

ПСБП в ЛР сшивался (атравматическая игла, полипропилен) ФМ слой без сшивания подкожного жирового слоя и кожи, или же края кожной раны сводились редкими швами. При невозможности восстановления швами ФМ слоя ЛР, устанавливался, как указано выше, силиконовый лист-протектор на срок до 5–7 суток, рана закрывалась кожными швами и дренировалась. В дальнейшем, после развития адгезии и фиксации внутренних органов брюшной полости к париетальной брюшине по краям силиконового протектора, последний извлекался, накладывались кожные швы. При формировании постоянной лапаростомы лист силикона использовался как протектор до гранулирования ЛР.

3 группа — 72 пациента. Отличие от хирургического подхода в лечении ТОФ РГП во 2 группе только в применении оригинального метода пролонгированного внутрибрюшного протеолиза ферментным препаратом «Имозимазой». Тактика в отношении ЛР у пациентов 3 и 2 групп совпадала.

Из 411 больных — 224 (54,5 %) переведены в клинику из других лечебных учреждений, в которых уже были оперированы по поводу перитонита, причем 195 (87,9 %) — неоднократно. Из числа переведенных пациентов у 184 (82,1 %) при поступлении выявлено нагноение раны, имеющего характер флегмоны — у 25 (13,6 %). Гнойное поражение жировой клетчатки имело место в 100 % наблюдений, ФМ слоя — в 61,4 %. У 138 (75,0 %) пациентов этой группы возникла необходимость в хирургической обработке ЛР, причем у 113 (61,4 %) — в некрэктомии ее ФМ слоя.

У исходно оперированных в клинике 187 пациентов нагноение раны в целом отмечено у 39 (20,9 %) больных: в 1 группе — у 26 (29,5 %) из 88 пациентов, во 2 группе — у 9 (13,2 %) из 68, в 3 группе — у 4 (12,9 %) из 31. Разработанная тактика в отношении ЛР позволила достоверно снизить частоту развития ее нагноения с 29,5 % (1 группа) до 13,1 % (2 + 3 группы). Значимых различий в частоте нагноения ЛР между группами 2 и 3 не выявлено.

Эвентрация осложняла течение РГП достоверно чаще в 1 группе — 10,8 %, чем суммарно в группах 2 и 3 — 1,3 %.

Гнойно-некротическое поражение ФМ слоя ЛР у пациентов, исходно оперированных в клинике, составило 5,9 % (11 больных). Достоверно чаще это осложнение наблюдалось в 1 группе — у 10 (11,4 %) пациентов, чем 2 и 3 группах суммарно — у 1 (1,0 %) больного.

Вынужденная постоянная лапаростома, являвшаяся результатом гнойно-некротического поражения ЛР и ее хирургических обработок, их числа переведенных в клинику пациентов отмечена у 18 (8,0 %) больных. Это осложнение достоверно чаще возникало в 1 группе — у 12 (12,4 %) больных, чем в суммарно во 2 и 3 группах — у 6 (4,7 %) пациентов. Аналогично — в контингенте исходно оперированных по поводу ТОФ РГП в клинике: 5,7 % — в 1 группе и 1,0 % — суммарно в 2 и 3 группах.

Внедрение разработанного подхода хирургического лечения ТОФ РГП на основе новых технологий и технических средств позволило достоверно снизить общую летальность с 47,6 до 22,2 %, уменьшить среднее количество программированных санаций с 2,6 до 1,8 и сократить выраженность и длительность инфекционного процесса в брюшной полости. Разработанная тактика и технические средства в профилактике и лечении нагноения ЛР позволяют: 1) выбирать и оптимизировать хирургический подход в каждой конкретной клинической ситуации; 2) уменьшить вероятность развития основных осложнений, связанных с гнойно-некротическим поражением ЛР; 3) надежно и атравматично разобщить зону ЛР от брюшинной полости и предотвратить распространение инфекта как со стороны ЛР в брюшинную полость, так и наоборот; 4) исключить механическое повреждение ФМ слоя ЛР при выполнении ПСБП; 5) осуществлять протекцию внутренних органов брюшной полости в зоне ЛР; 6) проводить профилактику и лечение абдоминального компартмент-синдрома.

Е.Г. Григорьев, С.А. Колмаков, Е.В. Нечаев, А.В. Шумов, А.С. Коган

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

**ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность различных методов хирургического лечения послеоперационного перитонита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 423 пациентов с послеопера-

ционным перитонитом в возрасте от 7 до 88 лет, находившихся на лечении в отделении хирургической инфекции Иркутской областной клинической больницы в период с 1985 по 2004 г. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от метода хирургического лечения послеоперационного перитонита. Пациенты в группах были сопоставимы по полу, воз-

расту и индексу тяжести течения перитонита. Первую группу составил 131 пациент (31,0 %); в лечении пациентов этой группы применена однократная интраоперационная санация и дренирование брюшной полости. Во вторую группу вошли 248 пациентов (58,6 %), которым по поводу послеоперационного перитонита выполняли программированные санационные релапаротомии с интервалом 18–24 часа. В лечении 44 (10,4 %) пациентов третьей группы, наряду с программированными лапаротомиями, в межоперационном периоде проводили фракционный лаваж брюшной полости раствором, содержащим 15000 ПЕ имозимазы. В послеоперационном периоде оценивали выраженность проявлений эндогенной интоксикации, проводили мониторинг лабораторных показателей. При проведении программированных релапаротомий визуально контролировали динамику интраабдоминального гнойно-воспалительного процесса, исследовали микробиологические характеристики содержимого брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 60 пациентов (45,8 %) первой группы, несмотря на проводимое лечение, отмечено прогрессирующее течение перитонита. Во второй и третьей группах пациентов перитонит прогрессировал значительно реже ($p < 0,05$) — у 65

(26,2 %) и 4 (9,1 %) пациентов соответственно. При этом не было выявлено достоверных различий в частоте других осложнений послеоперационного перитонита в зависимости от метода хирургического лечения, а именно, в частоте возникновения несостоятельности швов полых органов, несформированных кишечных свищей, флегмоны передней брюшной стенки, частоте формирования послеоперационных вентральных грыж. Послеоперационная летальность у пациентов первой группы составила 63,4 % (умерло 83 пациента). Во второй и третьей группах послеоперационная летальность была значительно ниже ($p < 0,05$) — 104 (41,9 %) и 12 (27,3 %) пациентов соответственно.

ВЫВОДЫ

Таким образом, программированные санационные релапаротомии являются оптимальным вариантом хирургического лечения послеоперационного перитонита, позволяющим значимо чаще прервать течения интраабдоминального гнойно-воспалительного процесса в сравнении с однократной санацией живота. Сочетание программированных санационных релапаротомий с ферментативной санацией брюшной полости в период между операциями повышает эффективность хирургического лечения перитонита, что подтверждено значимым снижением послеоперационной летальности.

А.Д. Ефременко, С.Н. Николаев

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КАУДАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)
Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Появление пролежней и трофического остеомиелита встречается у детей с пороками развития позвоночника, особенно с осложненными спинномозговыми грыжами, нижней параплегией и нарушением функции тазовых органов, а также у пострадавших с позвоночно-спинномозговыми травмами. При этих явлениях отмечают грубые нарушения иннервации, кровообращения, микроциркуляции в тканях ниже уровня повреждения. В лечебной практике существует классификация пролежней (Agency for Health Care Policy and Research, 1992), выделяющая 4 степени. При четвертой степени поражения развивается остеомиелит, определенный как трофический. Чаще всего больные поступают в сроки, когда развиваются гнойно-деструктивные процессы, т.е. в III и IV стадии. Лечение сводит-

ся к снижению интоксикации, антибактериальной терапии, коррекции показателей крови, особенно гемоглобина, белков плазмы крови, мочевины, креатинина, витаминотерапии, введению микроциркулянтов, физиолечения и местного лечения — удаления некротических масс, стимуляции появления и созревания грануляций, местной антисептической терапии в соответствии с посевом из раны. Ведущее значение в лечении этих больных имеют хирургические методы: санация гнойного очага, удаление некротических тканей. С целью купирования воспалительных явлений, детям выполняется иссечение некротических тканей с первичной пластикой перемещенными кожно-мышечными лоскутами. Закрывание обширных трофических ран перемещенными кожно-мышечными лоскутами является