

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Наряду с устранением внутрибрюшного источника инфицирования, одной из существенных проблем в хирургическом лечении гнойного перитонита является высокий процент воспалительных осложнений со стороны мягких тканей передней брюшной стенки. Наиболее часто это флегмона передней брюшной стенки, а также различные гнойно-некротические целлюлиты, миозиты, фасцииты различной тяжести и объема поражения. В связи с высоким процентом программированных и вынужденных релапаротомий, преследующих цель этапной санации полости брюшины, возникает проблема отграничения брюшинной полости и кожно-висцерального пространства, а также герметизация брюшной полости и передней брюшной стенки в период между операциями.

Для этой цели нами разработано и внедрено оригинальное устройство, предназначенное специально для дренирования передней брюшной стенки или кожно-висцерального пространства. Оно представляет собой две силиконовые пластины, скрепленные друг с другом, с дополнительно нанесенными отверстиями на верхней пластине. Между пластинами установлены аспиратор «трубка в трубке» и ирригатор для подведения антисептиков, антибиотиков и др. Иногда применяется упрощенный вариант данного устройства, состоящий из одной силиконовой пластины и аспиратора поверх нее (но непременным условием является наличие аспиратора, так как иначе применение данного устройства не имеет смысла). Установка этого устройства не является альтернативой хирургической санации передней брюшной стенки, т.е. на каждой операции мы выполняем тщательную ревизию и

удаление некрозов и флегмонозно измененных участков тканей. После некрэктомии рану брюшной стенки герметизируем кожными швами. Преимущество данного дренажного устройства также и в том, что его можно успешно применять и в случаях обширных дефектов передней брюшной стенки и большого диастаза краев мышечно-апоневротического слоя (до 15–20 см). Данное устройство может находиться в тканях передней брюшной стенки в течение 10–14 дней, никак не влияя ни на течение регенеративного процесса, ни на общее состояние пациента. После санации флегмоны передней брюшной стенки выполняем ревизию срединной раны путем снятия кожных швов, удаляем силиконовую конструкцию и после освежения краев кожной раны производим наложение брюшинно-апоневротических (редко), а также вторичных кожных швов с оставлением силиконового дренажа в срединной ране на 1–2 суток.

С применением описанного устройства за период с 2000 по 2004 гг. в нашей клинике пролечено 78 пациентов. Группу сравнения составили 64 пациента, у которых рану после срединной лапаротомии санировали без применения дренажной конструкции. Всем больным с применением данного метода выполняли 1 и более санационную релапаротомию (в среднем $3,9 \pm 0,8$ операций у одного больного). В контрольной группе количество операций составило $5,6 \pm 0,7$ на одного пациента. Сроки санации срединной раны составили $12,1 \pm 1,7$ сут. в основной и $21,3 \pm 0,9$ сут. в группе сравнения соответственно. Средний койко-день — $26,4 \pm 0,5$ и $33,8 \pm 1,2$ в основной и группе сравнения соответственно.

П.В. Сарап, Е.А. Чихачев, А.В. Юрчук, П.Т. Жиго, Е.В. Чижикова

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка наиболее информативных показателей иммунного статуса и вегетативной регуляции у больных, оперированных на органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 90 больных, прооперированных по поводу ранений органов брюшной полости и перфоративных язв желудка и ДПК в сроки 1–3 суток с момента операции. В исследование не