

штаммов с формированием конкретных для каждого отделения протоколов антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики. Все это является мерой сдерживания роста резистентности.

Опыт многих клиник показал, что мониторинг резистентности позволяет снизить «стихийный» уровень резистентности до «контролируемого» и тем самым повысить эффективность лечения (17,18,19). Современные принципы лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями включают проведение бактериологического обследования. В большинстве лечебных учреждений республики, кроме 14 территорий, отсутствуют бактериологические лаборатории, что предполагает только эмпирическое назначение лекарственных препаратов для большинства больных. В тех учреждениях, где имеются бактериологические лаборатории, эффективность их работы недостаточно высока. Это связано со слабым ресурсным обеспечением лабораторий, отсутствием мотивации к более эффективной работе ввиду недостаточной взаимосвязи между клиницистами и лабораторией. Зачастую, результат бактериологического исследования, лечащий врач, получает на 7 – 9 сутки после направления материала. Это значит, что лечение проводилось эмпирически с использованием более дорогого препарата. В других случаях, ввиду неэффективности препарата к этому времени у больного развивается осложнение.

Внедрение программ инфекционного мониторинга замыкает логическую цепочку между бактериологической лабораторией и отделением, способствует интеллектуальной оценке информации, полученной при исследовании, формирует базу данных для каждого клинического отделения, устанавливает профиль нарастания резистентности к любому из применяемых антибиотиков. Все это позволяет вносить коррективы как в схему лечения отдельно взятого больного, так и в схемы стартовой терапии различных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гельфанд Е.Б., Филимонов М.И., Бруневич С.З. Абдоминальный сепсис // Русский медицинский журнал. -1998.-Том6, №11.-С.697-706
2. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Белоцерковский Б.З., Карабак В.И. Нозокомиальная пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких (НПВЛ), у хирургических больных. М., 2000г; С12.
3. Гельфанд Б.Р., Белоцерковский Б.З., Попов Т.В., Карабак В.И. Этиологическая и нозологическая структура госпитальных инфекций в

отделении реанимации хирургического профиля//Инфекции в хирургии.-2003.-т1.-№4.-с.2-10

4. Зайцев А.А., Карпов О.И., Стрекачев А.Ю. Новые возможности антибактериальной терапии инфекций в хирургической практике// Антибиотики и химиотерапия.-2003,48;5.-С.20-22.
5. Ефименко Н.А., Гучев И.А., Сидоренко С.В. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика: Монография.-Смоленск, 2004.-296с.
6. Костюченко А.Л., Бельских А.Н., Тулунов А.Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса.- СПб.Фолиант,20-00.-448с.:40ил
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. Москва,2003.
8. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. 2-е издание переработ. и доп.-М.:Издательство «Бионика», 2003.-с208.
9. Яковлев С.В. Современный взгляд на антибактериальную терапию интраабдоминальных инфекций// Русский медицинский журнал.-1998.-Том4, №6.-С.304-309
10. Основы инфекционного контроля.- практическое руководство, 1997 г.
11. Кузин М.И. Вандяев Г.К., Блатун Л.А., Помелов В.С. Профилактическое назначение антибиотиков в плановой абдоминальной хирургии// Вестник хирургии.-1983.-Т.131, №11.-131-135.
12. American College of Surgeons. Manual on control of infection in surgical patients. J.B. Lippincott Co., New York, 1984.
13. Bassetti M., Di Biago A., Rebeschini B., et al. Impact of an antimicrobial formulary and restriction policy in the largest hospital in Italy. Int.J Antimicrob Agents 2002;16(3):295-299.
14. McDonald M., Grabsch E., Marshall C., Forbes A. Single-versus multiple-dose antimicrobial prophylaxis for major surgery: a systematic review. Austral N Zeland J Surg.-1998.68:388-396
15. Ronald V.Maier, President SIS, Surgical Infections 2002;3:44
16. Burce J.F. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incision and dermal lesions //Surgery.1961.-V.50,N2.-P.161-166
17. Jones R.N., Kirby J.T., Beach M.L., Biedenbach D.J., Pfaller M.A. Geographic variations in activity of broad-spectrum beta-lactams against *Pseudomonas aeruginosa*: summary of the worldwide sentry Antimicrobial Surveillance Program (1997-2000). Diagn Microbiol Infect Dis.2002.-43(3):239-243.
18. Sumiyama Y. Strategy to reduce antibiotic resistance in nosocomial infection. Possibility and practice of cycling therapy. Jpn J Antibiotic 2002.-55(4):361-369
19. Stratchounski L.S., Reshedko G., Stetsiouk O., Kretchikova O., Riabkova E. Results of Russian county-wide surveillance of antimicrobial resistance of nosocomial gram-negative bacteria from 28 intensive care units. Proceedings of the 41st ICAAC; Chicago, USA 2001.p.113

Выбор метода герниопластики у больных с вентральными грыжами

И.И. Хайруллин, А.З. Фаррахов, Р.А. Якубов.

Кафедра хирургии № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии (заведующий – профессор Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница МЗ РТ (главный врач – М.В. Кормачев).

Выбор оптимального варианта хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) является одной из актуальных проблем в современной хирургии (Рехачев В.П., 1999; Янов В.Н., 2000; Bloomfield G., 1999). Вызывает серьезную озабоченность возникновение у ряда больных в раннем послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома, что приводит в 12-21% наблюдений к летальному исходу (Лукомский Г.И. и соавт., 1987; Кочнев О.С. и соавт., 1991). Причинами, обуславливающими развитие осложнений, на наш взгляд, являются ошибки при выборе варианта герниопластики без учета величины внутрибрюшного давления, состояния апоневроза, размера грыжевых ворот.

Повышение внутрибрюшного давления (ВБД) при чрезмерном сближении краев апоневроза во время пластики грыжевых ворот приводит к высокому стоянию купола диафрагмы, уменьшению экскурсии легких и как следствие к гиповентиляции и гипоксии. Возможны также перегиб и сдавление крупных магистральных сосудов, уменьшение сердечного выброса, гипотония, что в свою очередь обуславливает нарушение микроциркуляции в паренхиматозных органах, уменьшение диуреза, парез кишечника. Все это в свою очередь приводит к повышению ВБД, замыкая порочный круг. При благоприятном исходе выход из этого патологического состояния возможен в результате прорезывания тканей по линии швов и развитии в дальнейшем рецидива ПОВГ.

В случаях возникновения абдоминального компартмент-синдрома, имеющиеся нарушения прогрессируют, и выйти самостоятельно из этого положения больной уже не в состоянии. У некоторых пациентов негативные проявления возрастающего ВБД не изолированы, а связаны со сложными, взаимозависимыми факторами, из которых наиболее значимой является гиповолемия, усугубляющая эффекты возрастания ВБД. Нередко больные погибают от гипостатических пневмоний, геморрагических осложнений, тромбоза магистральных сосудов и явлений сердечно-сосудистой недостаточности.

Так как методы герниопластики с применением современных имплантатов на сегодняшний день уже отработаны, то остается необходимость в уточнении основных критериев выбора той или иной методики с учетом риска развития абдоминального компартмент-синдрома.

Цель нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с ПОВГ путем выбора метода герниопластики в зависимости от величины ВБД.

Материал и методы исследования: с января 2000 г. по март 2004 г. в клинике хирургии № 1 КГМУ на базе отделения абдоминальной хирургии РКБ МЗ РТ оперировано 387 пациентов с рецидивными вентральными грыжами. Основная группа больных, которым во время операции измерялось ВБД, состояла из 115 мужчин, 272 женщин в возрасте от 16 до 87 лет. По классификации Chevrel-Rath (2000): MR-364, LR-23, W1-87, W2-119, W3-107, W4-74.

Герниопластика без натяжения выполнена у 292 пациентов в нескольких вариантах: «onlay» и «inlay» (оменто-перитонеальный, оменто-подкожный, межперитонеальный, аутоперитонео-подкожный).

У 95 больных пластика грыжевых ворот произведена с натяжением в вариантах «onlay», «inlay» (оменто-перитонеальный, аутоперитонео-апоневротический), «sublay».

Интраоперационное измерение ВБД производилось при помощи катетера Фолея, установленного в мочевой пузырь и сопряженного с измерительной шкалой. В мочевой пузырь после его опорожнения вводился физиологический раствор в количестве 100 мл, и катетер соединялся с прозрачной трубкой, которая располагалась вертикально у постели больного, начало отсчета производилось от уровня симфиза. Измерения осуществляли до начала операции, во время предварительного сведения грыжевых ворот и после окончания операции. Если показатели ВБД при предварительном сопоставлении краев брюшной стенки с миорелаксацией не превышали 20 см вод. ст., то считали возможным выполнение герниопластики с натяжением. В основном это пациенты с размером грыжевых ворот не более 5 см — W1 по классификации Chevrel-Rath. Внутривентриальное давление, равное 20 см. вод. ст. и выше при сведении краев грыжевых ворот, являлось показанием к выполнению пластики без натяжения.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен анализ результатов оперативного лечения 387 больных с ПОВГ выявил осложнения у больных, которым была выполнена натяжная герниопластика («onlay»-14, «inlay»-5, по классификации Chevrel-Rath: MR-19, W1-13, W2-6) с величиной интраоперационного ВБД 18-20 см. вод. ст. В раннем послеоперационном периоде у них возникли временные, легко компенсированные, сердечно-сосудистые проявления АКС. Развитие АКС мы объясняем тем, что измерения ВБД проводилось под миорелаксацией, т.е. с заведомо меньшим уровнем ВБД на 5 см вод. ст., которые и стали решающими в развитии АКС. Позже, на сроках от 1,5 до 3 лет у них возник рецидив грыжи. Основными причинами рецидива явились: высокие цифры внутривентриального давления, нагноение послеоперационной раны и лигатурные свищи, узкий «нахлест» сетки и апоневроза (менее 4-5 см).

Основной механизм рецидива грыжи заключался в дислокации имплантата. На наш взгляд, у данной категории больных с ВБД 18-20 см вод. ст. герниопластику необходимо дополнять послабляющими разрезами апоневроза наружной косой мышцы по типу пластики О.М. Ramirez (1990), либо передних листов прямых мышц — по Chevrel.

В подгруппе с интраоперационной величиной ВБД более 20 см вод. ст., где была выполнена ненатяжная герниопластика в различных вариантах: «onlay» и «inlay» (оменто-перитонеальный, оменто-подкожный, межперитонеальный, аутоперитонео-под-

кожный), явлений АКС не выявлено. При выборе методики герниопластики мы также ориентировались по размерам грыжевых ворот, состоянию апоневроза, наличию достаточных размеров сальника для отграничения органов брюшной полости от сетчатого имплантата.

Выводы: определяющими критериями выбора метода герниопластики являются:

- уровень ВБД (при величине ВБД менее 20 см вод. ст. возможно выполнение натяжной герниопластики, причем если эти цифры в пределах 18-20 см вод. ст., то считаем необходимым дополнить герниопластику послабляющими разрезами апоневроза наружной косой мышцы по типу пластики Ramirez, либо передних листов прямых мышц — по Chevrel. При величине ВБД более 20 см вод. ст. следует выполнять не натяжную герниопластику с использованием сетчатого имплантата);
- размер грыжевых ворот (при небольших размерах грыжевых ворот, до 5 см в диаметре, по классификации Chevrel-Rath: W1- возможно выполнение натяжной герниопластики без применения сетчатого имплантата при условии, что уровень ВБД менее 20 см вод. ст.);
- состояние апоневроза (если края апоневроза истончены, гипотрофичны, с множественными дефектами, то выполнить натяжную герниопластику местными тканями нужно признать не показанной);
- состояние большого сальника (если при натяжной аллопластике наличие достаточного размера сальника позволяет отделить органы брюшной полости от самого имплантата, то возможно ее применение в варианте «sublay», если нет, то в варианте «onlay» или «inlay». В случае применения ненатяжной аллогерниопластики и отсутствия сальника, то возможно выполнение одного из вариантов: «onlay» и «inlay» (межперитонеальный, аутоперитонео-подкожный).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кочнев О.С., Курбанов Г.Б., Биряльцев В.Н. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж // Хирургия.-1991.-№9.-с.113-118.
2. Лукомский Г.И., Моисеев А.Ю., Эндзиас Ж.А., Сорокин Е.И. Пневмокомпрессии в предоперационной подготовке больных с послеоперационными вентральными грыжами // Хирургия.-1987.-№2.-с.99-101
3. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота.- Архангельск: Изд. АГМА.-1999.-с.195
4. Янов В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах // Хирургия.-2000.-№6.-с.23-26.
5. Bloomfield G., Saggi B., Blucher C.R. Physiologic effects of externally applied continuous negative abdominal pressure for intraabdominal hypertension // J.Trauma.-1999.-46,(6).-P.1009-1014.
6. Chevrel J.P. Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia.-2000.-Vol.4, №1. — Pp.7-11.
7. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon A.L. "Components separation" method for closure of abdominal wall defects: an anatomic and clinical study // Plast Reconstr Surg.- 1990. — Vol.86. — Pp.519-526.

Тактика хирурга у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Д.М.Красильников, И.И.Хайруллин, Р.А.Зефилов.

Кафедра хирургии № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии (заведующий — профессор Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница МЗ РТ (главный врач — М.В. Кормачев).

Гастродуоденальные кровотечения как осложнение язвенной болезни встречаются у 15% больных (Черноусов А.Ф. и соавт, 1996). Причем, из года в год количество этих больных увеличивается, у 10-14% больных желудочно-кишечные кровотечения заканчиваются летальным исходом (Панцырев Ю.М. и соавт, 2003).

Общепризнанной классификацией источника кровотечения является классификация J.A. Forrest (1974): F1a — струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение; F1b — капиллярное, вялое, в виде диффузного просачивания; F2a — видимый крупный тромбированный сосуд; F2b — плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб или сгусток; F2c — мелкие тромбированные сосуды по типу геморрагического пропитывания дна язвы; F3 — чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков.

Подразделяя больных по степени тяжести кровотечения, считаем наиболее удобной для практического применения пред-

ложенную А.И. Горбашко (1974, 1982) классификацию, которая выделяет легкую, среднюю и тяжелую степень тяжести кровотечения, учитывающую как степень кровопотери, так и состояние самого больного.

Первая степень — кровотечение легкой степени тяжести. Общее состояние пациента удовлетворительное, имеют место общие признаки кровотечения (слабость, головокружение, сердцебиение, бледные кожные покровы и сухие слизистые оболочки полости рта). Частота сердечных сокращений не превышает 100 ударов в 1 мин, АД в пределах нормы, центральное венозное давление (ЦВД) — 5–15 см вод. ст. Диурез не снижен. Содержание гемоглобина не менее 100 г/л, а дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) при этом обычно не превышает 20%.

Вторая степень — кровотечение средней степени тяжести. Общее состояние больного средней тяжести, тахикардия до 120 ударов в 1 мин, систолическое АД не ниже 80 мм рт. ст., ЦВД меньше 5 см вод. ст. Темп мочеиспускания снижается до 50% нормы (при