

от тяжести панкреонекроза летальность распределилась следующим образом: при панкреонекрозах средней степени тяжести ее удалось снизить до 5%, а при тяжелых до 26%.

Накопленный нами опыт показал, что при использовании малоинвазивных методик следует учитывать их реальные возможности, которые позволяют лишь частично эвакуировать тканевой детрит и секвестры, являющиеся основными источниками эндогенной интоксикации. Поэтому наличие свободно лежащих секвестров размерами более 3см. в распространенном гнойном очаге служит показанием к лапаротомии и секвестрэктомии.

Необходимо отметить, что представленные методы лечения острого деструктивного панкреатита не являются конкурирующими, т.к. имеют свои показания и призваны в асептической стадии процесса профилакировать инфицирование, либо обеспечить адекватные условия для дренирования брюшинной клетчатки при гнойно-некротическом парапанкреатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толстой А.Д. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на разных стадиях заболевания / А.Д. Толстой, С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Матер. I конгр. моск. хирургов. — М., 2005. — С. 84-85.
2. Гальперин Э.И. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 139-142.
3. Бескосный А.А. Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита / А.А. Бескосный, С.А. Касумьян // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — № 1. — С. 24-32.
4. Матвеев С.Б. Критерии оценки эндогенной интоксикации при панкреонекрозе / С.Б. Матвеев, П.А. Иванов, П.П. Голиков и др. // Вестник интенсивной терапии. — 2004. — № 2. — С. 69-70.

Выводы

1. Основу лечебной тактики острого деструктивного панкреатита составляет консервативная терапия.
2. Использование малоинвазивных технологий следует регламентировать разработанными показаниями: в асептическую стадию пункционное дренирование скопления жидкости производить только при значительных ее объемах (более 100,0 мл), в инфицированную стадию при локализованном гнойно-некротическом процессе.
3. Для купирования ферментативного парапанкреатита и профилаки его осложнений положительный эффект оказывает брюшинная новокаиновая блокада в сочетании с введением буферных растворов.
4. При нарастании панкреатогенного перитонита следует производить лечебно-диагностическую лапароскопию.
5. Наличие генерализованного гнойно-некротического расплавления брюшинной клетчатки с наличием множественных секвестров является показанием к выполнению открытых хирургических вмешательств.

5. Ермолов А.С. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин и др. // Хирургия. — 2007. — № 5. — С. 4-8.
6. Кубышкин В.А. Панкреонекроз / В.А. Кубышкин // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 2. — С. 67-68.
7. Савельев В.С. Комплексное лечение панкреонекроза / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 5. — С. 61-66.
8. Гришин А.В. Выбор метода хирургического лечения острого панкреатита в зависимости от особенностей течения заболевания / А.В. Гришин, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов и др. // Хирург. — 2007. — № 12. — С. 37-42.

УДК 616.34-007.272-089.168-06.1-08

Результаты лечения и пути профилактики гнойно-септических осложнений у больных острой тонкокишечной непроходимостью

С.В. ДОБРОКВАШИН, Д.Е. ВОЛКОВ, А.Г. ИЗМАЙЛОВ

Казанский государственный медицинский университет

Доброквашин Сергей Васильевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии
420095, г. Казань, ул. Исаева, д. 5, тел. (843) 557-29-26,
e-mail: gsurgery1@yandex.ru

В статье проанализированы результаты лечения 106 больных с различными формами острой непроходимости кишечника. В результате лечения у 83 (78,3%) пациентов явления кишечной непроходимости разрешились консервативным путем, в 23 (21,7%) случаях ввиду неэффективности консервативных методов пациенты были прооперированы. В послеоперационном периоде частота гнойно-септических осложнений составила 21,7% (5 случаев).

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, острая тонкокишечная непроходимость, периоперационная антибиотикопрофилактика.

Treatment results and ways of prevention of purulent-septic complications in patients with acute ileus

S.V. DOBROKVASHIN, D.E. VOLKOV, A.G. IZMAILOV

Kazan State Medical University

The article analyzes the results of treatment of 106 patients with various forms of acute intestinal obstruction. As a result of treatment in 83 (78.3%) patients the appearances of ileus were resolved by conservative methods, 23 (21.7%) patients were operated. Postoperatively, the frequency of purulent-inflammatory complications was 21.7% (5 cases).

Key words: *purulent-septic complications, acute ileus, perioperative antibiotic prevention.*

Острая кишечная непроходимость составляет от 3,8 до 4,5% от всех хирургических заболеваний органов брюшной полости [1, 2] и не менее 60% от всех больных с механической кишечной непроходимостью [3, 4]. При этом тонкокишечная непроходимость является результатом спаечной болезни в 79% случаев [5], результатом заворота и узлообразования в 11,4% [6], в 7,3% случаев является результатом ущемления тонкой кишки, спаечной непроходимости в грыжевом мешке [7], обтурации инородными телами [8]. Послеоперационная летальность при этом колеблется от 14 до 21% [9].

Несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции, инфильтраты и нагноение послеоперационных ран продолжают занимать первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 28,5% [10].

Результаты исследования

В период с 2008 по 2010 год в отделение хирургии Госпиталя для ветеранов войн (г. Казань) были госпитализированы 106 больных с различными формами острой непроходимости тонкого кишечника (ОКН). Диагноз устанавливали на основании анамнеза, осмотра, характерных рентгенологических признаков, ультразвукового исследования, рентгенконтрастной диагностики. Все госпитализированные больные получали стандартное лечение, направленное прежде всего на борьбу с шоком и интоксикацией, коррекцию водно-электролитного и белкового баланса, восстановление естественного пассажа по кишечнику. В результате проведенного лечения у 83 (78,3%) пациентов явления кишечной непроходимости удалось разрешить консервативным путем. В 23 (21,7%) случаях консервативные мероприятия были не показаны или неэффективны и больные оперированы. В группе оперированных больных у 10 (43,5%) пациентов время с начала заболевания составило менее 12 часов, у 12 (52,1%) больных от 12 до 36 часов и у 1 (4,3%) больного свыше 36 часов. Среди 23 (100%) оперированных больных 15 (65,2%) пациентов составили женщины и 8 больных (34,8%) — мужчины. Средний возраст больных составил $61 \pm 3,4$ года. При этом 4 (17,4%) пациента были старше 60 лет и 10 (43,5%) пациентов старше 70 лет, что в совокупности составляет более 60%, т.е. основная группа пациентов — это лица пожилого возраста, имеющие в анамнезе многочисленные тяжелые сопутствующие заболевания, которые утяжеляют течение основного заболевания. Среди причин непроходимости тонкого кишечника в группе оперированных больных на первом месте стоит спаечный процесс брюшной полости, воз-

никший в результате перенесенных ранее оперативных вмешательств — в 20 (86,9%) случаях (в двух случаях с явлениями странгуляции). При этом у 6 (26,1%) пациентов причиной непроходимости являлся спаечный процесс в грыжевом мешке, обусловленный наличием у пациентов большой послеоперационной вентральной грыжи и, как правило, сопровождающейся частичным ущемлением органов. У одной больной (4,3%) явления кишечной непроходимости наблюдались вследствие «Рихтеровского» ущемления петли тонкой кишки в бедренной грыже, что было диагностировано только во время операции. Среди установленных причин острой тонкокишечной непроходимости имелся также один случай (4,3%) узлообразования и один случай (4,3%) полного заворота тонкой кишки. В группе оперированных больных у 16 (69,5%) пациентов среднее время от момента поступления и до операции составило $3,7 \pm 0,6$ часа, что соответствует современной хирургической тактике лечения ОКН. Однако остальные 7 (30,5%) оперированных больных имели неопределенную клиническую картину и подострое течение. Указанные пациенты в предоперационном периоде потребовали дополнительного наблюдения и продолжения рентгенконтрастного исследования, так как благоприятная клиническая картина не соответствовала характеру и темпу пассажа рентгенконтрастного вещества по кишечнику. В этой группе больных время от момента поступления в стационар до операции составило $2,6 \pm 0,6$ суток. По нашему мнению, таких пациентов можно отнести к больным с обострением спаечной болезни брюшной полости. Это не острая кишечная непроходимость, но состояние, которое в определенных случаях может закончиться острым илеусом. По нашим данным, в динамическом рентгенконтрастном исследовании кишечника нуждались более 63% (67 человек) из всех поступивших в отделение больных, что в 45 (42,4%) случаях прежде всего связано с неопределенной клинической картиной и невозможностью однозначного решения в пользу операции. В общем количестве оперированных больных среднее время от момента поступления до операции составило $18,4 \pm 5,6$ часа.

В 16 случаях (69,5%) оперативным доступом являлась срединная лапаротомия, у 6 (26%) больных произведена герниолапаротомия, в 1 (4,3%) случае операция начата с ревизии грыжевого выпячивания в паховой области с переходом на срединную лапаротомию и в одном наблюдении (4,3%) выполнена диагностическая лапароскопия с переходом на лапаротомию. В дальнейшем оперативный прием был традиционным и заключался в ревизии брюшной полости, ликвидации субстрата непроходимости, висцеролизе, санации и дренировании брюшной полости. У 5 (21,7%) пациен-



тов с сопутствующей вентральной грыжей закрытие дефекта передней брюшной стенки производилось с применением сетчатого полипропиленового импланта. В 5 (21,7%) случаях произведена резекция участка тонкой кишки вследствие его нежизнеспособности, при этом у 3 (13%) пациентов выполнен энтероэнтероанастомоз по типу «бок в бок», а у 2 (8,7%) больных наложена одностольная илеостома, которая была обусловлена расположением нежизнеспособного участка в терминальном отделе подвздошной кишки, сопутствующим перитонитом и тяжелым состоянием пациента. Следует особо отметить, что одним из основных и решающих компонентов оперативного лечения больных с данной патологией является дренирование тонкой кишки двухпросветным зондом с активной аспирацией кишечного содержимого. Во всех случаях мы использовали хорошо себя зарекомендовавший метод трансназальной интубации тонкого кишечника по Эбботу — Миллеру. При резекции кишки обязательным являлось заведение зонда за анастомоз. Удаление зонда производили после относительной нормализации функции кишечника, ориентируясь при этом на характер отделяемого по зонду и его дебет, появление четких аускультативных признаков перистальтики, появление стула и отхождения газов в ответ на стимуляцию. В среднем удаление зонда из кишечника производили на $3,7 \pm 0,1$ суток. Несостоятельности анастомозов отмечено не было. Придерживаясь данной тактики лечения, средний койко-день у больных с данной патологией составил $17,3 \pm 1,2$ дня. В послеоперационном периоде умер 1 больной. Общая послеоперационная летальность составила 4,3%.

Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении данной патологии количество послеоперационных гнойно-септических осложнений все еще остается на высоком уровне. В наших наблюдениях частота послеоперационных гнойно-септических осложнений составила 21,7% (5 случаев). В структуре раневых осложнений преобладали инфицированные гематомы (2 наблюдения), в одном случае наблюдали истинное нагноение послеоперационной раны. При этом у одного пациента наложены вторичные швы, а в другом случае заживление раны произошло по типу вторично-

го натяжения. В обоих случаях проблему удалось решить консервативными методами. Следует отметить, что в послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, которая нередко включала в себя комбинацию из цефалоспоринов III поколения, либо фторхинолонов в сочетании с аминогликазидами и метронидазолом. Однако в результате проведенных нами микробиологических исследований выпота из брюшной полости, мазков с подкожно-жировой клетчатки операционных ран и крови, взятых интраоперационно, рост микроорганизмов при прямом посеве на кровяной агар не обнаружен, а при посеве на среду обогащения рост бактерий выявлен лишь в 7 (53,8%) случаях из 13 проведенных проб. При этом качественный состав микрофлоры указывает на то, что, как минимум, в одном случае имелся внутрибольничный путь инфицирования. Полученные нами данные некоторым образом совпадают с результатами отдельных исследователей и указывают на то, что в большом количестве случаев тонкокишечной непроходимости перитонеальный экссудат и операционная рана являются стерильными. Следовательно, при соблюдении асептики и современных режимов применения антибиотиков количество гнойно-септических осложнений можно значительно сократить.

Современная тактика применения антибиотиков указывает на широкое внедрение в практику периоперационной антибиотикопрофилактики. Полученные нами результаты микробиологических исследований указывают на возможность и необходимость применения антибиотикопрофилактики у больных с ОКН. Несмотря на это, из 23 оперированных больных антибиотикопрофилактика была проведена лишь у 3 (13%) пациентов. Всем 3 пациентам была применена традиционная схема, заключающаяся во внутривенном введении антибиотика за 30 минут до кожного разреза. В качестве антибактериального препарата использовали цефалоспорины 3-го поколения — цефтриаксон. Из-за малого количества наблюдений оценить эффективность применения антибиотикопрофилактики пока не представляется возможным, а ее внедрение в широкую клиническую практику и применение у больных, оперированных по поводу ОКН, будет предметом наших дальнейших изысканий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г. Спаечная болезнь брюшной полости / А.Г. Бебуришвили, А.А. Воробьев, И.В. Михин // Эндоскопическая хирургия. — 2003. — № 1. — С. 51-63.
2. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. — Казань, 1984. — С. 288.
3. Клевакин Э.Л. Лапароскопически ассистированные операции в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью / Э.Л. Клевакин // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. 5-7 октября 2005, Ростов-на-Дону. — С. 213.
4. Суховатых Б.С. Ранние спаечные кишечные непроходимости / Б.С. Суховатых, А.Д. Мясников // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону. 5-7 октября 2005. — С. 139.
5. Милуков В.Е. Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости / В.Е. Милуков, М.Р. Сапин // Хирургия. — 2005. — № 7. — С. 40-46.
6. Малков И.С. Редкий случай острой кишечной непроходимости / И.С. Малков, В.А. Филиппов, А.П. Киршин [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2010. — № 6. — Т. 91. — С. 810-811.
7. Рыбачков В.В. Нейрогуморальные изменения при острой кишечной непроходимости / В.В. Рыбачков, М.И. Майоров, О. А. Манакон // Вестник хирургии. — 2005. — Т. 164, № 1. — С. 25-28.
8. Ларичев А.Б. Профилактика раневой инфекции и морфологические аспекты заживления асептической раны / А.Б. Ларичев, В.К. Шишло, А.В. Лисовский и [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2011 г. — № 4. — том IV. С. 728 — 733.
9. Шавалеев Р.Р. Лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости / Р.Р. Шавалеев, В.В. Плечев, П.Г. Корнилов и др. // Хирургия. — 2005. — № 4. — С. 31-33.
10. Малков И.С. Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений / И.С. Малков, М.И. Шакиров, Е.З. Низамутдинов [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2006. — № 2. — Т. 87. — С. 108-110.