

шимися на фоне хирургического сепсиса была проведена рациональная антибактериальная терапия. До лабораторного исследования микрофлоры назначали 2 антибиотика, а при анаэробном сепсисе — 3 антибиотика, основываясь на клиническом предположении вида возбудителя. Были использованы антибиотики с широким спектром действия (клафоран, амикацин, гентамицин, метронидазол и др.). После лабораторного исследования в соответствии с данными бактериограммы переходили на целенаправленную антибиотикотерапию.

Спектр микробиологического пейзажа свидетельствовал о преобладании аэробной кокковой флоры у лиц с заболеваниями мягких тканей, а при перитоните с ЛБПО — энтеробактерий; постоянно присутствовали и грамотрицательные аэробы, а также анаэробные микроорганизмы. У 47,4% больных была выявлена ассоциация микроорганизмов (стафилококк, кишечная палочка).

В качестве основных антибактериальных препаратов нами были выбраны следующие: цефалоспорины — клафоран (цефатоксим), а из группы аминогликозидов — амикацин. Клафоран — довольно активный антибиотик в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных кокков. Широким спектром антимикробного действия обладает и амикацин, подавляя рост многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Кроме того, он оказывает бактерицидное действие на многие антибиотикорезистентные штаммы стафилококков, кишечной и синегнойной палочек, протей. Из более доступных препаратов наиболее эффективным антианаэробным препаратом является метронидазол, применяемый в лечении протозойных инфекций.

Дозы и методы введения препаратов были индивидуальны в каждом конкретном случае и зависели от тяжести и распространенности гнойно-воспалительного процесса.

Определение чувствительности микроорганизмов, выделенных из гнойного очага, позволяло нам контролировать адекватность проводимого лечения.

В случае длительно текущего гнойного процесса в плевре и легких антибиотикотерапию продолжали до 18—25 суток и более в зависимости от эффекта. Необходимые антибиотики мы подбирали по результатам клинико-микробиологического анализа. Повторные посевы из раны и посевы крови мы осуществляли в обеих группах на 3—4, 7—9 и 16—20-е сутки после начала лечения. Комплексная антибиотикотерапия способствовала исчезновению бактериемии на 7-е

сутки лечения у 35% больных. У остальных больных бактериемия сохранялась более длительное время. В таких случаях мы ее продолжали до 20—25 суток. При клиническом выздоровлении и нормализации результатов лабораторных анализов, включая отрицательные посевы крови антибиотикотерапию продлевали еще на 5—6 суток, а затем отменяли ее одномоментно (не снижая доз).

В последнее время эффективным признан метод эндолимфатического введения антибиотиков. Он позволяет при малом количестве введения создавать большую концентрацию антибиотика в воспалительном очаге. Эндолимфатические введения производят один раз в сутки.

Лимфотропное лечение антибиотиками нами проведено у 3 больных с септической пневмонией. Во всех случаях отмечена положительная клиническая динамика, ни у одного больного не возникло каких-либо осложнений. Все пациенты были выписаны клинически здоровыми.

Сущность метода заключается в следующем: на верхнюю треть плеча накладывают манжету от аппарата Рива-Роччи и нагнетают давление до 50 мм Hg. После обработки наружной поверхности плеча в средней трети строго подкожно вводят один из протеолитических ферментов, разведенный в изотоническом растворе (применяют лидазу или трипсин). Через 4—5 минут с помощью другой иглы на 0,5 см ниже места введения фермента подкожно вводят разовую дозу антибиотика. Инъекцию производят один раз в сутки. Раздутую манжету оставляют на 2,5 часа.

Мы убедились, что примененная нами комплексная программа антибиотикотерапии является важным звеном в лечении гнойно-септических хирургических заболеваний с ЛБПО. Для успешной антибактериальной терапии решающими являются такие факторы, как раннее начало лечения, выбор адекватных препаратов, способ их введения, назначение достаточно высоких доз.

УДК 616.36—003.4—001.4

**Д.М. Красильников, М.И. Маврин,
Б.Х. Ким (Казань). Инородные тела
общего желчного протока**

После эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, эндоскопического назобилиарного дренирования и удаления из него наружных дренажей в послеоперационном периоде в общем желчном протоке иногда остаются обломки катетеров.

Оставленные инородные тела способствуют развитию холангита, панкреатита, механической желтухи и образованию конкрементов.

Приводим два наблюдения.

Б., 58 лет, поступила в хирургическое отделение 30.09.1989 г. с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, ознобы и желтуху в течение 5 дней. Месяц назад ей выполнили в другом лечебном учреждении назобилиарное дренирование по поводу острого холецистита, осложненного механической желтухой. После купирования болевой реакции и желтухи больная от операции отказалась и выписалась.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Частота пульса — 88 уд. в 1 мин, АД — 160/90 мм Нг. При пальпации живот болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи—Образцова положительные, Щеткина—Блюмберга отрицательный.

Анализ мочи: отн. пл. — 1,015, л. — 5—10 в поле зрения.

Анализ крови: л. — $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$, п. — 24%, с. — 60%, лимф. — 13%. Уровень общего билирубина — 56, прямого — 32, непрямого — 24 мкмоль/л, амилазы крови — 1,33 мг/(с · л), мочевины — 7,8 ммоль/л, глюкозы — 3,5 ммоль/л.

Диагноз: острый холецистит, осложненный механической желтухой. Больная согласилась на операцию лишь после ухудшения состояния, усиления болевой реакции, желтухи и неэффективности консервативной терапии.

4.10.1989 г. произведена верхняя срединная лапаротомия. Желчный пузырь флегмонозно изменен, содержит гнойную желчь и множество конкрементов (от 7 до 9 мм). На интраоперационной холангиограмме контрастное вещество поступает в двенадцатиперстную кишку, диаметр гепатикохоледоха — 14 мм, в нем 3 конкремента по 8 мм, две трубки длиной 8,3—8,7 см и диаметром 2 мм (рис. 1). Произведены холецистэктомия и холедохотомия с удалением камней, инородных тел и холедохостомия по Вишневскому. Больную выписали в удовлетворительном состоянии.

Считаем, что у нее неосторожное выполнение назобилиарного дренирования осложнилось двукратным отрывом катетера, части которого были обнаружены лишь во время операции.

З., 65 лет, поступила в хирургическое отделение 26. 10. 1996 г. с жалобами на боли в правом подреберье, желтуху, рвоту, ознобы и повышение температуры до 38°C. Больна в течение 2 недель. В 1981 г. в другой кли-

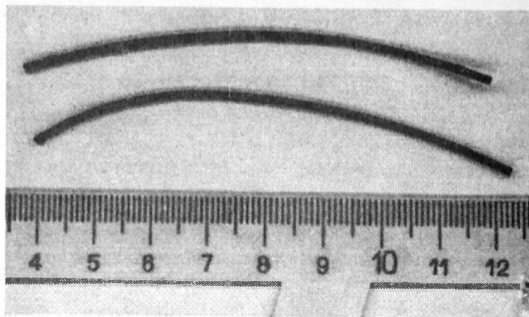


Рис. 1. Два обломка катетера, обнаруженные на интраоперационной холангиограмме.

нике ей были произведены холецистэктомия и холедохостомия по Пиковскому—Холстеду по поводу острого калькулезного холецистита. С 1988 г. периодически отмечает приступы болей в правом подреберье, ознобы и желтуху.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы желтушные, стул ахоличный. Частота пульса — 92 уд. в 1 мин, АД — 165/90 мм Нг. Живот мягкий и болезненный в правом подреберье, где имеется послеоперационный рубец.

Анализ крови: л. — $7,0 \cdot 10^9/\text{л}$, п. — 30%, с. — 49%, лимф. — 20%. Содержание общего билирубина — 73, прямого — 54, непрямого — 19 мкмоль/л, амилазы крови — 3,0 мг/(с · л), мочевины — 5,6 ммоль/л, глюкозы — 4,5 ммоль/л.

Анализ мочи: отн. пл. — 1,018, л. — в большом количестве, эр. — 18—20 в поле зрения.

Ультразвуковое исследование: печень не увеличена, желчный пузырь отсутствует. Диаметр холедоха — 19 мм, в его просвете виден конкремент (29 × 14 мм).

Диагноз: холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит.

29.10.1996 г. произведена лапаротомия. После разделения спаек и сращений выделен общий желчный проток. На пункционной холангиограмме диаметр холедоха равен 20 мм, в супрадуоденальном отделе видна тень конкремента, контрастное вещество поступает в двенадцатиперстную кишку. При холедохотомии выделилась гнойная желчь, удалены два камня (1,5 × 1,0 см) и часть катетера длиной 9 см и диаметром 3 мм, проксимальный конец которого был фиксирован в культе пузырного протока. Как выяснилось, при первой операции во время извлечения дренажа из холедоха произошел обрыв вследствие прочной фиксации его в культе пузырного протока лигатурой из нерассасывающегося материала. На конце катетера находился третий камень размером 3,0 × 1,2 см (рис. 2).

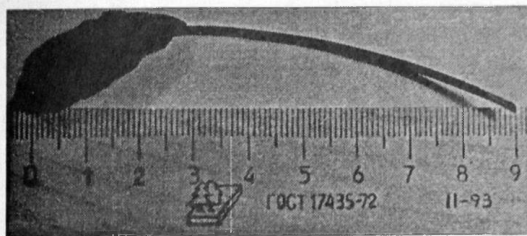


Рис. 2. Обломок катетера, на конце которого зафиксирован камень, обнаруженный во время холедохотомии.

Произведены холедохотомия с удалением камней, инородного тела и наружное дренирование холедоха по Вишневскому. Послеоперационный период протекал без осложнений.

УДК 615.468.6:616—007.253—089.8

Ф.Х. Низамов (Тюмень). К лечению лигатурных свищей

Лечение лигатурных свищей представляет собой довольно сложную задачу. По данным большинства авторов, частой ошибкой является длительное консервативное лечение, включая и физиотерапевтические методы. Попытка удалить причину локального нагноения, то есть лигатуру, с помощью зажима также считается порочной: этот способ может давать тяжелые осложнения, связанные с повреждением внутренних органов, поэтому правильное и безопаснее иссекать свищ в стационарных условиях. Вместе с тем при этом методе лечения неизбежно возникает кровотечение из поврежденных сосудов, что требует их перевязки, то есть создаются условия для повторного появления свищей.

В хирургическом кабинете поликлиники № 6 г. Тюмени за 1990—1994 гг. были лечены 102 человека с лигатурными свищами разной локализации в возрасте от 16 до 80 лет (мужчин было 42, женщин — 60). Множественные свищи (до 4—5 одновременно, а один раз — 9) наблюдались у 11 больных, у остальных они были единичными. В таблице приведены виды оперативных вмешательств, осложнившихся образованием лигатурных свищей.

Наибольшее количество лигатурных свищей сформировалось после оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, как правило, при катаральной его форме (21 случай из 38) и грыжесечений, почти одинаково часто при пупочных (15) и паховых грыжах.

Формирование свищей было также связано со степенью развития подкожно-жировой клетчатки: чем больше она была выра-

Операции, осложнившиеся образованием лигатурных свищей

Виды операций	Число прооперированных	
	абс.	%
Аппендэктомия	38	37,3
Резекция желудка	8	7,8
Холецистэктомия	9	8,8
Грыжесечение	28	27,5
Гинекологические операции	15	14,7
Операции на органах грудной полости	4	3,9
В с е г о	102	100

жена, тем чаще встречались свищи. У всех больных причиной свища была шелковая лигатура на сосудах подкожно-жировой клетчатки и только у одного — шов на апоневрозе наружной косой мышцы живота (после аппендэктомии).

Наиболее часто лигатурные свищи формировались после операции в сроки до 1 месяца (у 15 чел.), до 2 (у 30) и от 5 до 8 (у 38).

По течению можно было выделить две формы заболевания — сформированный свищ с гнойным отделяемым (у 96) и ограниченный инфильтрат вокруг лигатуры (у 6), что можно было расценивать как стадию развития свища. У всех 102 больных лигатура удалена зажимом. При инфильтрате после физиолечения (УВЧ, УТЗ с гидрокортизоновой мазью в течение 4—5 дней) и появления признаков размягчения производился разрез кожи длиной до одного сантиметра, ход которого строго совпадал с линиями Лангера. Лигатуру удаляли с учетом топографо-анатомических особенностей расположения сосудов подкожно-жировой клетчатки. После удаления лигатур свищ самопроизвольно закрывался в течение 3—4 дней. Показанием для госпитализации нужно считать те случаи, когда стенка полости в области свища истончена за счет нагноения операционной раны и расхождения ее краев, а органы приближены к ней.

Таким образом, формирование лигатурных свищей в послеоперационном периоде с их локализацией в подкожно-жировой клетчатке связано в основном с качеством шовного материала. Крученный полифилamentный шелк, обладая капиллярностью, ведет к развитию таких осложнений. Как правило, с учетом особенностей хода поверхностных сосудов удается зажимом удалить лигатуры из подкожной клетчатки. В случаях истончения стенки полости вблизи расположения свища и приближения к ней органов лечение необходимо проводить в стационарных условиях.