

УДК 617.55-089.844

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ

И.Б. Десятникова, М.А. Сидоров, А.П. Медведев, Л.Е. Березова,

кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королева, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава», МЛПУ «Городская клиническая больница № 5», г. Н. Новгород

Проблема хирургического лечения больных с дефектами передней брюшной стенки в условиях инфицирования является одной из самых тяжелых в абдоминальной хирургии. Результаты лечения неудовлетворительны и сопровождаются высокой послеоперационной летальностью, достигающей максимальных цифр при наличии гнойной раны 40–65% (Сидорин В.С. и др. 1994, Hedderich H et al., 1986). В этих же случаях высокая частота и повторных эвентраций, которая достигает 40% (В.С. Савельев, Б.Д. Савчук, 1976; В.Г. Малюха и соавт., 1982; В.Л. Прикупец, Ю.Ф. Занозин, 1988; О.Б. Милонов и соавт., 1990). Несмотря на большое число применяемых способов хирургиче-

ского лечения, результаты остаются неудовлетворительными, что связано с комплексом проблем: • синдром интраабдоминальной гипертензии (препятствует сближению краев раны без натяжения, необходимость хирургической декомпрессии); • пластика дефекта передней брюшной стенки (склонность швов к прорезыванию и рецидиву); • наличие инфекции.

В связи с этим становится понятной необходимость поиска способа хирургического лечения больных с дефектами передней брюшной стенки в условиях инфицирования.

За последние десятилетия широкое распространение и применение в практике получили методы ненатяжной герниопла-

стики с применением синтетических эндопротезов. Остаются актуальными вопросы использования эндопротезов в условиях инфицирования. Сетчатые протезы на основе полипропилена наиболее близки к требованиям, предъявляемым к идеальному трансплантату (Cumberlnd и Scales (Delany H.M., 1985)): - химически инертны; - физически не размягчаются тканевыми ферментами; - не вызывают воспаления и отторжения; - обладают механической прочностью; - не вызывают аллергию и сенсибилизацию.

Цель работы. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с дефектами передней брюшной стенки в условиях и инфицирования путем применения полипропиленовой сетки.

Материалы и методы. Данное исследование клиническое, выполнено на базе МЛПУ ГKB № 5 г. Н. Новгород, за период с 1998 по 2008 г. Основу данного исследования составляет анализ результатов хирургического лечения 87 пациентов с дефектами передней брюшной стенки в условиях инфицирования: - эвентрации в гнойную рану; - ущемленные вентральные грыжи при наличии раневой инфекции (число микробных тел на 1 г ткани которых составлял 105–106 (Дж. Александер, Р. Гуд, 1974)).



контрольная группа n1-14

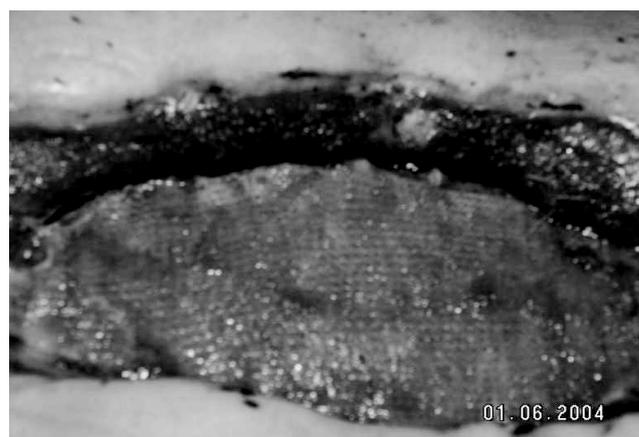
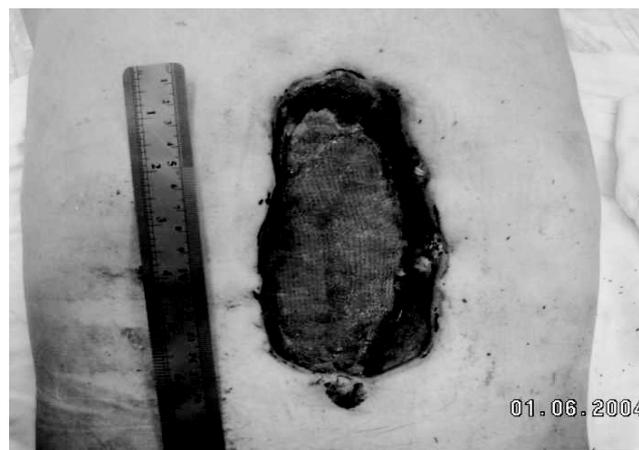
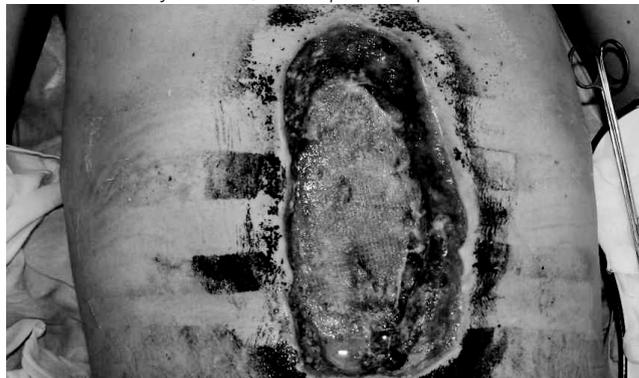


основная группа n2 -18

С использованием для пластики передней брюшной стенки полипропиленового эндопротеза оперированы 47 больных, которые включены в основную группу. Пациенты контрольной группы оперированы традиционным способом. С целью выбора оптимальной тактики ведения больных изучены 4 группы, что имеет значение в плане прогнозирования послеоперационных осложнений. В исследуемую группу с эвентрацией в гнойную рану вошли 32 пациента, из них 8 женщин (25%), 24 мужчины (75%). В возрасте от 19 до 72 лет, старше 60 лет – 25 человек (78%). Диагностирован широкий спектр сопутствующей патологии у 29 пациентов (90,6%). У всех больных эвентрация развилась на 4–14-е сутки после экстренных хирургических вмешательств. 28 (87,5%) операций выполнены из срединного лапаротомного доступа, 5 (15,6%) из параректального справа.

Из факторов, способствующих развитию эвентрации, выделяли внелегочный острый респираторный дистресс-синдром – 19 (59,3%), длительный парез кишечника – 18 (56,2%), релапаротомия по поводу продолжающегося перитонита – 12 (37,5%), в 100% случаях тотальное нагноение раны. Первичные операции выполнялись по поводу кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта – 11 (34,3%), спаечной кишечной непроходимости – 8 (25%), аппендикулярного перитонита – 3 (9,3%), проникающего ножевого ранения с повреждением вну-

тренних органов – 3 (9,3%), перфорации язвы – 4 (12,5%), рака толстой кишки – 3 (9,3%). К моменту появления эвентрации согласно данным РАСХИ (2004 г.) сепсис констатирован у 15 больных (46,8%), тяжелый сепсис у 3 пациентов (9,3%), синдром системной воспалительной реакции с наличием 1 признака – в 14 случаях (18,5%). При бактериологическом иссле-





довании выявлены микробные ассоциации с преобладанием грам(-) флоры – 78%.

В зависимости от применяемого метода хирургического лечения эвентрации в гнойную рану все пациенты разделены на 2 группы. В контрольной группе использовался традиционный способ лечения – 14 пациентов, при котором для закрытия раневого дефекта использовали швы через все слои брюшной стенки и П-образных швов с завязыванием на резиновых трубках. Лечение раны проводили под мазевыми повязками. Оригинальный способ лечения эвентрации в гнойную рану применен у 18 больных, которые составили основную группу.

Оригинальный способ лечения эвентрации в гнойную рану позволяет осуществить декомпрессию брюшной полости, отделяет брюшную полость от лапаротомной гнойной раны, обеспечивает возможность хирургической санации очага инфекции и ускоряет сроки заживления раны.

Лечение эвентрации в инфицированную рану предлагаемым способом проводится следующим образом. В полость живота вправляются обработанные раствором антисептика эвентрированные органы. Ревизию и санацию брюшной полости производим только при наличии в ней экссудата. Иссекаем некротизированные и инфицированные ткани передней брюшной стенки. Не резецируя сальник мобилизуем края лапаротомной раны вместе с париетальной брюшиной на расстоянии 10 см. Производим измерение ширины и длины площадки для установки сетки, учитывая, что

она должна располагаться от края раны не менее чем на 5 см, а при ранах в околопупочной области не менее чем на 7 см. Исходя из полученных размеров, выкраиваем полипропиленовый трансплантат, который принимает несколько овальную форму. Фиксируем сетку по периметру за край с шагом шва 3–4 см в интрабрюшном положении, через все слои передней брюшной стенки с завязыванием и погружением узлов под кожу. Для быстроты выполнения этого этапа используем эндохирургическую скорняжную иглу. Благоприятным моментом считаем наличие расправленного под сеткой сальника. Второй ряд фиксирующих сетку швов накладываем в 2 см от края, при этом захватываем только внутренний листок апоневроза прямых мышц. Диастаз между краями раны зависит от количества иссеченных тканей, цифр внутрибрюшного давления, измеряемого через катетер в мочевом пузыре. Рану рыхло заполняем салфетками с Левомеколем. В последующем мазевые повязки заменяем поролоновой губкой, плотно уложенной в рану и смоченной раствором Левасепта.

Результаты. Открытое ведение раны с применением полипропиленового аллотрансплантата позволило контролировать течение раневого процесса, производить полную хирургическую обработку раневого дефекта. Это способствовало сокращению первой фазы раневого процесса и раннему появлению грануляций. Очищение ран наблюдали через 4–7 дней, появление грануляций на 5–9-ый день. При традиционном способе лечения очищение раны затягивалось до 12–19 дней, а первые грануляции определялись лишь к 12–18-му дню и стойко сохранялись признаки системной воспалительной реакции.

Открытое ведение раны с применением полипропиленового трансплантата. По ходу очищения раны и закрытием сетки здоровыми грануляциями производили закрытие раневого дефекта сопоставлением всех слоев раны брюшной стенки швами.

Больных, леченных по поводу эвентрации в гнойную рану, наблюдали от 3 месяцев до 5 лет. После применения традиционного способа лечения (контрольная группа) послеоперационная вентральная грыжа обнаружена у 14 (100%) пациентов. После предложенного способа лечения (основная группа) послеоперационная вентральная грыжа не выявлена у прослеженных 15 больных.

Выводы. Таким образом, использование полипропиленового эндопротеза в хирургическом лечении эвентрации в гнойную рану по сравнению с традиционным позволяет: - снизить процент послеоперационных осложнений по сравнению с контрольной группой, обеспечивая каркасную функцию брюшной стенки; - предотвратить развитие синдрома абдоминальной компрессии, корригируя внутрибрюшное давление; - обеспечить возможность динамического наблюдения и адекватной хирургической санации очага инфекции (гнойной раны); - более активно вести больных в послеоперационном периоде; - избавить больных от повторных операций по поводу послеоперационных вентральных грыж.