

Г.Х. Агаев<sup>1</sup>, С.А. Джафаров<sup>2</sup>, П.М. Самедов<sup>2</sup>

## ЗАКРЫТИЕ ОБШИРНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

<sup>1</sup>Научно-исследовательский Институт педиатрии Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, Баку; <sup>2</sup>клиника Лейлы Шыхлинской. Азербайджанская Республика, Баку

Агаев Гюндюз Хейраддин оглы (Aghayev Gunduz Kheyreddin oglu), gunduzaghayev@rambler.ru

*Лечение больных с дефектом передней брюшной стенки после абдоминальной операции, осложненной разлитым перитонитом и неоднократным расхождением послеоперационной раны на фоне повышенного внутрибрюшного давления, представляет собой сложную задачу. В статье приводится описание лечения больной с атрезией подвздошной кишки, у которой ряд тактических и технических хирургических ошибок привели в итоге разлитому перитониту, нагноению и расхождению послеоперационной раны, эвентерации кишечника и возникновению огромного дефекта передней брюшной стенки. Программированная лапаростомия и метод подтягивания передней брюшной стенки позволили справиться с тяжелым перитонитом, устранить огромный дефект передней брюшной стенки и спасти жизнь больной.*

Ключевые слова: дефект передней брюшной стенки, перитонит, лапаростомия, аллопластика, подтягивание передней брюшной стенки, ребенок

G.Kh. Agaev, S.A. Dzhafarov, P.M. Samedov

TREATMENT OF AN EXTENSIVE POSTOPERATIVE ABDOMINAL WALL DEFECT IN A BREAST-FED BABY

Research Institute of Pediatrics, Baku  
Leila Shykhlin'skaya Clinic, Baku

*The treatment of patients with an extensive postoperative abdominal wall defect complicated by generalized peritonitis, repeated disruption of the wound and elevated intra-abdominal pressure is a challenging problem. The authors describe treatment of a patient with ileal atresia in whom a number of strategic and technical surgical errors resulted in generalized peritonitis, repeated disruption of the postoperative wound, intestinal eventration and an extensive defect on the anterior abdominal wall. Programmed laparoscopy and abdominal wall tightening made it possible to manage severe peritonitis, correct the defect, and save the patient's life.*

Key words: anterior abdominal wall defect, peritonitis, laparoscopy, alloplasty, anterior abdominal wall tightening, child

Лечение больных с дефектом передней брюшной стенки после абдоминальной операции, осложненной разлитым перитонитом и расхождением послеоперационной раны на фоне повышенного внутрибрюшного давления, представляет собой сложную задачу. Нам представляется интересным история лечения больной с атрезией подвздошной кишки, у которой ряд тактических и технических ошибок привели к развитию разлитого перитонита, расхождению послеоперационной раны, эвентерации кишечника и возникновению обширного дефекта передней брюшной стенки.

**Клинический случай.** Больная Н. в возрасте 2 дней поступила в НИИ педиатрии с признаками кишечной непроходимости — рвотой желчью, вздутием живота, отсутствием отхождения мекония. Ребенок от второй, нормальной беременности и физиологических родов. Родился в срок. Масса при рождении 2200 г. Клинико-рентгенологически был установлен диагноз врожденной кишечной непроходимости, и ребенок оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия, на которой установлен диагноз атрезии подвздошной кишки, была выведена терминальная илеостома. Послеоперационный период протекал гладко, и ребенок был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. Через 4 мес больная была госпитализирована повторно для планового оперативного вмешательства — закрытия илеостомы. С целью расширения просвета отключенной недоразвитой толстой кишки в план предоперационной подготовки были включены клизмы 0,9% раствора NaCl дважды в день. Во время очередного промывания толстой кишки произошла перфорация последней. Состо-

яние ребенка резко ухудшилось. 15.05.2010 г. в экстренном порядке были выполнены верхнесрединная лапаротомия, разъединение спаек, санация брюшной полости, аппендиэктомия. В крайне тяжелом состоянии больная помещена в ОРИТ. На 5-е сутки послеоперационного периода произошло расхождение краев раны с эвентерацией кишечника. В тот же день была произведена операция: ушивание раны передней брюшной стенки. Через 5 сут произошло повторное расхождение краев раны с эвентерацией кишечника. В тот же день было произведено повторное ушивание раны. Через 2 дня произошел третий эпизод эвентерации кишечника, и ребенок был переведен в отделение интенсивной терапии Клиники Лейлы Шыхлинской.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, стабильное. Масса 3300 г. Температура тела фебрильная. Отмечается вялость, выраженная бледность и сухость кожных покровов и слизистых оболочек. Дыхание самостоятельное, при дыхании после комнатным воздухом  $SO_2 > 95\%$ . Гемодинамические показатели стабильные. Живот вздут, отмечается рвота кишечным содержимым. Имеется расхождение краев послеоперационной раны от мечевидного отростка до пупка, рану заполняют воспаленные, покрытые гнойно-фибринозным налетом петли кишечника. Из илеостомы скудное выделение кишечного содержимого. Было решено оперировать больную после относительного улучшения ее состояния. После 72-часовой предоперационной подготовки, включающей восполнение ОЦК, коррекцию электролитного баланса, декомпрессию желудка назогастральным зондом, полное парентеральное питание, внутривенное введение антибиотиков, больная прооперирована. Во время операции выполнено: разъединение спаек, ретроградная интубация тонкого кишечника через илеостому, лигирование культи червеобразного отростка,

санация и дренирование брюшной полости. Через трое суток произведена повторная санация брюшной полости без ушивания лапаротомной раны. Состояние больной постепенно улучшилось, но сохранялся обширный дефект передней брюшной стенки. Через 12 сут после стихания воспалительных явлений произведено временное закрытие дефекта брюшной стенки простерилизованным поливинилхлоридным (ПВХ) пакетом Ringer-Lactat. Органы брюшной полости разъединены от стенок брюшной полости. Пакет разделен на две части. Для предупреждения выпячивания органов брюшной полости при крике и беспокойстве и их протекции от воздействия окружающей среды первая часть пакета вшита по периметру поверх мышц и апоневроза. Полоска проленовой сетки шириной около 2 см подшита подкожно изнутри по периметру. Вторая половина пакета сшита непрерывным швом проленовой нитью по периметру с кожей и с сеткой. Через отдельные проколы дренирована брюшная полость (рис. 1 на вклейке). Через 24 ч после операции под контролем параметров дыхания начато постепенное подтягивание и гофрирование наружного слоя пленки. Подтягивание проводилось в поперечном и продольном направлении проленовыми нитями с зажимами на концах, при этом нити были перекинuty через веревки, проведенные под крышкой кювета (рис. 2 на вклейке). Через 10 дней выполнено закрытие дефекта брюшной полости: проленовая сетка, обе пленки были удалены и рана закрыта с небольшим перемещением кожных лоскутов без натяжения с формированием вентральной грыжи. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением (рис. 3 на вклейке). Швы сняты на 12-й день после последней операции. После снятия швов начался постепенный перевод ребенка на энтеральное питание. На 8-е сутки после операции выписана из клиники на амбулаторное лечение в относительно удовлетворительном состоянии с массой тела 4400 г.

В возрасте 1 года больной была снята концевая илеостома и наложен илеоасцендоанастомоз. Послеоперационный период протекал без осложнений. В настоящее время ребенок растет и развивается соответственно возрасту. Вентральная грыжа у ребенка не определяется.

### Обсуждение

Лечение больных с дефектом передней брюшной стенки после абдоминальной операции, осложненной разлитым перитонитом и неоднократным расхождением послеоперационной раны на фоне повышенного внутрибрюшного давления, представляет собой сложную задачу. Ряд тактических и технических хирургических ошибок у больной с атрезией подвздошной кишки привели в итоге к разлитому перитониту, нагноению и расхождению послеоперационной раны, эвентерации кишечника и возникновению огромного дефекта передней брюшной стенки.

В ходе лечения пришлось решить следующие основные задачи: 1) ликвидация спаечной кишечной непроходимости и декомпрессия кишечника; 2) лечение разлитого гнойного перитонита; 3) закрытие дефекта передней брюшной стенки. Лапаростомия, ретроградная декомпрессия кишечника через илеостому интестинальным зондом и программированная сана-

ция брюшной полости позволили решить первые две задачи. Закрытие дефекта передней брюшной стенки местными тканями не представлялось возможным. В связи с отсутствием других синтетических материалов для временного закрытия этого дефекта нам пришлось использовать ПВХ-пакет для инфузионных растворов. Впервые об успешном применении у двух новорожденных при лечении огромного врожденного дефекта передней брюшной стенки ПВХ-пакета взамен силистикового контейнера (silastic silo) сообщил Ugbam в 1989 г. [2]. R. Pearl and E. Dykes в 1995 г. также сообщили о применении ПВХ-пакета при лечении гигантского омфалоцеле [1]. Как отмечали авторы, ПВХ-пакет для инфузионных средств является индифферентным, легко стерилизуемым, прочным, недорогим, прозрачным материалом. Сообщений о применении этого метода у больных с приобретенным дефектом передней брюшной стенки у детей в литературе мы не обнаружили. В связи с отсутствием других средств было решено применить ПВХ-пакет для закрытия дефекта передней брюшной стенки, а также для вытягивания передней брюшной стенки. Первый слой, подшитый к краям мышечно-апоневротического слоя, позволил приблизить их края, а также защитить органы брюшной стенки от внешнего воздействия. Полоска проленовой сетки, подшитая к коже изнутри, дала возможность увеличить прочность и избежать разрыва кожи при натяжении. Второй слой ПВХ-пакета, подшитый к коже и проленовой сетке, позволил натянуть кожу. Прозрачность материала дала возможность наблюдать за состоянием подлежащих органов. Примененный метод позволил закрыть дефект передней брюшной стенки через 10 дней.

Таким образом, стремление закрыть дефект передней брюшной стенки за счет чрезмерного натяжения краев раны, тем более при инфицированной брюшной полости и повышенном внутрибрюшном давлении, является ошибочным. Лапаростомия и программируемые релапаротомии, а также временное закрытие брюшной стенки синтетическим материалом способствуют быстрой регрессии воспалительного процесса в брюшной полости. Применение для подтягивания краев раны при дефиците местных тканей ПВХ-пакета для инфузионных растворов является недорогим и эффективным методом лечения детей с приобретенным дефектом передней брюшной стенки.

### REFERENCES

- Pearl R.H., Dykes E.H. An inexpensive and readily available alternative to the silastic "silo" for staged closure of abdominal wall defects. *Pediatr. Surg. Int.* — 1995; 10(8): 583—4.
- Ugbam G. Plastic infusion bag, an alternative to Dacron reinforced (silastic) pouch in the management of ruptured omphalocele. *West Afr. J. Med.* — 1989; 8 (2): 111—5.

Поступила 25.01.12