИРОВ

Цель исследования – разработка оптимальной лечебной тактики ведения лапаростомной раны у больных инфицированным панкреонекрозом при программированных этапных санациях сальниковой сумки/брюшной полости.

Проанализированы результаты лечения 136 больных в специализированном центре гнойной хирургии. Все больные ранее были оперированы в ЦРБ края. У 60 % больных при переводе в центр было нагноение раны или флегмона передней брюшной стенки. Всего выполнено 340 санаций.

В ходе релапаротомии/плановой санации производились механическая санация раны, некрэктомия, лапаростома закрывалась временными швами. При лечении использовались УФО, УЗ-кавитация, магнитолазер, по показаниям плазмаферез, плазмафильтрация и экстракорпоральная иммунокоррекция ронколейкином. С клиническим выздоровлением выписаны 58,2 % больных, у 6,6 % были сформированные вентральные грыжи. Летальность составила 11,8 %.

**Ключевые слова:** инфицированный панкреонекроз, программированные релапаротомии, гнойные осложнения, лапаростомная рана

**PROBLEMS  
OF ABDOMINAL WOUND DURING TREATMENT  
OF PURULENT PANCREATONECROSIS BY  
THE PROGRAMMED OPEN DEBRIDEMENT**

VAFIN A. Z., NOVIKOV S. V.,  
AYDEMIROV A. N.

The goal was to work out an optimal management of abdominal wound during programmed open debridement of omental sac and peritoneum in patients with purulent pancreatonecrosis.

Outcomes of 136 patients hospitalized in specialized purulent surgery clinic were analyzed. Primary surgical care was performed in local hospitals of Stavropol region. 60 % of patients had purulent wound infection. Totally 340 programmed debridement procedures were performed.

During the recurrent surgical treatment mechanical debridement and necrectomy were performed and abdominal wound was closed by temporary sutures. Ultraviolet irradiation, ultrasound debridement, magnetic-laser therapy and efferent methods were used additionally. 58,2 % of patients recovered, 6,6 % have got ventral hernias. Total lethality was 11,8 %.

**Key words:** purulent pancreatonecrosis, programmed relaparotomy, purulent complications, temporary closed abdominal wound

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616.982.15-08

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ**

**А. В. Муравьев, Р. В. Журавель, О. В. Лысенко, В. С. Малюгин,  
А. А. Муравьева, П. И. Чумаков**  
Ставропольская государственная медицинская академия

Журавель Роман Вадимович, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: 89187541956, (8652)714895.

Муравьев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, заведующий отделением колопроктологии, тел.: (8652)423406, (8652)714895.

Лысенко Олег Викторович, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: (8652)905744, (8652)714895.

Малюгин Вячеслав Сергеевич, соискатель кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-колопроктолог отделения колопроктологии МУЗ ГКБ № 2, тел.: 89197530386, (8652)714895.

Муравьева Алла Анатольевна, ассистент кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации Ставропольской государственной медицинской академии, тел. 89624405116.

Чумаков Петр Ильич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов с курсом урологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)729192.

**А**ктиномикоз – хроническое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое бактериями, большинство из которых принадлежит к роду *Actinomyces*, характеризуется поражением различных органов и тканей с образованием плотных инфильтратов и свищей.

Впервые в России актиномикотическое поражение было описано Флоркевичем [1, 4, 5, 15]. Согласно современным данным [3, 6, 14], анаэробные и аэробные актиномицеты, возбудители актиномикоза, весьма распространены в природе. Они составляют 65 % от общего числа микроорганизмов почвы и обнаруживаются повсеместно, в том числе в водопроводной воде, минеральных источниках, на растениях, каменистых породах и в песке пустынь. Важным в диагностическом аспекте является вопрос о внедрении инфекции: входные ворота и пути распространения. Известно, что через здоровую кожу и слизистые оболочки возбудитель не проникает. Поэтому основным предрасполагающим к заболеванию фактором, наряду со снижением иммунитета, является травма барьерных покровов [6, 8, 13].

Актиномикоз в настоящее время составляет примерно 6,0–7,5 % среди больных с воспалительными заболеваниями параректальной и ягодичной областей. Большинство хронически протекающих поражений крестцово-копчиковой и периаанальной областей