

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на базе отделения детской нейрохирургии 1 ДГКБ г. Новосибирска. С периода 1995 по 2004 гг. проанализированы наблюдения больных в возрасте от 2 месяцев до 13 лет. Все больные имели окклюзионную гидроцефалию. Развитие абсцесса передней брюшной стенки отмечено в 5 наблюдениях. У 4 детей гидроцефалия имела поствоспалительный характер и у одного ребенка — постгеморрагический. Во всех случаях проводилось бактериологическое исследование содержимого абсцессов и клинико-лабораторный анализ ликвора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех случаях формирование абсцесса наблюдалось в месте погружения абдоминального конца ВПШ. Формированию абсцесса на передней брюшной стенке предшествовало ограниченное скопление ликвора в подкожной клетчатке (из-за частичной эвентрации абдоминального катетера либо диастаза брюшины вокруг катетера и, как следствие, подкожного скопления ликвора) с последующим его нагноением. Клинически это выглядело как появление в месте абсцесса припухлости (за счет образования т.н. «ликворной подушки»), далее в среднем через 7–10 дней, гиперемии, выраженной инфильтрации с распространением последней не только в месте погружения катетера ВПШ, но и проксимально по ходу абдоминального катетера ВПШ. В трех случаях из 5 отмечалось образование наружного свища с истечением гноя и ликвора, у одного ребенка формирование наружного свища осложнилось эвентрацией абдоминального катетера. Бактериологическое исследование содержимого абсцессов только в 2 случа-

ях выявило рост микрококков. Анализ ликвора показал, что в четырех случаях формирование абсцессов происходило при повышенном клеточном составе ликвора (цитоз от 38 до 144 клеток в 1 мкл с преобладанием полинуклеаров). Бактериологическое исследование ликвора выявило только у одного ребенка рост микрофлоры (*Pr. Vulgaris*).

Ни в одном из 5 наблюдений признаков ликвородинамических нарушений не было, нарушений работы помпы ВПШ также не отмечалось.

Оперативная тактика заключалась во вскрытии и опорожнении абсцесса с установкой в его полость резинового выпускника. Так как формирование абсцессов соответствовало месту погружения абдоминального катетера ВПШ, то последний выводился из брюшной полости через отдельный разрез проксимальнее от места формирования абсцесса и подсоединялся к системе наружного дренирования ликвора. В дальнейшем после купирования местного воспалительного процесса (в среднем 10–12 дней) и санации ликвора абдоминальный катетер вновь погружался в брюшную полость, но с контралатеральной стороны (в зависимости от места его предыдущей установки).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Группу риска по гнойно-септическим осложнениям составляют дети с поствоспалительной гидроцефалией, а также пациенты с высоким клеточным составом ликвора. Формирование абсцесса передней брюшной стенки требует временного перевода шунтирующей системы на наружное дренирование по Арэндту с последующей переустановкой абдоминального катетера с противоположной стороны.

П.В. Подачин, С.В. Чубченко

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ В ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва)

Проблема комплексного лечения больных абдоминальным сепсисом является одной из самых острых в современной хирургии. Нами был проведен анализ эффективности релапаротомий «по программе» у 127 больных распространенным перитонитом. На основании данных формализованной оценки тяжести состояния больного и состояния брюшной полости определялись показания к этапному лечению и выбор режима санационных релапаротомий. Этапные вмешательства выполняли с суточным интервалом (в среднем $24,3 \pm 9,5$ час), а при возможности проведения перитонеального диализа в межоперативном периоде или при крайней тяжести состояния больного и локализованном

источнике перитонита интервал увеличивали до двух суток. Число этапных санаций варьировало от 2 до 21 (в среднем $5,2 \pm 0,7$). Режимы ревизий и санаций брюшной полости включали в себя следующие мероприятия: временную или постоянную ликвидацию источника перитонита, наложение отсроченных внутри- или внебрюшинных анастомозов; санацию брюшной полости кристаллоидными растворами; проведение зондовой декомпрессии пищеварительного тракта; дренирование брюшной полости U-образным непрерывным дренажем, с последующей активной аспирацией экссудата и проведением закрытого фракционного перитонеального лаважа в межоперативном периоде; ис-

пользование стационарных или одноразовых сближающих устройств, обеспечивающих дозированный декомпрессионный диастаз лапаростомы; этапные санации раны и послойное восстановление целостности брюшной стенки при завершении режима этапного лечения. Основными критериями окончания режима программируемых санаций служили: полное устранение или локализация источника перитонита, отсутствие неудалимых очагов некроза в зоне первичного очага, прозрачный серозный экссудат, отграничение петель тонкой кишки от свободной брюшной полости наложениями

организующегося фибрина, отсутствие отграниченных гнойных очагов; наличие стимулированной или спонтанной перистальтики тонкой кишки, отсутствие распространенного гнойно-некротического поражения операционной раны или передней брюшной стенки, исключающее возможность одномоментной хирургической коррекции.

Проведенное нами исследование показало, что у определенной категории больных перитонитом, программируемые санационные релапаротомии являются единственно возможным методом лечения.

П.В. Подачин, С.В. Чубченко

ВЕДЕНИЕ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ ПРИ ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва)

В этапном хирургическом лечении перитонита одной из сложных проблем остается проблема ведения лапаростомы. В настоящее время в мире существует огромное количество методов, предложенных для решения этой задачи: от применения специальных устройств, обеспечивающих программируемый доступ в брюшную полость, до полного отрицания необходимости фиксации краев раны в межоперативном периоде. Анализ характера и частоты послеоперационных осложнений, сопровождающихся поражением лапаротомной раны или передней брюшной стенки на фоне программируемых ревизий и санации брюшной полости, был проведен у 84 больных с распространенным перитонитом. Третичный перитонит констатировали у 19 больных (22,6 %). Средний возраст больных составил 52 ± 15 лет. Умерло 35 больных (40,3 %). Число программируемых ревизий и санаций брюшной полости варьировало от 2 до 21, интервал между вмешательствами составлял, как правило, одни сутки. В первой группе (44 больных) для временного сведения краев лапаротомной раны использовали дополнительные сближающие устройства: застёжку типа «молния», вентрофилы (В. Braun-Dexon GmbH), «пластиковые уголки», обеспечивающие дозированное сведение краев раны при помощи четырех фторопластовых винтов, или металлические спицы от аппарата Илизарова. Среднее число санаций в группе составило $5,7 \pm 0,9$. Заживление раны первичным натяжением было отмечено только у 7 больных (17,5 %). Летальность в этой группе составила 43,2 % (19 больных), в том числе, в результате прогрессирующих раневых осложнений или флегмоны передней брюшной стенки — 7 больных (16 %). Повторная хирургическая обработка раны или вскрытие флегмон передней брюшной стенки после ликвидации лапаростомы потребовались у 11

больных (25 %). Заживление раны с дефектом апоневроза и последующим формированием вентральной грыжи констатировано у 20 больных (45,4 %). Во второй группе (40 больных) дозированное сведение краев лапаротомной раны выполняли отдельными узловыми швами, проведенными через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3 — 5 см от края раны и 7 — 10 см друг от друга. При последующих операциях швы старались накладывать в новых местах. Среднее число санаций в группе составило $5,9 \pm 0,7$. Заживление раны первичным натяжением произошло у 13 больных (35,1 %). Умерло 14 больных (35 %). Раневые осложнения, требующие повторной хирургической обработки раны, развились у 3 больных. При завершении режима этапного лечения и заключительной хирургической обработке раны у больных этой группы выполняли послойную реконструкцию брюшной стенки (чередование 8-образных и узловых швов апоневроза + редкие кожные швы по Донатти). В отличие от первой группы больных, дополнительных швов (узловые или 8-образные швы через все слои брюшной стенки с протекторами из силиконовых трубок или салфеток), а также сверхрадикальной некрэктомии, особенно в пределах мышечно-апоневротического слоя не применяли. В целях уменьшения натяжения и сближения краев раны использовали плотный бандаж или лейкопластырь. Дефект апоневроза к моменту выписки из стационара отмечен у 6 больных (15 %), формирование вентральной грыжи у 9 больных (сроки наблюдения до трех лет после операции).

Применение менее сложных и травматичных технологий фиксации краев лапаротомной раны и ликвидации лапаростомы обеспечивает лучшие непосредственные и отдаленные результаты этапного хирургического лечения перитонита.