

быстрой компенсации окислительного стресса. Несмотря на значительную активацию прооксидантного звена, в группе В отмечается быстрое снижение КОМБэр (в 7 раз от начала наблюдения к 10-м суткам), отражающее адекватное функционирование и высокую реакционную способность АОС за счет сохранности ее резервов.

Необходимо отметить факт статистически значимого ($p < 0,05$) влияния площади раны на большую часть показателей прооксидантно-антиоксидантного баланса, за исключением ферментов (КАТ и СОД). Влияние на уровень БВХЛ, АОА, ТБЧ и количество SH-групп имеют строго определенную направленность, которая соответствует представлениям о возрастании прооксидантной нагрузки при увеличении морфологического субстрата – раневой поверхности.

Таким образом, показатели прооксидантно-антиоксидантного баланса в экссудате раны и в крови не могут быть охарактеризованы ни как полностью идентичные, ни как полностью антагонистичные. В процессе эволюции гнойной раны показатели АОА и БВХЛ изменяются с отчетливой взаимосвязью. Так, изменения АОА крови и АОА экссудата раны характеризуются разнонаправленностью, а изменения максимума/площади БВХЛ крови и максимума/площади БВХЛ экссудата раны – однонаправленностью. В отличие от них показатели активности ферментов в крови и в экссудате раны изменяются без определенной взаимосвязи, что отражает их индивидуальность – как структурную, так и функциональную – в связи с особенностями синтеза, активации и ингибирования.

Резюмируя, можно отметить, что в клинической практике изолированное повышение прооксидантного

звена в гнойной ране может свидетельствовать о некупированном гнойном процессе в ней, а изолированное повышение прооксидантного звена в крови – о наличии другого гнойного очага, сочетанное же повышение или снижение этих показателей отражает неосложненное течение раневого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков М. И., Павлюченко И. И., Федосов С. Р. // Аллергология и иммунология. – 2007. – № 1. – С. 110.
2. Костюк В. А., Потапович А. И., Ковалева Ж. В. // Вопросы медицинской химии. – 1990. – № 2. – С. 88–91.
3. Костюченко Б. М., Карлов В. А. Принципы активного хирургического лечения гнойных ран // Тезисы докладов II Всесоюзной конференции «Раны и раневая инфекция». – М., 1986. – С. 17–19.
4. Орехович В. Н. Современные методы в биохимии. – М.: Медицина, 1977. – 293 с.
5. Павлюченко И. И., Луговая И. А., Федосов С. Р., Басов А. А., Быков М. И. // XIV Международная конференция «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии». – Ялта – Гурзуф, 2006. – С. 281–287.
6. Ромм А. Р., Шерстнев М. П., Волков В. В., Владимиров Ю. А. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1986. – № 102. – С. 426–428.
7. Федоров В. Д., Светухин А. М. Лекции по гнойной хирургии. – М.: «Миклош», 2005. – 365 с.
8. Beers R., Sizer I. // J. biol. chem. – 1952. – № 195. – P. 133.
9. Fredrickson M. // Clin. plast. surg. – 1990. – № 17. – P. 1473–1483.
10. Rasik A. M., Shukla A. // Int. j. exp. path. – 2001. – № 81. – P. 257–263.

Поступила 23.06.2010

В. И. ШАПОШНИКОВ, М. Х. АШХАМАФ, Р. В. ГЕДЗЮН, С. Н. ОВЧАРОВА

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +7 (861) 2521888. E-mail: roman345@mail.ru

У 115 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) с целью профилактики рецидива заболевания был использован липофундин. Эта жировая эмульсия в объеме 200–350 мл во время операции как вливалась в свободную брюшную полость, так и вводилась под серозную оболочку корня брыжейки тонкой кишки, а также в другие её зоны. У 53 (46%) пациентов определены и отдаленные результаты лечения в сроки от 5 до 11 лет. Как специфических, так ранних и отдаленных рецидивов ОСКН не выявлено. У 34 больных с ОСКН была выполнена энтеропликация при помощи 2–4 продольно-сквозных перфорированных дренажных трубок, проведенных через брыжейку тонкой кишки. Операции протекали без осложнений. Рецидивы ОСКН не наблюдались. Срок наблюдения от 2 до 6 лет.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, профилактика.

V. I. SHAPOSHNIKOV, M. H. ASHHAMAF, R. V. GEDZYUN, S. N. OVCHAROVA

PROPHYLACTIC MEASURES BOWEL OBSTRUCTIONS COMMISSURES

Chair of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +7 (861) 2521888. E-mail: roman345@mail.ru

115 patients with acute bowel obstruction commissures were treated with lipofundin to prevent the disease recurrence. During the operation 200–250 ml of this fat emulsion was injected both into the abdominal cavity and under the serous coat of the mesentery root as well as into its other areas. No specific complications were observed. Long-term effects of the treatment were determined in 53 (46%) patients within 5 to 11 years. The disease recurrence was absent in all the patients. Enteroplication using 2 to 4 longitudinal

penetration drains conducted through the mesentery was performed in 34 patients with acute bowel obstruction commissures. No specific complications were observed either. The recurrence of acute bowel obstruction commissures was absent. The observation time was within 2 to 6 years.

Key words: bowel obstructions commissures, prophylactic.

Введение

Наиболее частой причиной развития острой кишечной непроходимости (ОКН) является спаечная болезнь брюшной полости (СББП). Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что только рассечение спаек без энтеропластики сопровождается рецидивом ОКН в 72,8% наблюдений, при этом в 8,9% – уже в раннем послеоперационном периоде, а в 63,9% – в сроки от 1 месяца до 5 лет от момента производства лапаротомии [1, 2]. Следовательно, при осуществлении хирургического вмешательства по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) нужно принять должные меры по предупреждению рецидива данного заболевания. Для этой цели обычно используется способ Нобля. Однако эта манипуляция сопровождается повреждением серозной оболочки тонкой кишки, что может привести к ее перфорации с развитием перитонита. Способ Нобля вообще неприемлем, если ОСКН протекает на фоне местно-ограниченного вторичного перитонита, так как зоны вскрытых гнойных полостей подлежат дренированию, а не замуровыванию между участками брюшины [3]. По этой причине у хирургов сложилось мнение о том, что способ энтеропластики по Ноблю можно применять только в холодном периоде СББП, но в этот период течения заболевания пациенты, как правило, отказываются от операции [1, 2]. Обычно хирурги петли тонкой кишки хаотично погружают в брюшную полость без использования способов и средств по профилактике спаечного процесса. Этим и можно объяснить высокую частоту рецидива ОСКН.

Материалы и методы исследования

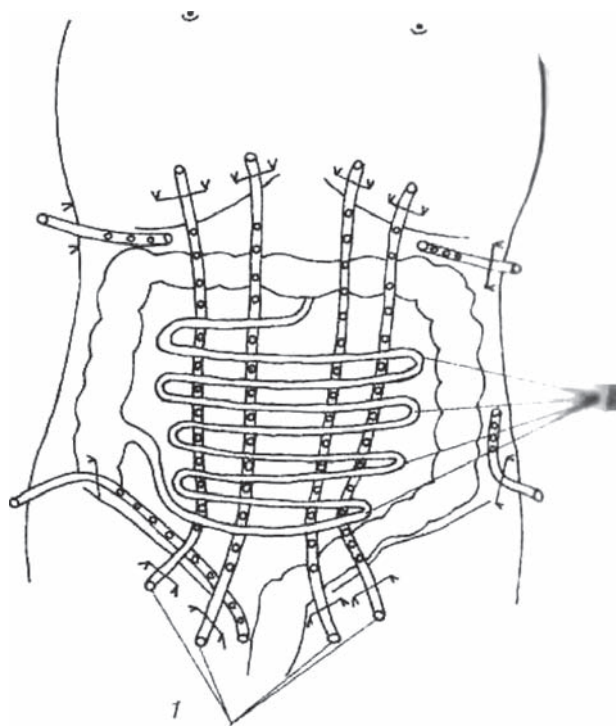
С учетом описанных выше обстоятельств нами были разработаны два способа профилактики рецидива ОСКН.

Первый метод. Фиксация петель тонкой кишки в поперечном направлении по отношению продольной оси брюшной полости при помощи продольно-сквозных дренажных трубок, проведенных через брыжейку тонкой кишки (патент РФ от 20 января 1997 г. № 2071728).

Второй метод. Вливание в свободную брюшную полость 200–300 мл жировой эмульсии, применяемой для парентерального питания (липофундин), или вливание + введение её под париетальную и висцеральную брюшину (общий объем до 350 мл).

Энтеропластика проводится следующим образом (рисунок).

После рассечения всех спаек через бессосудистую часть брыжейки тонкой кишки (2) проводят 2–4 сквозные перфорированные дренажные трубки (1), при этом они заводятся через проколы в обеих подреберных областях, а выводятся в подвздошно-паховых зонах. Трубки располагают впереди поперечно-ободочной кишки. Отступя 15–20 см от дуоденоюнального изгиба, в 3–4 см от стенки тонкой кишки в её брыжейке зажимом делается окно, через которое проводится первая (правая) трубка. После чего кишка смещается в поперечном направлении влево. Отступя 4–5 см от места правого её изгиба, в брыжейке делается второе окно,



через которое проводится та же правая трубка. Вслед за этим без натяжения подвижная часть тонкой кишки в поперечном направлении смещается влево до боковой стенки живота, и точно таким же способом через брыжейку проводят вторую (левую) трубку. Затем аналогичным образом трубки проводят и через остальные отделы брыжейки тонкой кишки, оставляя свободными от фиксации только 18–20 см терминального фрагмента, так как он должен опуститься и заполнить полость малого таза. Данные трубки осуществляют не только энтеропластику, но еще и объемное дренирование брюшной полости, в том числе и межпетлевых пространств. Следует указать, что эту методику особенно целесообразно применять у больных, у которых во время операции были выявлены межпетельные абсцессы, а также если хирург при манипуляциях допустил повреждение стенок полых органов.

Второй метод применяется тогда, когда нет необходимости в дренировании брюшной полости. Сутью метода является то, что после рассечения всех спаек в брюшную полость вливают жировую эмульсию в указанном выше объеме. При втором варианте дополнительно вводят по 10–20 мл этого препарата под париетальную брюшину зоны наиболее выраженного спаечного процесса, а также под серозную оболочку большого сальника, корня брыжейки тонкой кишки и поперечно-ободочной кишки. Так создают депо этого препарата, что усиливает его терапевтическое действие.

Результаты и обсуждение

Экспериментальные исследования, выполненные на 420 белых крысах, показали, что жировая эмульсия, введенная в свободную брюшную полость, полностью подавляет развитие в ней спаечного процесса.

Это происходит как за счет смазывания поверхности брюшины жиром, так и за счет снятия с её поверхности электрического потенциала. Кроме того, капельки жира, проникшие в забрюшинное пространство, вызывают приток к воспаленной ткани тучных клеток, содержащих в большом количестве зерна гепарина, а он, как известно, участвует в предупреждении развития рубцовой ткани [2].

Клиническая апробация обоих способов профилактики СББП проводилась в различных лечебных учреждениях.

Жировые эмульсии для предупреждения рецидива ОСКН были применены у 115 больных, при этом у всех у них был получен положительный результат лечения. Специфических осложнений не наблюдалось. У 53 (46%) были прослежены и отдаленные результаты лечения в сроки от 5 до 11 лет. Рецидива ОСКН не наблюдалось.

С 1994 по 2009 год описанная методика энтеропликации была применена у 34 больных с ОСКН, которые находились на лечении во 2-м ЭХО КГЦСМП. Возраст пациентов был от 35 до 76 лет. У 6 (17,6%) из них ОСКН протекала на фоне межпеченочных абсцессов. После операции умерли 2 (5,8%) пациента от причин, не связанных с методикой операции. Отдаленные результаты лечения прослежены у 21 больного. Срок наблюдения – от 2 до 6 лет. Рецидива ОСКН не наблюдалось.

Как свидетельствуют клинические наблюдения, описанную методику энтеропликации удается осуществить за 30–40 минут. Продольно-сквозное расположение перфорированных дренажных трубок обеспе-

чивает дренирование как межпеченочных пространств, так и других отделов брюшной полости. При закупорке фибрином их легко можно реканализировать за счет использования очистного устройства – фиксированной на леске бусинки, введенной в просвет трубки. При необходимости эти трубки можно оставлять в брюшной полости до 10 и более дней. Обычно они удаляются на 3–4-е сутки, а при наличии у больных межпеченочных абсцессов – на 5–7-й день. Ни у одного больного осложнений, связанных с описанным способом энтеропликации, не наблюдалось. Моторная деятельность кишечника восстанавливалась к концу 2-х суток после операции.

Заключение

Описанный способ энтеропликации, а также влияние в свободную брюшную полость и введение под брюшину жировых эмульсий можно отнести к эффективным, безопасным и общедоступным способам профилактики рецидива ОСКН. Метод можно использовать в любом хирургическом стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В. Т. Неотложная хирургия брюшной полости. – Киев, 1989. – 271 с.
2. Шалимов А. А., Шапошников В. И., Пинчук М. П. Острый перитонит. – Киев: Наукова Думка, 1981. – 287 с.
3. Шапошников В. И. Лечение острого перитонита. – Краснодар: изд-во der Verlag Stadtgespraeach, 2004. – 366 с.

Поступила 22.09.2010

**М. А. ШЕВЛЯЕВА, Г. К. КАРИПИДИ, С. В. АВАКИМЯН,
В. А. ЗАРУБИН, И. Г. ПРОСКУРЯКОВ**

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НСТ-ТЕСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Valentin_zarubin@mail.ru*

Наблюдали 26 больных с подтвержденным диагнозом «острый панкреатит». Изучали динамику спонтанного и стимулированного НСТ-теста в сочетании с традиционными общеклиническими и аппаратными методами обследования. Важными являются исходные показатели НСТ-теста, и не столько их повышение, сколько соотношение между стимулированными и спонтанными, т. е. коэффициент мобилизации. Анализ данных показателей даёт возможность прогнозировать степень тяжести течения заболевания, своевременно менять лечебную тактику: переход от медикаментозного лечения к оперативному – и определить возможное развитие осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: отёчная форма острого панкреатита, деструктивная форма острого панкреатита, нейтрофил, НСТ-тест, коэффициент мобилизации.

M. A. SHEVLYAEVA, G. K. KARIPIDI, S. V. AVAKIMYAN, V. A. ZARUBIN, I. G. PROSKURJAKOV

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF NBT-TEST IN DIFFERENT FORMS OF ACUTE PANCREATITIS COLIC FISTULAS

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4. E-mail: Valentin_zarubin@mail.ru*

Observed 26 patients with confirmed diagnosis of acute pancreatitis. Studied the dynamics of spontaneous and stimulated NBT-test in conjunction with traditional clinical and hardware methods survey. Are important benchmarks of NBT-test, and not so much of their increase as the ratio between stimulated and spontaneous, that is, factor mobilization. Analysis of these indicators makes it