

раз реже, слабость родовой деятельности в 2 раза реже и вдвое реже пришлось прибегнуть к оперативному родоразрешению (15,2 % против 28,5%). Особый интерес представляло состояние новорожденных при рождении и течение у них ранней адаптации при различных видах коррекции ХВГ до рождения (табл.8).

Таблица 8

Характеристика состояния при рождении и течения раннего неонатального периода новорожденных при различных видах коррекции

Патологические состояния	Методы коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП			
	Классическая терапия		Комбинированная терапия	
	Абс.	%	Абс.	%
Асфиксия при рождении	2	4,76	-	-
Транзиторное тахипноэ	3	7,14	1	2,17
ЗВУР	27	64,2	18	39,4
Патологическая первоначальная убыль массы	23	54,7	17	36,9
Пролонгированная желтуха	25	59,5	4	8,6
Церебральная ишемия I степени	3	7,1	12	26,0
Церебральная ишемия II-III ст.	18	42,8	5	10,0
Реализация внутриутробной инфекции	9	21,4	3	6,52
Анемический синдром	12	28,5	8	17,3

При получении матерями комбинированного лечения практически отсутствовало такое грозное осложнение ранней адаптации, как респираторные расстройства. Более благоприятное течение родов позволило осуществить раннее прикладывание к груди и совместное пребывание матери и ребенка, что, по-видимому, объясняет более редкую встречаемость патологической первоначальной убыли массы тела (36,9% против 54,7%). Нормальное течение родов и отсутствие необходимости их медикаментозной коррекции значительно ослабили фармакологическую нагрузку на мать и плод и привели к значительно более редкой пролонгированной желтухе в группе новорожденных от матерей, получивших комбинированное лечение до родов. В обеих группах новорожденных встречалось перинатальное гипоксически – ишемическое поражение ЦНС. В качестве критерия тяжести неврологических поражений у новорожденных мы использовали их нейросонографическую характеристику – церебральную ишемию I степени и церебральную ишемию 2-3 степени. Анализ показал качественное отличие церебральных нарушений при различных видах антенатальной коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП. При комбинированном лечении матерей с применением препаратов природного происхождения у их новорожденных значительно реже выявлялись тяжелые ишемические изменения в нейросонограмме (НСГ). Кроме этого, в этой группе детей также значительно реже отмечались реализация внутриутробной инфекции и анемический синдром. А самый главный аргумент в пользу применения препаратов природного происхождения в комплексной терапии ФПН, ХВГ и ЗРП – это уменьшение удельного веса детей с ЗВУР в экспериментальной группе (39,4% против 64,2%). Очевидно, что течение раннего неонатального периода протекало более гладко в группе новорожденных от матерей с ФПН, ХВГ и ЗРП, получавших в дополнение к классической терапии средства природного происхождения, и, что особенно важно, снижалась тяжесть неврологических последствий нарушений внутриутробного развития.

Заключение. Таким образом, включение средств природного происхождения в программу лечения ФПН, ХВГ и ЗРП у беременных женщин позволяет значительно улучшить качество их жизни и показатели здоровья, а также течение и исход родов, не оказывая токсического воздействия на плод. Дети, рожденные от этих матерей, имеют более высокие индексы физического развития и зрелости. Ранний период адаптации у детей от матерей, получавших средства природного происхождения, характеризуется более гладким течением пограничных состояний и снижением тяжести неврологических осложнений.

Литература

1. Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья ребенка // М.: Медпресс-информ, 2005, С.45–9.
 2. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т.3. С. 7–13.
 3. Горячев В.В. // Сборник трудов АГМА. Т.15. 1999. С.20.
 4. Грищенко О.В. и др. // Провизор. 2001. №2. С. 34.

5. Ильенко Л.И. и др. Комплексный биологический препарат «ТраумельС» и его использование в педиатрии// Информационное письмо. М.,2004. 50 с.
 6. Ильенко Л.И. и др. // Биологическая медицина. 2006. № 2. С. 34–39.
 7. Кирующенков А.П., Тараховский М.Л. Влияние медикаментозных средств на плод. М. 1988. 370 с.
 8. Логвинова И.С., Емельянова А.Е. // Рос.педиатрический ж. 2000. №3. С.50–52.
 9. Макаров О.В. и др. // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. Т.3. № 6. С.18–22.
 10. Малевич Ю.К., Шостак В.А. Фетоплацентарная недостаточность. Минск, Беларусь. 2007
 11. Никулина Д.М. // Мат-лы научно-практ. конф. с междунар. участием «Достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины», Астрахань – Волгоград – Москва. 2006. С.17–18.
 12. *Общая терапия 2006-2007.* Спр-к по препаратам фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель», С.214–284.
 13. Петрова О.В. и др. // Мат-лы научно-практ. конф. с междунар. участием «Достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины», Астрахань – Волгоград – Москва. 2006. С.75–77.
 14. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. МИА. 2005 С.34–39.
 15. Савельева Г.М. и др. Плацентарная недостаточность. М. Медицина. 1991. С.14–19.
 16. Серов В.Н. // РМЖ. 2005. Т.13. №1. С.31–33
 17. Серов В.Н. // РМЖ. 2002. Т.10. С.7–10.
 18. Сидорова И.С., Макаров И.О. Методы исследования при беременности и в родах. М.: Медпресс-информ. 2005. С.69–76.
 19. Хайне Х. // Биологическая медицина. Т.10. №2. С.4–9.

MODERN APPROACH TO REABILITARY PROGRAM OF NEWBORNS WITH DELAY OF INTRAUTERINE DEVELOPMENT

L.I. IL'ENCO, L.A. BACHMUTOVA, E.N. GYZHVINA

Summary

There was shown the improvement of clinical data of course and outcome of pregnancy and delivery, level optimization of specific pregnant ferrous proteins, data of dopplerography of umbilical cord vessels and ophthalmoscopy, at the same time soft course of early neonatal period and decrease of severity of neurologic complications in children mothers of whom received antihomotoxic drugs in the correction program.

Key words: delay of intrauterine development

УДК 617.55-007.43

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭВЕНТРАЦИЙ

А.А. ПЕЧЕРОВ, Ю.В. КУЧИН, И.У. ЛЕЧИЕВ, И.З. КИТИАШВИЛИ *

Ключевые слова: эвентрация, гнойная рана, релапаротомия

Эвентрация является не только частым, но и опасным для жизни больного осложнением. Особую опасность она представляет возникновением таких осложнений, как кишечные свищи, кишечная непроходимость, летальность при которых возрастает и составляет 20-86% [1,2,4]. Проблема несостоятельности краев послеоперационной раны и трудности, возникающие при повторном ее ушивании, говорят о необходимости совершенствования имеющихся хирургических методов. Существующие способы ушивания лапаротомной раны создают чрезмерное натяжение и сдавление сшиваемых тканей шовным материалом или разного рода протекторами, что ведет к некрозу кожи, подкожной клетчатки и мышечно-апоневротического слоя с последующим прорыванием швов, возникновением повторных эвентраций, образованием послеоперационных грыж в отдаленном периоде [3].

Материалы и методы. Учитывая особенности анатомического строения передней брюшной стенки, ее кровоснабжение и иннервацию, для создания менее травматичного и достаточно герметичного способа ушивания операционной раны, нами разработаны 2 способа ушивания лапаротомной раны на металлических спицах Кишнера и Илизарова. Выбор спиц Кишнера или Илизарова зависел от длины операционной раны.

* Астраханская ГМА. Кафедра госпитальной хирургии

Суть методик заключалась в следующем. Спица проводилась, отступив на 1 см от края раны, вниз и латерально, путем прокалывания кожи, под контролем руки интрамулярно (между передним и задним листком влагалища прямой мышцы живота) параллельно краю операционной раны снизу вверх и выводилась через кожу на 1 см выше и латерально от верхнего угла операционной раны. Вторую спицу проводили таким же образом с противоположной стороны. После этого накладывали отдельные сквозные швы через все слои передней брюшной стенки с захватом спиц. Швы затягивались до полного соприкосновения краев операционной раны. Количество швов соответствовало 5:1 (где 5 длина спицы). При этом отдельных кожных швов не накладывали. На выступающие концы спиц надевали полихлорвиниловые трубки в качестве ограничителей для предупреждения их миграции под кожу. При послойном ушивании спицы проводили аналогично, отдельно накладывались швы на апоневроз за спицы. Кожная рана ушивалась отдельными узловыми швами.

Разработанный нами способ, мы сравнили с ушиванием раны П-образными швами на резиновых протекторах по способу Литтманна. Были проведены сравнительные манометрические исследования. Опыт показывает, что при ушивании раны на металлических протекторах (спицы Киршнера или Илизарова) наиболее удобным углом, под которым хирург натягивает нить, является угол $\alpha=30^\circ$. При этом по экспериментальным данным средняя сила натяжения $F=24,5\text{Н}$, поэтому горизонтальная составляющая F_x , которая сближает края раны, равна $F_x=F \times \cos\alpha$; $F_x=24,5 \times \cos 30^\circ=24,5 \times 0,7=17(\text{Н})$.

Площадь, на которую действует спица при натяжении нити, равна $S = 25(\text{см}^2)$, а давление на ткани при этом методе ушивания операционной раны равно $P1 = F_x/S = 7(10\text{-}5 \text{ Па})$.

При ушивании лапаротомной раны П-образными швами на резиновых протекторах сила, прикладываемая для натяжения нити $F=32,3(\text{Н})$, горизонтальная составляющая этой силы для сопоставления краев раны равна $F_x=22,6\text{Н}$. Площадь, на которую действует нить и протектор, равна $S=0,6(\text{см}^2)$, а давление на ткани равно $P2 \text{ Па}$. Соотношение $P2/P1 = 60$, т.е. ушивание операционной раны на металлических спицах создает в 60 раз меньшее давление на прилегающие ткани, чем при ушивании раны П-образными швами на резиновых протекторах. Это определено тем, что спица является жесткой металлической конструкцией, и давление на ткани идет равномерно по всей длине спицы.

Патоморфологические исследования тканей при ушивании на металлических спицах в сроки 3,7,10,14 суток показали, что изменения тканей, в первые 3-7 суток после операции представлен рядом стереотипных изменений воспалительной реакции, без грубых деструктивных процессов во всех слоях брюшной стенки. Отмечалась сохранность гистологических структур передней брюшной стенки, кровеносных сосудов, волосных луковиц. К 10 суткам наблюдались участки уплотнения подкожно-жировой клетчатки с появлением коллагеновых волокон, которые к 14 суткам составляли соединительно-тканную основу формирующегося рубца. Гистоструктура слоев передней брюшной стенки не претерпевала изменений с сохранением кровоснабжения.

При патоморфологическом исследовании зоны операции при ушивании П-образными швами на резиновых протекторах отмечалась выраженная гиперемия и отек по всей длине раны, где имелась мацерация эпидермиса с серозным отделяемым. На 7 сутки наблюдали нагноение послеоперационной раны с образованием пролежней практически под всеми резиновыми протекторами. Эти участки представляли собой пролежни, повторяющие форму и величину протекторов, и располагались глубоко в подкожно-жировой клетчатке. Вид операционной раны после снятия швов и удаления резиновых протекторов на 14 сутки представлял собой рубец с идущими параллельно ему дефектами брюшной стенки. Нами проведена сравнительная клиническая оценка способов ушивания лапаротомной раны при эвентрациях и релапаротомиях у 150 больных, оперированных по поводу различных острых хирургических заболеваний в период 1997–2007 г.

Полученные положительные результаты ушивания эвентраций с применением металлических спиц Киршнера или Илизарова позволили нам применить этот метод у 26 больных при программированных релапаротомиях и 25 случаях первичной эвентрации в гнойную рану рис.1



Рис.1. Вид операционной раны после ушивания эвентрации в гнойную рану на металлических протекторах.

При выполнении программированной релапаротомии, после снятия швов, разводилась рана без удаления спиц (рис.2). После чего проводилась санация брюшной полости и операционной раны, и накладывались сквозные швы со смещением места вкола. Спицы удаляли в сроки от 10 до 14 суток в зависимости от степени воспалительного процесса в ушитой ране.



Рис.2. Вид операционной раны после неоднократного ушивания на металлических протекторах при программированной релапаротомии.

В ближайшем послеоперационном периоде повторных эвентраций мы не наблюдали. Отдаленные результаты ушивания лапаротомной раны на металлических спицах прослежены у 41 больного, в сроки от 3 до 10 лет после операции. В 4-х случаях выявлена послеоперационная грыжа, так как дренирование абсцесса брюшной полости проводилось через срединную рану, без удаления спиц. Считаем немаловажным отметить, что ушивание лапаротомной раны сквозными швами на металлических спицах занимает 5-7 минут, а при релапаротомии доступ в брюшную полость не превышает 1-3 минуты.

Клиническая оценка различных способов ушивания ран при лапаротомиях, релапаротомиях и эвентрациях показала преимущество использования металлических спиц в качестве протекторов для ушивания лапаротомной раны. Ни в одном случае мы не имели эвентраций и резэвентраций. При выполнении программированной релапаротомии не имели некроза краев раны, прорезывания швов. Редкие сквозные швы позволяли осуществлять адекватную санацию и дренирование раны при ее нагноении.

Результаты клинических наблюдений позволили применить разработанную методику для пластики гигантских послеоперационных грыж передней брюшной стенки, где обычные методы вызывали большое натяжение тканей с прорезыванием швов.

Литература

1. Савельев В.С., Савчук Б.Д. // Хирургия. 1976. №3. С. 121–125.
2. Савельев В.С. Рук-во по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.:Триада-Х. 2004. 640 с.
3. Ульрих Э.В., Аюева Г.Н. //Вестн. хир.1979. №5. С. 87–91.
4. Жёбровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь: Бизнес-Информ. 2002. 438 с.