

Е.В. Лишов^{1, 2}, А.А. Перминов¹, А.С. Урбан², А.А. Харитонов¹**УСТРАНЕНИЕ БРЮШНОСТЕНОЧНОГО ДЕФЕКТА ПРИ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ИСХОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**¹ Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)² Кемеровская областная клиническая больница (Кемерово)

Проведен анализ 25 случаев закрытия послеоперационной лапаротомной раны при лечении лапаросанациями распространенного гнойного перитонита. У 15 больных имелась контрактура мышц передней брюшной стенки, что явилось показанием к применению сетчатых протезов: в 4 случаях — для временного протезирования брюшностеночного дефекта в ходе санаций брюшной полости, у 11 больных — в качестве окончательного метода в ближайшем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: лапаростома, контрактура мышц передней брюшной стенки, сетчатый протез

TROUBLE DEFECTS CONTRACTURE MUSCLES OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL ACCORDING TO SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED PURULENT PERITONITISE.V. Lishov^{1, 2}, A.A. Perminov¹, A.S. Urban², A.A. Kharitonov¹¹ Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo² Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo

An analysis of 25 cases of postoperative closure of wounds in the treatment of laparotomic laparosaniations widespread purulent peritonitis is presented. 15 patients had a contracture of the muscles of the anterior abdominal wall, which was the indication for the use of mesh prostheses: in 4 cases — for temporary prosthesis of abdominal wall defect in the abdominal cavity of sanctions, in 11 patients — as the final method in the immediate postoperative period.

Key words: laparostoma, contracture muscles of the anterior abdominal wall, the mesh prosthesis

Распространенный гнойный перитонит является одним из опаснейших осложнений при заболеваниях и травмах брюшной полости, являясь основной причиной ранних релапаротомий, частота которых достигает 9 — 15 % у больных с этой патологией [7, 8].

Санации брюшной полости во время операции и послеоперационном периоде во многом определяют течение и исход распространенного гнойного перитонита [3, 6].

Программированные релапаротомии и санации брюшной полости прочно вошли в арсенал оперативных вмешательств хирургов при данной патологии [6]. Имеются попытки использования малоинвазивных технологий для санации брюшной полости [6].

Из большого количества предложенных методов формирования лапаростомы метод открытой управляемой лапаростомии является основным и, по мнению ряда отечественных и зарубежных авторов, патогенетически обоснованным в условиях распространенного гнойного перитонита [1, 3, 4, 9].

Одним из существенных недостатков метода является возможное возникновение эвентрации и формирование в отдаленном периоде послеоперационной вентральной грыжи, у пациентов, которым невозможно выполнить закрытие послеоперационной раны при завершении программных санаций брюшной полости в связи с выраженной контрактурой мышц передней брюшной стенки [10, 11].

Ряд зарубежных авторов предлагают для предотвращения возникновения контрактуры мышц передней брюшной стенки применять синтетические протезы — в большинстве случаев викариловые [10].

Распространенность заболевания и большая доля пациентов, требующих программных санаций брюшной полости заставляют искать решения проблемы устранения контрактуры мышц и закрытия дефекта передней брюшной стенки в исходе хирургического лечения перитонита [5].

В свете вышеизложенного целью исследования явился анализ способ закрытия дефекта передней брюшной стенки, вследствие выраженной контрактуры мышц в исходе ведения перитонита методом открытой управляемой лапаростомы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 25 историй болезней пациентов, находящихся на хирургическом лечении в хирургическом отделении № 1 Кемеровской областной клинической больницы в период с 2008 по 2010 гг. Всем пациентам проводилось лечение распространенного гнойного перитонита путем управляемой открытой лапаростомы. Средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 5,6$ года с колебаниями от 32 до 78 лет. Среди оперированных было 12 мужчин и 13 женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Основными причинами, обусловившими развитие перитонита, были деструктивный аппендицит, перфорация тонкой кишки, острая кишечная непроходимость, опухоль толстой кишки, острый холецистит (табл. 1).

У 4 пациентов установлен диагноз третичного перитонита (табл. 2).

Таблица 1
Распределение оперированных больных по нозологическим группам

Заболевание	Количество пациентов
острый аппендицит	4
перфорация тонкой кишки	8
острая кишечная непроходимость	4
опухоль толстой кишки	3
острый холецистит	6

Таблица 2
Вид перитонита

Вид перитонита	Количество пациентов
первичный	–
вторичный	21
третичный	4

У всех пациентов перитонит протекал с явлениями тяжелого абдоминального сепсиса. Количество санаций брюшной полости составило $5,4 \pm 2,1$ с колебаниями от 3 до 9. Развития контрактуры мышц передней брюшной стенки, зависело от количества проведенных санаций брюшной полости (табл. 3).

Таблица 3
Количество санаций и выраженность контрактуры мышц

Количество санаций	Выраженность контрактуры (расстояние в месте наибольшего диастаза) см
3–4	$5,4 \pm 1,4$
5–6	$6,7 \pm 1,1$
6–9	$10,5 \pm 3,2$

У 11 пациентов, которым выполнено 3–4 санации брюшной полости с небольшим диастазом мышц передней брюшной стенки ($5,4 \pm 1,4$ см) после хирургической обработки раны передней брюшной стенки выполнено ушивание апоневроза без натяжения и кожи редкими швами. У 4 пациентов заживление вторичное, в связи с развитием нагноения послеоперационной раны и необходимостью снятия кожных швов с целью ревизии.

У 4 пациентов с третичным перитонитом, требующего проведения дополнительных санаций (больше 6), чтобы избежать формирования выраженной контрактуры мышц передней брюшной стенки использовали при формировании лапаростомы полипропиленовый протез. Методика операции заключалась в следующем. После выполнения основных этапов хирургического вмешательства под париетальную брюшину на апоневроз укладывали сетчатый протез, затем его фиксировали редкими узловыми швами по периметру лапаротомной раны. Использовали сетчатый протез 15×15 см. В период проведения санации брюшной полости сетчатый протез рассекали по средней линии с последующим его ушиванием в месте разреза. У 2 пациентов по-

требовалось 7, у 1 – 9 санаций. Один пациент умер вследствие прогрессирования полиорганной недостаточности. При завершении санаций сетчатый протез удалялся, и рана ушивалась стандартным способом.

Применение синтетического протеза при формировании лапаростомы у пациентов, требующих многократных санаций имеет ряд преимуществ [2]: не травмирует ткани передней брюшной стенки, не вызывает повышения внутрибрюшного давления, не препятствует миграции экссудата из брюшной полости, снижает темпы развития контрактуры мышц передней брюшной стенки.

У 10 пациентов, которым было проведено 4–7 санаций брюшной полости, после завершения хирургического лечения перитонита сформировался выраженный диастаз раны (рис. 1). У всех пациентов отмечалось инфицирование раны передней брюшной стенки, требующее проведения хирургической обработки с удалением всех нежизнеспособных тканей, включая некротизированные участки в пределах здоровых тканей.



Рис. 1. Диастаз послеоперационной раны.

В связи с этим хирургическое лечение осложнения проводилось в сроки 14–21 дней после очищения раны. Только после отрицательного результата бактериологических посевов из раны выполнялось хирургическое лечение [5].

Особенность анатомического строения являлись выраженный спаечный процесс в брюшной полости, что исключало выполнение интраабдоминальной изолирующей пластики передней брюшной стенки, контрактура мышц передней брюшной стенки и дефицит кожи, что затрудняло изоляцию протеза от внешней среды.

Методика операции заключалась в следующем. После мобилизации кожно-жирового лоскута проводилось рассечение влагалища прямых мышц живота, что увеличивало мобильность тканей этой области. Затем осуществлялось сшивание внутреннего листка влагалища прямых мышц живота и поперечной фасции редкими узловыми швами с целью изоляции трансплантата от брюшной полости (рис. 2)

Фиксация сетчатого протеза проводилась редкими узловыми швами к наружному листку

влагалища прямых мышц живота, с последующим его ушиванием над сетчатым протезом (рис. 3).

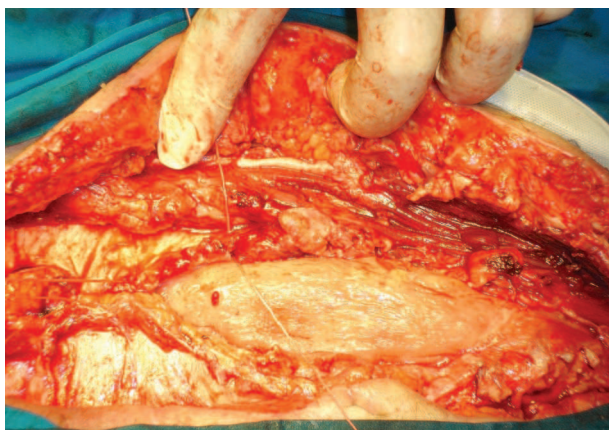


Рис. 2. Ушивание поперечной фасции и внутреннего листка влагалища прямых мышц живота.

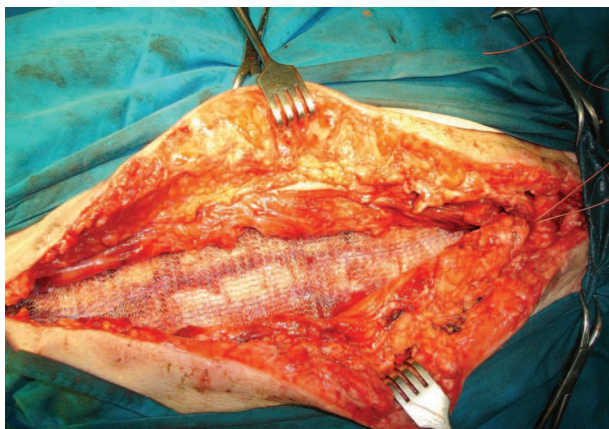


Рис. 3. Закрытие сетчатого протеза наружным листком влагалища прямых мышц живота.

У 3 пациентов операцию завершили дренированием послеоперационной раны по Редону. Количество отделяемого составило $55,6 \pm 20,1$ мл. На третьи сутки дренаж у всех пациентов удален. Послеоперационный период у пациентов составил $10,3 \pm 1,4$ койко-дня. Отдаленных осложнений со стороны послеоперационной раны не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость проведения длительных санации брюшной полости открытым контролируемым методом может приводить к формированию контрактуры мышц передней брюшной стенки. Для решения этой проблемы возможно использовать сетчатые протезы — с целью профилактики фор-

мирования контрактуры, а также её устранению. Выбор метода решения данной проблемы — индивидуален и зависит от тяжести течения процесса в брюшной полости, состояния раны передней брюшной стенки и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Смоляр А.Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике (обзор литературы) // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 66–72.
2. Андреев А.А., Глобин А.В., Чуйко С.Г. Модифицированная лапаростомия с использованием полипропиленовой сетки в неотложной абдоминальной хирургии // Матер. всерос. форума «Пироговская хирургическая неделя» — СПб., 2010. — С. 450–451.
3. Барабаш В.И. Роль управляемой лапаростомии в лечении распространенного гнойного перитонита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2005. — 24 с.
4. Батвинков Н.И., Можейко М.А., Кояло И.К. Открытые методы лечения разлитого гнойного перитонита // Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии: тез. докл. Пленума проблемной комиссии «Инфекция в хирургии» и республ. семинара. — Витебск, 1992. — С. 3–4.
5. Вафин А.З., Куджева Ф.А., Байрамуков Р.Р. Течение раневого процесса у больных с лапаростомой и программными санациями брюшной полости // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. — Волгоград, 2011. — С. 143–144.
6. Гостищев В.К. Перитонит. — М.: Медицина, 2002. — 240 с.
7. Гостищев В.К. Ушивание лапаротомной раны при эвентрации // В кн.: Оперативная гнойная хирургия. Рук. для врачей. — М.: Медицина, 1996. — С. 194–201.
8. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 549 с.
9. Bailey J., Shapiro M.J. Abdominal compartment syndrome // Crit. Care. — 2000. — Vol. 4. — P. 23–29.
10. Barker D., Kaufman H., Smith L. Vacuum Pack Technique of Temporary Abdominal Closure: A 7-Year Experience with 112 Patients // Journal of Trauma. — 2007. — Vol. 48. — P. 201–207.
11. Kirshtein B., Shapira A.-R., Lantsberg L. Use of the «Bogota Bag» for Temporary Abdominal Closure in Patients with Secondary Peritonitis // The American Surgeon. — 2007. — N 3 — P. 249–256.

Сведения об авторах

Лишов Евгений Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, главный хирург Кемеровской области, заведующий кафедрой факультетской хирургии и урологии Кемеровской государственной медицинской академии, директор хирургической клиники Кемеровской областной клинической больницы (650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а)

Перминов Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения экстренной консультативной медицинской помощи Кемеровской областной клинической больницы (650000, г. Кемерово, п-т Октябрьский, 22; тел.: 8 (3842) 39-65-07, 8 (903) 944-40-17; e-mail: alekperminov@yandex.ru)

Урбан Александр Сергеевич — заведующий хирургическим отделением № 1 Кемеровской областной клинической больницы
Харитонов Александр Андреевич — аспирант кафедры факультетской хирургии и урологии Кемеровской государственной медицинской академии