

Министерство здравоохранения Республики Карелия
Петрозаводский государственный университет
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе

МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОГО
КОНГРЕССА ХИРУРГОВ
(Петрозаводск 22–24 мая 2002 г.)

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Том II

Петрозаводск
2002

логии по поводу гладкомышечных новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. Качество жизни (КЖ) исследовали у 37 больных в разные сроки послеоперационного вмешательства (от 1 до 16 лет) по методике Д. Авдеева, Х. Пезешкиан (1993). Оценивали степень удовлетворенности пациента социальной защитой, положением в обществе, работой, душевным покоем, семьей, здоровьем, материальным достатком, жилищными условиями, питанием, условиями в районе проживания, духовными потребностями, общением с друзьями, развлечениями, отдыхом. Удовлетворенность на 61–100% рассматривали как норму, от 31 до 60% – снижение качества жизни, от 0 до 30% – низкое качество жизни.

Заключение. Проведенный анализ свидетельствует, что после оперативного вмешательства показатели КЖ существенно выше по сравнению с исходными данными, а в некоторых случаях достигают субмаксимальных значений. Оперативное лечение улучшает КЖ пациентов по всем оцениваемым параметрам. Оценка КЖ является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья больного, инфорупповом, так и на индивидуальном уровне. Оценка КЖ в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования. Основной принцип медицины "лечить больного, а не болезнь" может быть реализован с помощью КЖ.

Н. Г. Николаева, М. Г. Мельниченко, В. Ф. Ващевский

*Одесский государственный медицинский университет
г. Одесса, Республика Украина*

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

Нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника при аппендикулярном перитоните обусловлено, прежде всего, тяжестью течения воспалительного процесса в брюшной полости, избыточным течением абдоминальным спайкообразованием, а также морфологическими особенностями органов брюшной полости у детей. Выбор и разработка наиболее эффективного и доступного метода лечения этого осложнения является целью многих исследований и публикаций.

Известно, что локальное отрицательное давление (ЛОД) в прерывистом режиме обеспечивает улучшение микроциркуляции, глубокий массаж тканей, гомеостатическое регулирование, восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника. Однако у детей при аппендикулярном перитоните этот метод не апробировался.

Цель нашего исследования – улучшение моторно-эвакуаторной функции кишечника у детей с аппендикулярным перитонитом путем использования локального отрицательного давления с помощью камеры юноальной декомпрессии КЗДМ-АК.

Материал и методы. Объектом исследования явились 57 детей с аппендикулярным перитонитом в возрасте от 7 до 15 лет. Разработанная методика воздействия ЛОД применена у 27 пациентов (референтная группа). Контрольную группу составили 30 детей, аналогичных по возрасту, времени заболевания, характеру процесса, у которых ЛОД не использовалось. Методы исследований: анамнестический, клинический, лабораторный, инструментальный, статистический.

На 10–11-е сутки после операции больного ребенка помещали в камеру зональной декомпрессии в горизонтальном положении. Воздействию ЛОД подвергалась круговая зона, ограниченная сверху реберными дугами, снизу – верхней частью бедер. Герметичность достигалась применением комплекса "пояс-сарафан + штанишки". В камере создавалось отрицательное давление в прерывистом режиме от 6 до 9 кПа (в зависимости от возраста пациента). Экспозиция – 10 мин, общий курс – 10 процедур.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что использование ЛОД благоприятно влияло на течение заболевания: моторно-эвакуаторная функция кишечника полностью восстанавливалась (самостоятельное опорожнение было ежедневным), явлений кишечной непроходимости, дискомфорта в животе не было, тогда как в контрольной группе 30% детей жаловались на периодическую боль в животе, у 27% опорожнение не было постоянным (1 раз в 2 суток), у 2 больных возникла ранняя отрубленная спаячная кишечная непроходимость.

Ультразвуковое сканирование в динамике свидетельствовало об анатомическом расположении органов малого таза, отсутствию патологической фиксации в правой подвздошной области и малом тазу у девочек референтной группы, тогда как в контрольной группе долго наблюдалась инфилтративная ткань и стенки кишечника, патологическая фиксация органов брюшной полости, что приводило к нарушению моторно-эвакуаторной функции кишечника. Продолжительность пребывания больных в стационаре сократилась на 4–6 койко-дней. Отдаленные ре-

зультаты (до 4 лет наблюдения) подтвердили эффективность использования разработанной методики ЛОД: чувство дискомфорта, нарушения опорожнения кишечника и поздняя спаечная непроходимость не наблюдались, тогда как у детей контрольной группы отмечены нарушения спастического опорожнения (35%), явления дискомфорта в животе (42%), поздняя спаечная кишечная непроходимость (1 больной).

Таким образом, использование локального отрицательного давления перитонитом, восстановление физиологическую моторно-эвакуаторную функцию кишечника, предупредить избыточное спайкообразование в брюшной полости, уменьшить количество спаечной непроходимости кишечника и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

**В. А. Овчинников, А. В. Базеев, А. В. Пузанов, А. Г. Захаров,
В. Ю. Заблочкин**

*Нижегородская государственная медицинская академия
г. Нижний Новгород*

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

Цель работы – разработать тактику лечения больных с высокими тонкокишечными свищами на фоне перитонита и дать ей оценку.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии им. А. И. Коженикова за последние 4 года лечилось 19 больных с высокими несформированными тонкокишечными свищами на фоне перитонита. Несформированный кишечный свищ поддерживает воспалительный процесс в брюшной полости и ране и приводит к значительным потерям кишечного содержимого и нарушению гомеостаза, а гнойное воспаление брюшной полости не позволяет в ранние сроки выключить свищ и становится непрерывностью кишечного тракта. Летальность свищ с высокими тонкокишечными свищами на фоне перитонита составляет 80–90%.

В первый день госпитализации больным вскрывались гнойные затеки, осуществлялась активная аспирация раневого и кишечного содержимого и начиналась внутриартериальная инфузионная терапия (ВАИТ). У девяти больных удалась временная обтурация свища с применением уст-

рой пластика, состоящего из пластины обтуратора, которая вводится в свищ и фиксируется к пластине поролона толщиной 4,5–5 см, выкраиваемой по размерам раны, в нее внедряются дренажные трубки, через них проводится введение антисептиков и активная аспирация. Для проведения ВАИТ осуществлялась катеризация аорты по Сельдингеру. Катетер устанавливался на уровне верхней брыжеечной артерии. Объем инфузата составлял от 4 до 7,5 л в сутки, в его состав входили антибиотики, препараты, антикоагулянты. Инфузии проводились постоянно в течение 10–13 дней при подготовке больного к операции и в послеоперационном периоде. При свищах с выраженными гнойно-воспалительными изменениями брюшной стенки и брюшной полости выполнялась операция двухстороннего выключения свища с санацией и активным дренированием вскрываемых отделов брюшной полости. При умеренно выраженном гнойно-воспалительном процессе в области несформированного свища производилась внутрибрюшная операция с резекцией петли тощей кишки, несущей свищ. При выраженных перитонеальных изменениях выполнялась разгрузочная концевая эностома. У-образный анастомоз накладывался по типу "конец в бок" или "бок в бок". После стихания воспалительных изменений в брюшной полости кишечное содержимое из эностомы вводилось с помощью тонкого зонда в отводящую петлю кишки.

Закрывание разгрузочной эностомы проводилось после ликвидации перитонита и улучшения состояния больных. Внутрибрюшное выключение свища выполнено 10 больным. Внутрибрюшное закрытие с резекцией кишки осуществлено 9 пациентам, у 5 из них сформирован У-образный анастомоз с разгрузочной эностомой. После операции умерло 6 больных.

Выводы. Данная тактика лечения больных с высокими тонкокишечными свищами в условиях перитонита с применением предложенного обтурационного устройства и ВАИТ до операции и в послеоперационном периоде является оправданной и позволяет улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.