

С одной стороны перцистэктомия способствует уменьшению количества рецидивов заболевания, поскольку в фиброзной капсуле могут быть зародышевые элементы, а с другой стороны, в сохраненной фиброзной капсуле в довольно ранние сроки начинают функционировать печеночные клетки, что также не безразлично для пациента. Наш опыт показывает, что сохранение фиброзной капсулы при тщательно проведенной антипаразитарной обработки имеет ряд преимуществ перед иссечением ее. Более того, причиной раскрытия уменьшенной и ушитой фиброзной полости, как показали наши исследования, является именно восстановление печеночных структур в истонченной фиброзной капсуле и увеличение объема печеночной ткани.

Здесь речь не идет о случаях, когда имеется фиброзная капсула с кальцинатами – в этих случаях судьба фиброзной капсулы должна решаться в зависимости от топографоанатомических аспектов локализации самой кисты. Мы склонны считать, что при наличии больших или множественных очагов эхинококкоза (в диаметре более, чем 15 см), с наличием кальцинированной фиброзной полости, особенно при их центральной локализации, выбор варианта операции должен решаться в пользу внутреннего дренирования. Обоснованием данного отношения к этой проблеме считаем, что в 86,4% случаях при больших фиброзных полостях с кальцинированными стенками в раннем послеоперационном периоде имеет место желчеистечение, а в 91,5% случаев наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения со стороны остаточной полости.

МЕТОД ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Ю.С.Глазков, С.С.Бабкин, Ю.В.Кривонос, А.Ш.Усеинов

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Лечение перитонита остаётся одной из наиболее сложных и актуальных проблем ургентной хирургии. Актуальность вопроса прежде всего обусловлена частотой встречаемости и высоким уровнем летальности. Летальность при перитоните, в первую очередь, обусловлена прогрессированием заболевания, безуспешностью борьбы с эндогенной интоксикацией, генерализацией гнойно-септических осложнений с возможным развитием полиорганной недостаточности.

В настоящее время принят комплексный подход к лечению перитонита, что подразумевает применение как хирургических, так и общих (терапевтических) методов лечения, и, если последние являются достаточно разработанными, то вопрос хирургической тактики ведения больных с перитонитом продолжает оставаться дискуссионным.

Традиционно хирургический этап лечения сводится к следующему: выполнение лапаротомии, устранение

источника инфекции, одномоментная санация и дренирование брюшной полости с последующим ушиванием её наглухо. Однако использование различных вариантов санации брюшной полости во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не всегда приводит к купированию воспаления, что вынуждает хирургов прибегать к повторной операции (релапаротомии) примерно в 8-10% случаев. Перечисленные обстоятельства «заставили» хирургов вспомнить старые методы лечения перитонита и возродить их на новой, более совершенной основе – современных достижениях хирургии, анестезиологии и реаниматологии.

Одним из таких «старых» методов, активно внедряемых в хирургическую практику с конца 70-х годов прошлого столетия, является метод открытого ведения брюшной полости у больных с перитонитом – лапаротомия. Сущность метода заключается в том, что после выполнения основных этапов оперативного вмешательства лапаротомная рана не ушивается, чтобы в послеоперационном периоде имелась возможность проведения ревизии брюшной полости с оценкой её состояния и повторной санации. Брюшная полость окончательно закрывается посредством ушивания лапаротомной раны только после полного купирования перитонита.

Методика открытого живота впервые была предложена Микучичем немногим более 100 лет тому назад. Первую же лечебную лапаростомию выполнил в 1949 году отечественный хирург Н.С.Макоха.

Открытое ведение брюшной полости предполагает временное её закрытие в период между санациями. Для временного закрытия брюшной полости применяются следующие методы: наложение наводящих швов, которые завязываются на бантики; вшивание «молнии»; спиралевидный шов брюшной стенки; проведение спиц Кишнера, Илизарова через влагища прямых мышц живота; аппаратные способы и др.

Целью нашей работы являлась оценка эффективности применения нового лапаростомического аппарата при лечении перитонита методом лапаростомии.

Материал и методы. В клинике на базе кафедры общей хирургии КГМУ им С.И.Георгиевского для временного закрытия брюшной полости был разработан и внедрён в практику лапаростомический аппарат (патент Украины № 36777 А, А 61 В 17/08), состоящий из следующих компонентов: прокальвающие элементы; пластины-фиксаторы прокальвающих элементов; зубчатая пластина, используемая для скрепления пластин-фиксаторов. Прокальвающие элементы изготавливаются из спиц, которые дугообразно изгибаются и затачиваются на концах. Пластины-фиксаторы и зубчатые пластины изготавливаются в двух вариантах: из оргстекла, либо из медицинской стали. Стерилизация металлических частей устройства производится в сухожаровом шкафу, пластмассовые элементы аппарата подвергаются химической обработке в растворе С-4.

Лапаростомический аппарат был использован при лечении 32 больных с распространённым гнойным пе-

ритонитом в период с 2003 по 2007 год. Возраст пациентов колебался от 18 до 82 лет.

Показанием к наложению лапаростомического аппарата служили: токсическая и терминальная стадии разлитого гнойного перитонита без явлений полиорганной недостаточности; разлитой гнойный перитонит у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией, ведущей к снижению регенерации; послеоперационный прогрессирующий перитонит с наличием гнойников брюшной полости, кишечных свищей; слипчивый перитонит Микулича; эвентрация при гнойном перитоните. Противопоказанием к наложению лапаростомы считали: терминальное состояние больного; флегмону передней брюшной стенки; сформировавшуюся естественную лапаростому.

У 15 больных лапаростома была наложена во время первичной лапаротомии, у 17 больных аппарат был наложен на 2-3 сутки после первой операции ввиду продолжающегося перитонита и решения вести больных методом лапаротомии.

Методика наложения аппарата следующая. После выполнения основных этапов операции – устранения источника инфекции, санации брюшной полости – на петли кишечника укладывают сальник, а поверх него перфорированную полиэтиленовую плёнку. Затем, отступив 4 см от краёв лапаротомной раны через все слои передней брюшной стенки проводят прокалывающие элементы, располагая их симметрично с обеих сторон лапаротомной раны. На каждый из прокалывающих элементов нанизывают пластину-фиксатор, последняя скрепляется с пластиной-фиксатором противоположной стороны при помощи зубчатой пластины, выступающей в роли связующего звена. Между краями операционной раны укладывают салфетку, пропитанную антисептической мазью (например, «Левомеколь»). Затем, сближая пластины-фиксаторы, производят дозированное сведение краёв лапаротомной раны с учётом уровня внутрибрюшного давления.

Повторные санации проводились с интервалом 24-48 часов по показаниям с использованием бетадина и 0,8% раствора пермоура, до полного купирования перитонита. Количество повторных санаций колебалось от 2 до 6. Кроме того, всем больным проводились: комбинированная диэскалационная антибиотикотерапия; интра- и экстракорпоральная детоксикация, в частности плазмаферез; коррекция водно-электролитных нарушений и диспротеинемии; иммунокоррекция; симптоматическая терапия.

После купирования воспалительного процесса в брюшной полости производился демонтаж и снятие лапаростомического аппарата с ушиванием лапаротомной раны наглухо. В 4 случаях аппарат оставался наложенным в течении нескольких суток после окончательного закрытия брюшной полости с целью уменьшения натяжения швов, что значительно уменьшало риск возникновения послеоперационной эвентрации.

Полученные результаты. Из 32 больных умерло 5, что составило 15,6% от общего количества больных. 2 больных старческого возраста погибли в первые 3 суток от сердечно-сосудистой недостаточности. 3 больных погибли на фоне продолжающегося перитонита.

В одном случае модель аппарата из оргстекла сломалась ввиду наличия у больного тяжелого обструктивного бронхита, чего можно избежать при использовании металлической конструкции аппарата.

Осложнений, среди которых наиболее часто встречаются: нагноение послеоперационной раны с формированием флегмоны передней брюшной стенки; прорезывание спиц, сопровождающееся серьёзной травматизацией тканей; образование кишечных свищей, ни у одного из наших больных отмечено не было.

Выводы. Оценка полученных результатов даёт основания говорить о том, что метод аппаратной лапаротомии в лечении больных с распространёнными формами перитонита при грамотном его использовании является достаточно высокоэффективным средством, позволяющим добиться выздоровления большей части этой крайне тяжёлой категории больных.

Разработанный в нашей клинике аппарат, по сравнению с ранее предложенными устройствами, имеет ряд преимуществ: он удобен и прост в применении; существенно сокращает продолжительность как первой операции, так и последующих санаций брюшной полости; обеспечивает надёжную дозированную фиксацию краёв операционной раны, позволяя регулировать уровень внутрибрюшного давления; предупреждает развитие воспалительно-некротических изменений в мягких тканях передней брюшной стенки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Н.А.Князькова

Ярославская государственная медицинская академия

Актуальной проблемой современной хирургии повреждений является разработка и внедрение единой концепции оказания медицинской помощи пострадавшим с открытой и закрытой травмой живота мирного времени. Данное обстоятельство определяется непрерывным ростом травматизма, характером и особенностью абдоминальной травмы, трудностями диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики. Многочисленные публикации последних лет указывают на высокие показатели летальности, числа послеоперационных осложнений и длительности пребывания в стационаре пациентов с абдоминальной травмой. Большую социальную и экономическую значимость данной проблемы определяют также преобладание среди пострадавших пациентов наиболее трудоспособного возраста, а также значительный уровень инвалидизации данной категории больных. Учитывая острую социальную значимость современного травматизма, который давно вы-