

А.И. Хрипун, Г.Б. Махуова, И.Ю. Перевезенцев

**СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ***Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Цель исследования: изучить возможности применения заплаты из пористого политетрафторэтилена для временной декомпрессии брюшной полости при использовании тактики повторных релапаротомий у больных с разлитым перитонитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены больные, оперированные по поводу наиболее тяжелых форм перитонита ($n = 24$). Большинство пациентов поступило спустя 72 часа от начала заболевания. Три четверти всех больных имели сопутствующую патологию. Тяжесть состояния больных по системе оценки APACHE II превышала 10 баллов, причем у трети из них этот показатель превышал 21 балл. Один пациент оперирован на фоне диагностированного острого инфаркта миокарда. Из всех причин развившегося перитонита наиболее частой был гангренозно-перфоративный аппендицит (37,5 %). Оперативное вмешательство являлось основным этапом лечения. Объем операции был адекватен его нозологической причине. Показаниями для использования методики, предусматривающей декомпрессию заплатой, считали макроскопическую картину паралитического илеуса, а также наличие тяжелой сопутствующей патологии кровообращения и дыхания. В 75 % случаях пористого политетрафторэтилена заплату использовали при ушивании брюшной полости на первой операции. Количество релапаротомий после имплантации заплаты варьировало от 2 до 6. Одним из критериев завершения цикла санационных релапаротомий считали уровень внутрибрюшной гипертензии не превышающий 15 мм рт.ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование пористого политетрафторэтилена заплаты для временного декомпрессивного закрытия лапаротомной раны с последующими программированными санациями брюшной полости у пациентов с распространенными формами перитонита продемонстрировало благоприятное течение послеоперационного периода у этой тяжелой категории больных. Все больные (за исключением трех умерших в ближайшие часы после операции) экстубированы в течение первых суток. Стабильность гемодинамики у всех выживших больных не потребовала назначения вазопрессоров, в том числе, и у больного с исходно развившимся инфарктом миокарда. Течение перитонита характеризовалось высокими темпами стихания воспалительных явлений и разрешения пареза кишечника. Эффект декомпрессии брюшной полости проявлялся отсутствием внутрибрюшной гипертензии в послеоперационном периоде. Осложнений со стороны органов брюшной полости при использовании пористого политетрафторэтилена заплаты не наблюдали. Высокую эффективность способа коррекции внутрибрюшной гипертензии в комплексном лечении перитонита также подтверждает минимальное количество раневых и органных осложнений (4,8 %).

ВЫВОДЫ

Способ декомпрессивного ушивания передней брюшной стенки с применением пористого политетрафторэтилена заплаты обеспечивает не только атравматичный доступ для многократных санаций брюшной полости, но и предотвращает развитие известных осложнений существующих декомпрессивных вариантов закрытия брюшной полости.

А.И. Хрипун, Г.Б. Махуова

**ЗНАЧЕНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ***Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Цель исследования: выбор способа завершения операции у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью с учетом риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 120 пациентов, оперированных по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости в период 2007 – 2009 гг. Среди них мужчин было 53,7 %, женщин 46,3 %. Средний

возраст составил $59,9 \pm 19,7$ года. Критерием включения больных явилось наличие при поступлении внутрибрюшной гипертензии, подтвержденной объективными методами обследования. Большинство больных поступили в сроки более 48 часов. Сопутствующая патология обнаружена в 45,8 % случаев. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, при этом в 71 % случаев выполнено рассечение спаек, в 28,3 % – резекция тонкой кишки. У 85,8 % больных интраоперационно осуществляли назоинтестинальную интубацию. В зависимости от способа ушивания брюшной полости (послойно или декомпрессивно) всех пациентов разделили на две группы (контрольную и основную). По основным статистическим параметрам группы не имели достоверных различий. Специальные компоненты диагностической тактики в обеих группах исследования в до- и послеоперационном периоде, помимо оценки интестинальной гемоциркуляции, были направлены на мониторинг внутрибрюшного давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффект декомпрессии брюшной полости у больных основной группы выражался в высоких темпах снижения внутрибрюшного давления и обратного развития пареза кишечника. Больные этой группы (за исключением трех умерших в ближайшие часы после операции) были экстубированы в течение первых суток, тогда как средние сроки пребывания на ИВЛ больных группы сравнения составили $4,1 \pm 1,7$ суток. Средний уровень внутрибрюшного давления в контрольной группе составил $14,3 \pm 2,9$ мм рт.ст. в первые сутки после операции со снижением до $10,7 \pm 0,3$ мм рт.ст. к пятым суткам. В основной группе внутрибрюшную гипертензию в послеоперационном периоде не наблюдали. Длительность пребывания больных в отделении реанимации в основной группе в среднем составила $2,1 \pm 0,7$ суток, в контрольной – $5,1 \pm 0,9$ суток. Значимых различий в количестве и характере раневых и внутрибрюшных осложнений не обнаружено, однако, частота осложнений экстраабдоминальной локализации в основной группе была достоверно ниже.

ВЫВОДЫ

Оптимальным способом завершения операции в условиях высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, особенно при наличии сопутствующей патологии кровообращения и дыхания, является декомпрессивное ушивание брюшной полости.

О.К. Чегуров, Е.В. Осипова, Е.Л. Матвеева, А.Г. Гасанова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭПИФИЗОВ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМАХ ГОНАРТРОЗА

*Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова (Курган)*

Цель исследования: используя метод непрямо́й компьютерной денситометрии изображений рентгенограмм, провести сравнительный анализ минерализации эпифизов бедренной и большеберцовой костей при гетерогенном гонартрозе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено рентгенологическое обследование 37 пациентов (13 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 20 до 78 лет, которые по этиологическому признаку были разделены на две группы: с диспластической и идиопатической формой гонартроза. Рентгенографию коленного сустава выполняли в стандартных переднезадней и боковой проекциях. Для оценки степени минерализации эпифизов бедренной и большеберцовой костей изображения рентгенограмм исследовали на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф». На оцифрованных изображениях рентгенограмм оконтуривали тени эпифизов, измеряли их площадь и среднюю интенсивность (яркость). Используя значения оптической калибровки, рассчитывали среднюю оптическую плотность, а также определяли соотношение (доли) структур с различной степенью минерализации в площади выделенных участков. Для статистической обработки результатов использовали программы «Microsoft Excel – 2007» и «AtteStat» Версия 1.0. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оптическая плотность тени кости на рентгенограмме обеспечивается ее минеральным компонентом, следовательно, по данному показателю можно судить об изменении ее степени минерализации.