

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.718.19-002.3-06:617.55-007.43-084

Н. В. Баулина, А. А. Баулин, Е. В. Клочкова, В. А. Баулин, В. К. Иванов, Е. А. Баулина

ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТРАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ В МАЛОМ ТАЗУ

ГБОУ ВПО Медицинский институт (дир. — проф. А. Н. Митрошин) Пензенского государственного университета

Ключевые слова: эвентрация, повышение внутрибрюшного давления, зашивание брюшной полости

Введение. Гнойно-воспалительный процесс в организме женщины значительно меняет репаративные процессы и к этому добавляется обсеменённость брюшной раны, поэтому заживление чаще проходит неблагоприятно. По многочисленным хирургическим литературным источникам [4, 5, 9] известны результаты, среди которых наиболее опасными и грозными считаются гнойные осложнения и эвентрации в гнойную рану. Нередки эвентрации и в чистую рану. Опасность подобных осложнений, несомненно, возрастает в связи с неоднократными релапаротомиями, развитием воспалительных явлений в передней брюшной стенке из-за необходимости использования шовного материала, который остаётся в тканях после повторного рассечения брюшной стенки через ушитую операционную рану [1, 3, 7, 10]. Эвентрации способствуют также развивающаяся динамическая кишечная непроходимость, повышение внутрибрюшного давления [2, 6, 8].

Материал и методы. С целью профилактики подобных осложнений мы внедрили комплекс мер, направленных на профилактику эвентраций, которые изложены ниже.

При производстве операций в исследуемых группах применялся только классический доступ: операцию выполняли через срединную средненижнюю лапаротомию, как наиболее обеспечивающую хорошую возможность для ревизии брюшной полости, выполнения основного этапа на органах таза,

доступной санации всей брюшной полости и возможной назоинтестинальной интубация кишечника.

Операции проводили под комбинированным наркозом с ИВЛ аппаратом РО-6, в последующем все больные наблюдались в отделении реанимации и интенсивной терапии. Дренажирование брюшной полости производили с применением разработанной методики активного дренирования с постоянным или периодическим подключением к круглосуточно работающей вакуумной установке.

Операции в обеих сравниваемых статистически сопоставимых группах выполняли женщинам со средним возрастом ($34,4 \pm 5,3$) года по поводу запущенных гнойных заболеваний матки и придатков, сопровождающихся распространением гнойных процессов на брюшину таза и свободное пространство брюшной полости. Пациенткам группы сравнения (68 больных) зашивание раны брюшной полости производили классическим послойным способом, по принятой в клинике технологии капроном № 3. 39 пациенткам основной группы после первой операции или последующей программированной, но не завершающей, накладывали сближающие съёмные швы через все слои, не применяя послойное типичное зашивание брюшной стенки, тем самым при релапаротомии в тканях не остаются нити шовного материала. Это делалось следующим образом (рис. 1).

В зависимости от длины раны, выраженности пареза и вздутия кишки, а также податливости тканей передней брюшной стенки, намечали 4–5 швов. Отступая 4–5 см от края кожной раны, толстой режущей иглой с заряженной нитью капрона № 5 в виде петли длиной около 30 см прошивали одну сторону раны через все слои и перпендикулярно, но не прокалывая брюшину, а проходя иглой над ней. Затем игла на этом же уровне на противоположной стороне проходила под брюшиной на 3–4 см и круто выкалывалась через все слои наружу в 4–5 см от края раны. Петлю снимали с иглы не разрезая нить. Таким образом накладывали 4–5 швов равномерно по длине раны. Затем в петли вставляли салфетку, нити натягивали, наблюдая за сближением краев раны, чтобы не ущемились внутренности. Как только края соприкасались,

Сведения об авторах:

Баулина Наталия Владимировна (e-mail: baoulin@mail.ru), Баулин Анатолий Афанасьевич (e-mail: baoulin@mail.ru), Клочкова Елена Владимировна (e-mail: olya200672@mail.ru), Баулин Владимир Анатольевич (e-mail: bushroot1984@gmail.com), Иванов Владимир Константинович (e-mail: doctor_58@mail.ru), Баулина Екатерина Анатольевна (e-mail: xirurg58@gmail.com), ГБОУ ВПО Медицинский институт Пензенского государственного университета, 440026, г. Пенза, ул. Красная, 40

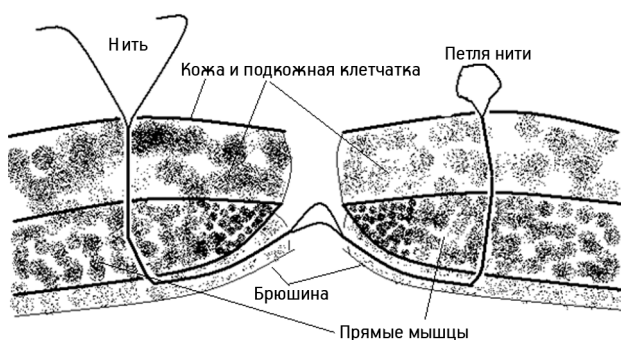


Рис. 1. Схема проведения лигатур через края брюшной раны

между нитями противоположной стороны закладывали вторую салфетку, и нити завязывали (рис. 2). Кожу не зашивали, но края мышечно-апоневротического лоскута становились сомкнутыми. Рану изолировали салфеткой с мазью, содержащей гидрофильную основу (левосин, левомеколь).

У некоторых больных ткани брюшной стенки были малоподвижные и, чтобы не увеличивать повышенное давление в животе, мы проводили швы (рис. 3) не захватывая мышцы.

Решение вопроса о проведении санационных операций принималось консилиумом с участием лечащих врачей, заведующих отделениями, заместителей главного врача по гинекологии и хирургии, а также сотрудников медицинских институтов. Ими решался вопрос о прекращении программированных санаций и зашивании раны по классическому варианту.

Однако подобные швы мы формировали и при окончательном зашивании раны, как меру профилактики прорезывания швов и эвентрации при предполагаемом осложнённом динамической непроходимостью послеоперационном течении. Технология несколько менялась в том плане, что после наложения укрепляющих швов мы до их затягивания накладывали узловый шов капроном № 3 на апоневротическо-мышечно-брюшинный комплекс от углов раны с постепенным подтягиванием за укрепляющие нити, чтобы петли не остались в брюшной полости и края раны не зацепили внутренности. Зашивание сопровождали промыванием раны раствором фурацилина с добавлением 3% перекиси водорода в соотношении объёмов 3:1, которые смешивали непосредственно перед применением. Постепенно края раны под контролем зрения смыкали за счёт основных и поддерживающих швов, оставались только неразведенными

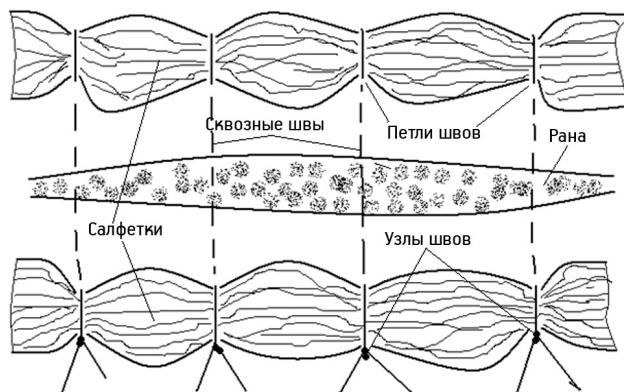


Рис. 2. Схема наложенных сближающих швов на рану



Рис. 3. Схема проведения сближающего шва без захвата мышечно-апоневротического комплекса

края кожно-подкожной раны. Затем укладывали вторую салфетку и над ней завязывали нити укрепляющих швов. Окончательным этапом сшивали кожу узловыми краевыми швами.

Результаты и обсуждение. Сравнивали результаты в этих двух группах больных по срокам пребывания в реанимации и в стационаре, лабораторным показателям, экономическим затратам, отдалённым последствиям, частоте развившихся осложнений, в первую очередь — эвентрации, и своевременности их верификации (таблица).

Результаты лечения сравниваемых групп

Показатели	Основная группа (n=39)	Группа сравнения (n=68)
Сроки пребывания в реанимации, сутки	3,6±1,3	4,3±1,6
Сроки пребывания в больнице, сутки	18,6±3,4	24,3±3,9
Сроки нормализации основных лабораторных показателей, сутки	6–8	10–13
Экономические затраты, отн. ед.	1,0	1,4
Число эвентраций	0	8
Частота эвентраций, %	0	11,7
Частота постгоспитальных раневых осложнений, %	2,6	8,7
Частота послеоперационных грыж, %	2,6	10,3

Как видно из таблицы, меры профилактики эвентрации привели к сокращению пребывания в отделении реанимации на 0,7 дня и в целом в стационаре — на 5,7 дня. Поскольку раневой процесс протекал более благоприятно, то и нормализация основных показателей гемограммы (количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, гемоглобин, СОЭ) и биохимического анализа крови (амилаза, АЛТ, АСТ, С-реактивный белок, креатинин, мочевины, билирубин) происходила значительно быстрее. В связи с тем, что пребывание больных в стационаре было в разные периоды экономического состояния РФ, экономическую составляющую мы рассчитали в относительных цифрах (в баллах). В итоге получилось, что применение технологии профилактики эвентрации приводит к уменьшению расходов в 1,4 раза.

Основной целью нашего исследования было изучение именно эффективности профилактических удерживающих швов в плане предотвращения эвентрации, и здесь мы получили хороший результат. Ни у одной из 39 пациенток основной группы не было нагноения раны и не возникали эвентрации, тогда как в группе сравнения из 68 пациенток без применения данной методики у 8 (11,7%) наблюдали частичную или полную эвентрацию, что потребовало повторной операции. Производя оперативное вмешательство у этой группы больных, мы завершали вынужденную релапаротомию, применяя технологию профилактики с помощью сближающих съёмных швов через все слои брюшной стенки, что также оптимизировало процесс лечения данной тяжёлой категории больных. Лучшие результаты получены и при изучении отдалённых результатов: в группе сравнения раневые постгоспитальные осложнения отмечены в 3 раза, послеоперационные грыжи — в 4 раза чаще, что подтверждает необходимость применения сближающих швов.

Выводы. 1. У пациенток с запущенными гнойными заболеваниями матки и придатков, сопровождающихся распространением гнойных процессов на брюшину таза и свободное пространство брюшной полости, у 11,7% из них была частичная или полная эвентрация.

2. Применение профилактического наложения сближающих съёмных швов создало лучшие условия для заживления послеоперационных ран брюшной стенки, поэтому эвентрации не возникали.

3. Считаём подобную тактику использования сближающих съёмных швов оправданной не только у больных с перитонитом, но и у ослабленных пациентов с нарушением репаративных процессов (с онкологическими заболеваниями, кахексией, лиц старческого возраста).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вальтер В.Г., Кутуков В.Е., Журнаджянц В.А. и др. Ушивание ран при релапаротомиях и эвентрациях: Тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. Улан-Удэ, 1997. С. 53.
2. Василев Н., Пенчев Р., Иванов Н. Оперативное лечение послеоперационных дефектов брюшной стенки // Вестн. хир. 1993. № 3–4. С. 127–129.
3. Григорьев С.Г. Лечение и профилактика эвентраций // Хирургия. 1991. № 5. С. 117–120.
4. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Гараев В.Н. и др. Профилактика и лечение эвентрации после релапаротомий // Хирургия. 2001. № 12. С. 14–18.
5. Костин А.Е. Лечение и профилактика послеоперационных эвентраций // Хирургия. 1999. № 9. С. 22–24.
6. Сидорин В.С. Некоторые вопросы патогенеза инфекционных осложнений операционных ран // Вестн. хир. 1986. № 2. С. 64–66.
7. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Способы завершения операции при перитоните // Хирургия. 2000. № 2. С. 33–37.
8. Hedderich G.S. The septic abdomen: Open management with Marlex mesh with a zipper // Surgery. 1986. Vol. 99, № 4. P. 399–408.
9. Leutenegger A. Kritischer Bauchdeckenverschluss: Entlastungsnahte mittels Sandoz — Plaks und Redon — Schluchen // Helv. Chir. Acta. 1983. Bd. 50, H.4. S. 393–394.
10. Wittmann D.H. Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis // Acta Chir. Austriaca. 2000. Vol. 32. P. 171–178.

Поступила в редакцию 19.06.2013 г.

N. V. Baulina, A. A. Baulin, E. V. Klochkova, V. A. Baulin, V. K. Ivanov, E. A. Baulina

PREVENTION OF EVENTRATION IN DIFFUSE SUPPURATIVE PROCESSES IN SMALL PELVIS

State Medical University, Penza

The study was devoted to the problem of postoperative eventrations in gynaecological practice. Coaptation removable sutures were applied in order to prevent similar complications. Operations were performed in the cases of desolate condition of purulent disease of the uterus and uterine appendages with diffuse suppurative peritonitis. An advanced operative technique of suturing through all layers of abdominal wall demonstrated its high efficacy. No one patient (from 39) had the eventration or wound abscess.

Key words: eventration, rise of intraperitoneal pressure, suturing of abdominal cavity