

мелко-дисперстным орошением брюшной полости антимикробными и противовоспалительными средствами позволяет эффективно купировать перитонит и резко уменьшает спайкообразование. Особый интерес представляют данные о спайкообразовании и отсутствии «свободной брюшной полости», что свидетельствует о том, что эффективная санация брюшной полости в раннем послеоперационном периоде возможна только после предварительно проведенного адгезиолизиса. Это обстоятельство во многом объясняет неудачи при использовании дренажных методов лечения.

В группе анализируемых больных (1981—2007 гг.) не было летальных исходов. Количество внутрибрюшных осложнений, при которых возникла необходимость в релапаротомии оказалась в 4,3 раза меньше, чем в группе контроля с традиционным (микроиригаторы, дренажные устройства) ведением послеоперационного периода.

Витальных осложнений при проведении релапароскопий не было.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ступин В.А.¹, Михайлулов С.В.¹, Мударисов Р.Р.¹, Алиев С.Р.¹, Вербицкий Д.А.², Жуковская И.И.³

¹Кафедра госпитальной хирургии №1 ЛФ РГМУ, Москва, ²СПбГПМА, Ст-Петербург; ³ООО «Линтекс», Ст-Петербург

Представлен материал изучения влияния противоспаечного средства «мезогель» в сочетании с лапароскопическим адгезиолизисом на развитие спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде. Обследованы 77 больных. На основании методов исследования (УЗИ, периферическая компьютерная энтерография и лапароскопия) выявлена эффективность изучаемого препарата в сочетании с лапароскопическим адгезиолизисом в противодействии спаечному процессу брюшной полости в ближайшем послеоперационном периоде.

На кафедре госпитальной хирургии №1 лечебного факультета РГМУ на базе ГКБ №15 г. Москва, с 2005 г. с целью лечения и профилактики спаечной болезни брюшной полости в качестве внутрибрюшного барьерного противоспаечного средства применяется противоспаечный гель «мезогель» (ООО «Линтекс»).

Цель исследования: изучить влияние противоспаечного барьерного средства «мезогель» (МГ) на развитие спаечного процесса в брюшной полости в раннем послеоперационном периоде.

Группы исследуемых больных ($n=77$): Все больные по характеру выполненных операций и особенностям ведения были разделены на 4 группы.

I группа ($n=22$): больные с хроническим течением спаечной болезни. Пациенты оперированы после консервативного купирования приступа острой спаечной кишечной непроходимости. Всем больным выполнен плановый видеолапароскопический адгезиолизис (ВЛА) с введением МГ.

II группа ($n=5$): больные с гемоперитонеумом на фоне проникающего колото-резанного ранения брюшной полости без повреждений внутренних органов. Объем операции: лапаротомия, гемостаз, введение МГ.

III группа ($n=45$): больные, оперированные по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

В подгруппе IIIa ($n=39$) выполнена операция: лапаротомия, адгезиолизис. В данной подгруппе МГ применен у 38 больных и не использовался у 1 больного.

В подгруппе IIIб ($n=6$) выполнена операция ВЛА с введением МГ.

IV группа: больные с распространенным перитонитом ($n=5$).

Методы исследования: 1. Полипозиционное УЗИ брюшной полости. 2. Периферическая компьютерная энтерография (ПКЭГ). 3. Диагностическая санационная лапароскопия.

Результаты исследования. До лечения УЗИ выполнено всем больным I группы и IIIб подгруппы ($n=28$): у всех больных выявлены фиксированные петли тонкой кишки с нарушением перистальтики по механическому типу. ПКЭГ до операции выполнена всем больным I группы: у всех выявлены нарушения моторной функции тонкой кишки по механическому типу.

Результаты применения МГ оценивались в I группе и в IIIб подгруппе на 3 сутки после операции при помощи УЗИ и ПКЭГ. Во II, IIIa и IV группах ДЛС выполнялся на 4-е сутки после первой операции ($n=49$), а УЗИ и ПКЭГ на 3-и сутки после ДЛС.

Во II группе после первой операции на 4-е сутки всем больным выполнена диагностическая лапароскопия (ДЛС): выявлены рыхлые спайки с вовлечением тонкой кишки и париетальной брюшины. Сращения легко разделены. ДЛС заканчивалась повторным введением МГ.

В подгруппе IIIa у больного с лапаротомией без введения МГ, при ДЛС на 4-е сутки выявлен выраженный спаечный процесс. Выполнен ВЛА с введением МГ. При ДЛС у 38 больных с МГ на 4-е сутки выявлен умеренно выраженный рыхлый спаечный процесс. Сращения легко разделены. Следы МГ в брюшной полости обнаружены у 4 больных (10,5%).

В IV группе после традиционной операции на 4-е сутки выполнена ДЛС, при которой выявлен выраженный спаечный процесс. Выполнен ВЛА с введением в брюшную полость МГ.

При полипозиционном УЗИ брюшной полости во всех группах в раннем послеоперационном периоде признаков фиксации петель кишок к париетальной брюшине передней брюшной стенки не выявлено. МГ определялся при УЗИ у 4 больных (10,3%) III группы в сроки от 6 до 9 суток и у 3 больных (60%) IV группы в срок до 9 суток. При компьютерной энтерографии нарушений перистальтики по механическому типу не выявлено ни у одного больного.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего исследования, применение противоспаечного барьерного препарата «мезогель» в сочетании с малоинвазивным видеолапароскопическим адгезиолизисом позволяет в ближайшем послеоперационном периоде эффективно противодействовать спаечному процессу брюшной полости.
