

4. Современная стратегия терапии atopического дерматита: программа действий педиатра. Сogласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России / Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России. – М. : Боргес, 2004. – 96 с.
5. Ashcroft, D. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopical dermatitis : meta-analysis of randomized controlled trials / D. Ashcroft, P. Dimmock, R. Garside // BMJ. – 2005. – Vol. 330, № 7490. – P. 516.
6. Kemp, A. S. Cost of illness of atopical dermatitis in children: a societal perspective / A. S. Kemp // Pharmacoeconomics. – 2003. – Vol. 2, № 2. – P. 105–113.
7. Leung, D. Y. Atopical dermatitis and the immune system : the role of super-antigens and bacteria / D. Y. Leung // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – Vol. 45. – P. 3–6.
8. Tay, Y. K. The prevalence and descriptive epidemiology of atopical dermatitis in Singapore school-children / Y. K. Tay, K. H. Kong // Br. J. Dermatol. – 2002. – Vol. 146, № 1. – P. 101–106.

Алискандиева Зулейхат Алаудиновна, аспирантка кафедры факультетской и госпитальной педиатрии, ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 367000, г. Махачкала, площадь Ленина, д. 1, тел.: (8872) 67-49-15, e-mail: aliskandieva@mail.ru.

Алискандиев Алаудин Магомедович, доктор медицинской наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной педиатрии, ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 367000, г. Махачкала, площадь Ленина, д. 1, тел.: (8872) 67-49-15, e-mail: aliskandieva@mail.ru, клинический аллерголог-иммунолог Детской республиканской клинической больницы им. Н.М. Кураева, 367027, г. Махачкала, пр. Акушинского, 7-линия, д. 2а.

Израилов Магомед Исрапилович, кандидат медицинских наук, исполняющий обязанности заведующего кафедрой педиатрии Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 367000, г. Махачкала, площадь Ленина, д. 1, тел.: (8872) 67-49-15, e-mail: aliskandieva@mail.ru.

УДК 616 – 007.43 – 089

© В.А. Зурнаджъянц, В.А. Бондарев, Г.Е. Кирилин, 2012

В.А. Зурнаджъянц, В.А. Бондарев, Г.Е. Кирилин

СПОСОБ АКТИВНОГО УПРАВЛЯЕМОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ БОЛЬШИХ И СЛОЖНЫХ ГРЫЖАХ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Представлен сравнительный анализ различных методов дренирования послеоперационных ран. В результате проведенного исследования выявлены недостатки и положительные стороны существующих методов. Описан собственный способ дренирования послеоперационных ран с изучением ближайших и отдаленных результатов.

Ключевые слова: дренаж, серома, послеоперационная рана, способ дренирования, операция, хлоргексидин, грыжа.

V.A. Zurnadzhyanc, V.A. Bondarev, G.E. Kirilin

THE METHOD OF ACTIVE GUIDED DRAINAGE OF POSTOPERATIVE WOUNDS AT LARGE AND COMPLEX HERNIA

The comparative analysis of various methods of drainage of postoperative wounds is presented. As a result of the made research the disadvantages and positive sides of existing methods were found out. The own way of drainage of postoperative wounds with studying of the nearest and remote results was given.

Key words: drainage, seroma, postoperative wound, way of drainage, operation, chlorhexidine, hernia.

Введение. Профилактика инфекционных раневых осложнений в послеоперационном периоде, особенно по поводу больших и сложных послеоперационных вентральных грыж, является одним из

основных стратегических вопросов их комплексного хирургического лечения. К сожалению, несмотря на использование современной антибиотикотерапии, профилактических мероприятий, частота послеоперационных раневых осложнений (инфильтраты, нагноение раны, лигатурные свищи) после реконструкции брюшной стенки, по данным литературы, составляет от 4 до 9 % [1, 3, 4, 5]. Ретенционные осложнения (серомы и гематомы в ране) в различные сроки после операции наблюдаются до 6 % [5]. Все эти осложнения являются основной причиной рецидива заболевания. Развитие большого количества послеоперационных раневых осложнений, с одной стороны, связано с наличием вышеупомянутых предрасполагающих факторов, а с другой стороны, с неадекватным дренированием серозного отделяемого из раны, которое выделяется в большом количестве как результат обширной мобилизации подкожной клетчатки от тканей, пересечения множества лимфатических сосудов, реакции организма на инородное тело при применении имплантатов.

Из литературных данных известно [2, 4, 5], что при использовании синтетических материалов при протезирующих герниопластиках увеличивается риск возникновения послеоперационных осложнений. Решение вопроса профилактики послеоперационных осложнений при грыжесечениях по поводу больших послеоперационных вентральных грыж является ведущим направлением в лечении данной группы больных, что обусловлено наличием «дремлющей» инфекции вокруг «старых» лигатур, образованием больших пространств вследствие широкого разделения анатомической структуры брюшной стенки. Взгляд многих авторов на проблему дренирования послеоперационных ран после герниопластик менялся на протяжении времени. Многие авторы развитие дренирования в герниологии разделяют на три периода [2, 4, 6]. Во время первого периода остаточную полость никогда не дренировали, скопление серозно-гемморагической жидкости удаляли с помощью пункций. Во время второго периода всегда использовали метод Редона.

В настоящее время существует дифференцированный подход авторов к дренированию раны. Но, согласно общему мнению группы экспертов Европейского герниологического общества, после герниопластики все операции должны заканчиваться вакуумным дренированием. Мы также считаем обязательным дренирование послеоперационных ран при грыжесечениях по поводу вентральных грыж.

В практической хирургии известно множество способов дренирования послеоперационных ран. Наиболее простой метод дренирования – открытый пассивный дренаж. При этом раневое отделяемое самопроизвольно оттекает по дренажной трубке. Такой дренаж не обеспечивает должной аспирации, служит входными воротами для проникновения инфекции, не ликвидирует остаточную полость в ране, не исключает обратный заброс в рану ранее эвакуированного отделяемого.

Закрытый пассивный дренаж отличается от вышеупомянутого тем, что на периферическом конце имеется стерильный резервуар. Недостатки зафиксированы те же, что и у предыдущего метода. Существует способ дренирования послеоперационной раны по типу Редона, который заключается в том, что после окончания основного этапа операции рана дренируется силиконовым дренажом с перфорационными отверстиями, который помещается на дно раны, выводится наружу через дополнительный разрез-прокол вдали от основной раны и соединяется с приспособлением, создающим вакуум. Данный метод дренирования широко применяется в хирургии. Минусом данного способа является то, что данная дренажная система часто забивается сгустком крови и не выполняет дренажную функцию в полном объеме, что заставляет удалять его ранее положенного срока в связи с дисфункцией последнего.

Проведя анализ существующих методов дренирования послеоперационных ран при больших вентральных грыжах и изучив все положительные и отрицательные их стороны, мы пришли к выводу о том, что необходимо по возможности управлять процессом дренирования ран.

Цель: разработать и внедрить в хирургическую практику способ дренирования послеоперационных ран для профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели был разработан способ дренирования послеоперационных ран при больших и сложных вентральных грыжах, который заключается в следующем: оба конца силиконовой трубки выводят наружу через дополнительные разрезы-проколы на расстоянии 3–5 см от углов раны, причем перфорационные отверстия оставляют полностью на дне раны. Рану ушивают, а оба конца трубки фиксируют к коже лигатурой. На один конец трубки надевают заглушку, а на другой – гармошку, создавая разряжение. В послеоперационном периоде по мере необходимости заглушку и гармошку снимают через конец трубки. Там, где стояла заглушка, шприцем вводят 50–100 мл раствора антисептика, надевают на противоположный конец трубки гармошку и принудительно вручную растягивают ее, удаляя содержимое из послеоперационной раны. Затем гармошку снимают, промывают и на оба конца трубки вновь надевают заглушку и гармошку.

Данный способ (приоритетная справка № 2010115863 (022495) приоритет от 21.04.2010) дренирования послеоперационной раны разработан на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета АГМА и прошел успешную апробацию в хирургических отделениях НУЗ «Отделенческая больница на станции Астрахань 1» ОАО «РЖД» и «Клиническая больница № 2» Медицинского центра ЮФО г. Астрахани у 317 больных.

Результаты и их обсуждение. Проведя сравнительный анализ вышеперечисленных способов, можем сказать, что применение пассивного, либо активного дренирования по типу Редона не всегда оправданно. В период с 2000 по 2010 гг. на базе НУЗ «Отделенческая больница на станции Астрахань 1» ОАО «РЖД» наряду с активным управляемым дренированием также применялись указанные методы. Сравнив две группы больных, мы получили следующие результаты. Снизилась послеоперационная осложнения в группе больных, где применялся предложенный способ активного управляемого дренирования, а именно – промывание системы с активной аспирацией позволили добиться работы дренажа в течение необходимого времени. В группе, где использовался дренаж по Редону, приходилось часто удалять дренаж преждевременно, так как последний ввиду закрытия сгустком просвета системы прекращал свою дренажную функцию.

Предложенный нами способ дренирования помимо активной аспирации отделяемого из раны предусматривает возможность управлять раневым процессом, что позволяет адекватно санировать послеоперационную рану и тем самым добиться наиболее гладкого течения послеоперационного периода.

Способ управляемого дренирования помимо дренажной функции предусматривает промывание раны раствором антисептика (хлоргексидина) и предупреждает возникновение осложнений в виде сером в ответ на наличие сетчатого имплантата.

Профилактика осложнений является наиболее актуальной сферой применения дренажей, поскольку лечебное дренирование, обеспечивающее ликвидацию остаточных полостей и удаление их содержимого (являющегося средой для развития раневой инфекции), является вынужденной мерой вследствие неэффективных профилактических мероприятий в ране.

Выводы. Способ активного управляемого дренирования позволяет достичь гладкого течения послеоперационного периода, так как создаются более благоприятные условия, улучшающие как процессы регенерации тканей в области пластики, так и результаты операции в целом, способствуя снижению риска послеоперационных осложнений, таких, как наличие сером и инфильтратов в области раны.

Разработанный способ активного управляемого дренирования раны может широко применяться в практической работе хирургических отделений.

Список литературы

1. Дерюгина, М. С. Реконструктивно-пластическая хирургия сложных ventральных грыж и диастазов прямых мышц живота / М. С. Дерюгина. – Томск : Изд-во Томского гос. ун-та, 1999. – 366 с.
2. Егиев, В. Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В. Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский. – М. : Медпрактика, 2003. – 228 с.
3. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. – М. : Изд-во МИА, 2005. – 381 с.
4. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – М. : Триада-Х, 2003. – 144 с.
5. Славин, Л. Е. Осложнения хирургии грыж живота / Л. Е. Славин, И. В. Федоров, Е. И. Сигал. – М. : Профиль, 2005. – 175 с.
6. Янов, В. Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах / В. Н. Янов // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 23–26.

Зурнаджьянц Виктор Ардоваздович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Бондарев Владимир Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: zavhir@mail.ru.

Кирилин Герман Евгеньевич, аспирант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.