

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭВЕНТРАЦИЙ И ПРИ ЛАПАРОСТОМИИ

**Петров В.В.², проф. Паршиков В.В.¹, к. м. н. Самсонов А.А.²,
Ходак В.А.², к. м. н. Романов Р.В.²**

¹ ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Кафедра госпитальной хирургии
им. Б.А. Королёва, Нижний Новгород, Россия;

² МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия

Основным патогенетическим моментом развития эвентрации является нарастающая интраабдоминальная гипертензия вследствие интра- и экстраабдоминальных причин (например РДСВ), которая может усугубляться нарушением репаративных процессов в послеоперационной ране и её нагноением. Похожее состояние известно в герниологии при ущемлённых вентральных грыжах. Ненатяжная пластика по методике inlay является эффективным общепризнанным методом лечения подобных состояний, которое уменьшает количество системных осложнений, благоприятно влияет на течение раневых процессов даже при имплантации эндопротеза в инфицированные и нагноившиеся раны, снижает число отдалённых рецидивов грыж. Нами накоплен и проанализирован опыт лечения 57 пациентов с эвентрациями после срединных лапаротомий (48), лапаротомий из подрёберного доступа (5) и лапаротомий из параректального доступа (4). 25 пациентам вы-

полнена интраабдоминальная имплантация эндопротезов по методикам inlay и sublay. Использовались эндопротезы из полипропилена (Линтекс эсфил) №20 и из реперена №5. В контрольной группе после ревизии брюшной полости края раны сопоставлялись с помощью П-образных швов на резиновых трубках. В группе с использованием эндопротезов наблюдалось более быстрое заживление операционной раны, не было летальных исходов от системных осложнений, не было повторных эвентраций. В группе с использованием узловых швов было 8 повторных эвентраций (24%), 5 (15%) пациентов погибло от системных осложнений. Положительный опыт применения сетчатых эндопротезов из реперена при эвентрации в инфицированные раны, их биоинертность позволили использовать их при лапаростомии. Прооперированы 2 пациента, которым на завершающем этапе операции производилась имплантация пластины реперена по аналогии с inlay-пластикой. Пациентам проводились повторные санации (релапаротомии) в сроки от 5 до 10 дней от первичного вмешательства. Не наблюдалось случаев прирастания петель кишечника, образования свищей. На фоне применения эндопротезов снижалась интраабдоминальная гипертензия, что сказывалось положительно на течении интраабдоминальной патологии. Исследования в данном направлении продолжаются.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ КАРКАСА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

**Познанский С.В., Евтихов Р.М., Кутырев Е.А.,
Колбашова Ю.Н., Кукушкин А.В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»,
Иваново, Россия

Проблема множественных переломов ребер в настоящее время обусловлена нарастанием частоты дорожно-транспортных происшествий. Как правило, множественные, двухсторонние, окончательные или билатеральные переломы ребер с обра-

зованием реберного клапана и парадоксального дыхания обуславливают тяжесть состояния пациентов. Кроме того, подвижные нестабильные отломки ребер в большинстве случаев становятся источником повреждения органов грудной клетки. Коррекция дыхательной недостаточности, устранение флотации средостения и профилактика плевро-пульмональных осложнений может быть достигнута лишь при удовлетворительной фиксации подвижных ребер. Цель исследования заключалась в анализе результатов лечения фрагментированных переломов ребер с применением фиксации под контролем видеоторакоскопии.