

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-

шел за рамки медицинской проблемы, мы попытались выявить определенные закономерности абдоминальной травмы мирного времени и дать оценку факторам, прямо или косвенно влияющим на ее распространение.

Анализируются результаты хирургического лечения 876 пострадавших с открытой и закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов, оперированных в клинике общей хирургии Ярославской государственной медицинской академии с 1985 по 2006 гг. Закрытое повреждение имело место у 262 человек. В 596 наблюдениях отмечалась открытая травма, чаще всего проникающее колото-резаное ранение живота. 18 пострадавших госпитализированы с огнестрельным ранением.

Выявлена отчетливая зависимость числа пострадавших от уровня жизни населения и состояния криминогенной обстановки в стране. Максимальное число пациентов с абдоминальной травмой (от 50 до 59 человек в год) приходилось на 1990-1993 и 1997-1999 годы, которые в жизни нашей страны характеризуются как наиболее бурные и сложные в политике и экономике. В эти же годы оперировано 10 из 18 пострадавших с огнестрельной травмой. За последние 5 лет количество пациентов с травмой живота составляет 28-35 человек в год, что можно объяснить позитивными процессами, происходящими в нашем обществе.

Наиболее криминогенным месяцем года, по нашим данным, является август: за анализируемый период в этот месяц оперировано 103 пациента. От 83 до 87 человек поступили в клинику в мае, июле и сентябре. В другие месяцы госпитализировано от 55 до 67 пострадавших с абдоминальной травмой.

Среди пострадавших преобладали мужчины – 719 (82,1%), прослеживается стабильная пропорция пострадавших лиц мужского и женского пола – в соотношении 6:1, 5:1. 94,7% пациентов – лица трудоспособного возраста, что подчеркивает социальную, экономическую и демографическую значимость исследуемой проблемы. В состоянии алкогольного опьянения госпитализировано 62,8% больных, при этом в последние годы алкогольное опьянение уже не является одной из главных причин абдоминальной травмы.

В 62,6% наблюдений травма носила бытовой характер, в 9,4% случаев имела место попытка самоубийства, в 2,1-2,3% наблюдений отмечены производственная, спортивная, автодорожная и кататравма. Каждый пятый пациент категорически отказался информировать врачей об обстоятельствах получения травмы.

64,9% пострадавших госпитализированы в клинику в первые 3 часа с момента получения травмы. Как правило, это были пациенты с открытой травмой жи-

вота, у которых наличие раны, а также такие грозные осложнения, как кровотечение и перитонит, являлись основанием для быстрого обращения за медицинской помощью. 11,8% оперированных поступили в стационар позднее, чем через 1 сутки после получения травмы.

При поступлении распространенный перитонит диагностирован у 165 пострадавших (18,8%), внутрибрюшное кровотечение - у 399 человек (45,5%), из них кровопотеря рассчитана как декомпенсированная - у 100 пострадавших (11,4%).

Во время лапаротомии в 73,6% наблюдений отмечена изолированная травма органов брюшной полости, в том числе полых органов – у 329 пациентов, паренхиматозных органов и/или крупных сосудов – у 316 больных. В 188 случаях диагностировано сочетание повреждения полых и паренхиматозных органов. В 43 случаях имело место торакоабдоминальное ранение.

В послеоперационном периоде у 250 пострадавших (28,5%) возникли осложнения, прежде всего, инфекционного характера. Из них у 83 пациентов диагностировано 2 и более (максимум 4) послеоперационных осложнений. При изолированной травме осложнения в послеоперационном периоде встречались чаще (26,8%), чем при сочетанном повреждении органов (22,8%).

Умерло 75 пострадавших с травмой живота с повреждением внутренних органов (8,6%). У 5 человек смерть была констатирована на операционном столе. В 74,9% наблюдений летальный исход наступил в ближайшие дни после операции от последствий тяжелой и часто несовместимой с жизнью травмы. Послеоперационные осложнения послужили причиной смерти 19 пациентов.

Максимальное количество осложнений (45,7%) и летальных исходов (18,6%) пришлось на 1993 год. В то же время, в последние 5 лет наметилась отчетливая тенденция к снижению количества летальных исходов и послеоперационных осложнений у пострадавших с травмой живота.

Таким образом, современная абдоминальная травма мирного времени характеризуется множественностью и тяжестью повреждений, сопровождается грубыми нарушениями гомеостаза и расстройствами витальных функций организма, что обуславливает высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности. Изучение вопросов эпидемиологии травмы живота наряду с оптимизацией методов диагностики, хирургического лечения и предупреждения послеоперационных осложнений имеет чрезвычайно важное медицинское, социальное и экономическое значение.