

фективной до- и послеоперационной терапией, тактическими ошибками хирурга во время операции, ошибочным выбором метода обезболивания, возникшими осложнениями. Значительную опасность несет в себе термин «частичная непроходимость кишечника». Попытки консервативного лечения нередко приводят к запоздалому вмешательству.

Улучшению результатов лечения ДНК могут способствовать повышение знаний медицинских работников, обеспечивающих срочную диагностику и ка-

чество оперативной техники, внедрение в практику новейших методов определения жизнеспособности кишечника, проведение всего комплекса лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы итоговой научной сессии.— НИИТО.— Казань, 1967.

2. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы II Республиканской научно-практической конференции врачей-новаторов.— Казань, 1968.

3. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы докладов Всероссийской конференции хирургов.— Калининград, 1968.

Поступила 13.06.90.

УДК 616.381—089.85—06:617.55—007.43—089.844

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Г. Б. Курбанов

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Реферат. С целью улучшения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения послеоперационных ventральных грыж были проведены подготовка брюшной полости к повышенному давлению, специальная подготовка кожи в области операционного поля, подведено местное питание к аутодермальному трансплантату, а также осуществлен оптимальный выбор метода пластики. Снизилось число послеоперационных осложнений, рецидивов и уменьшилась послеоперационная летальность.

Ключевые слова: послеоперационные ventральные грыжи, подготовка операционного поля, пластика.

Библиография: 8 названий.

Лечение послеоперационных ventральных грыж (ПВГ) представляет серьезную хирургическую проблему. Число операционных вмешательств на органах брюшной полости растет. К сожалению, увеличивается и число послеоперационных грыж передней брюшной стенки [4, 7, 8], если учесть, что едва ли не каждая десятая лапоротомия приводит к образованию грыж в области рубца [1, 2]. Количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения ventральных грыж увеличивается из года в год, колеблясь от 10 до 60% [1, 8].

За последние годы при операциях по поводу ПВГ все чаще применяется аутодермальная пластика [3], которая дает сравнительно небольшое число рецидивов, однако данный метод не лишен недостатков. К ним следует отнести

частое нагноение подкожной клетчатки и лимфоррею за счет соцернирования жидкости кожным трансплантатом. Другой причиной таких осложнений является применение традиционного шовного материала для фиксации трансплантата и плохого гемостаза в подкожной клетчатке. Значительная послеоперационная летальность при плановых грыжесечениях по поводу ПВГ возникает вследствие развития сердечно-легочной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде.

Учитывая большую частоту местных осложнений и высокую летальность после операции при плановых грыжесечениях, выполненных с использованием традиционных методов пластики грыжевых ворот, мы предлагаем в предоперационном периоде осуществлять комплекс мероприятий, направленных на подготовку брюшной полости к повышенному давлению и операционного поля, коррекцию сопутствующих заболеваний и совершенствование метода аутодермальной пластики ventральных грыж.

При подготовке брюшной полости к повышенному давлению нельзя забывать о таких простых и традиционных способах, как бесшлаковая диета, применение слабительных средств и

механическое очищение кишечника в течение 7—14 дней. Эти мероприятия в некоторой степени позволяют уменьшить объем брюшной полости.

Для предотвращения сердечно-легочной недостаточности после операции в предоперационном периоде мы применяли, кроме этого, и пневмобандаж с целью пневмокомпрессии брюшной полости и адаптации органов брюшной и грудной полостей к повышенному внутрибрюшному давлению после операции.

Разработанный нами универсальный пневмобандаж отличается от обычного тем, что его можно использовать как для предоперационной подготовки брюшной полости к повышенному давлению, так и как грыжевой бандаж. Пневмобандаж изготовлен из плотной материи, имеет три резиновые камеры — две боковые и одну переднюю. Размер бандажа регулируется шнуровой сзади и спереди. Боковые камеры фиксируются шнурочками в проекции боковой поверхности живота, а передняя камера — к бандажу в проекции грыжевого мешка. Чтобы придать бандажу форму, в промежуточные слои материала вставлены упругие пластмассовые стержни. Для предупреждения смещения бандажа при повышении в нем давления его фиксируют через плечевой пояс шнурочками спереди и сзади, а также к бедрам.

Первоначальное давление в камерах создают по субъективным ощущениям больного. В последующем давление на органы брюшной полости увеличивают по 10—15 мм рт. ст. (1,3—2,0 кПа) через день в течение 7—10 дней; давление доводят до 40—60 мм рт. ст. (5,3—8,0 кПа).

При использовании универсального пневмобандажа происходила не только адаптация органов брюшной и грудной полостей к повышенному внутрибрюшному давлению, но одновременно сближение краев грыжевых ворот. При малых (до 5 см) и средних по размерам грыжах (6—10 см), отсутствии или компенсации сопутствующих заболеваний проводить пневмокомпрессию считали необязательным. Назначали лишь бесшлаковую диету и ношение грыжевого бандажа в течение 7—10 дней. При больших (11—20 см) и гигантских грыжах (более 20 см) даже при отсутствии сопутствующих заболеваний показана

подготовка брюшной полости с помощью пневмокомпрессии.

При наличии сопутствующих заболеваний в стадии субкомпенсации при малых грыжах (до 5 см) пневмокомпрессия не показана, необходимы лечение сопутствующего заболевания и традиционная предоперационная подготовка в течение 7—10 дней. При средних, больших и гигантских грыжах и наличии сопутствующих заболеваний в стадии субкомпенсации нужны пневмокомпрессия брюшной полости и лечение сопутствующего заболевания. Следует подчеркнуть, что выбранный способ предоперационной подготовки позволил резко снизить число послеоперационных осложнений со стороны как дыхательной, так и сердечно-сосудистой систем и послеоперационную летальность.

Немаловажную роль в благополучном исходе операции играет определение истинных и ложных грыжевых ворот. Для выбора оптимального вида пластики определяли истинные размеры дефекта с помощью электромиографии грыжевых ворот, то есть прямых мышц передней брюшной стенки. Наши исследования показали, что при наличии ложных грыжевых ворот, то есть грыжевого дефекта небольших размеров, истинные грыжевые ворота оказываются значительно большими, и потому оптимальным методом является аутодермально-монофильная пластика «лоскутом» или в комбинации «лоскутом-полоской».

Выполнение неадекватного метода пластики может привести к повышению внутрибрюшного давления, натяжению тканей, их прорезыванию, повторному рецидиву и нередко к возникновению острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Кроме того при ушивании ложных грыжевых ворот рецидив неизбежен. На основании результатов исследований разработаны критерии выбора способа пластики в зависимости от размеров истинных грыжевых ворот. Так, аутодермально-монофильную пластику «полоской» методом шнурования выполняли при размерах истинных грыжевых ворот до 5 см, аутодермально-монофильную пластику «лоскутом» — до 8 см, их комбинацию («лоскутом-полоской») — более 10 см.

Наиболее существенной причиной

рецидивов после герниопластики большинство авторов считают раневую инфекцию [1]. В послеоперационном рубце после первичного заживления раны условно-патогенная микрофлора сохраняется в течение 6—8 мес, а после вторичного заживления послеоперационной раны — 12 мес [6].

Традиционная антибактериальная терапия не обеспечивает эффективную концентрацию антибиотиков в области воспаления, этому препятствует воспалительный вал. Инфильтрация же тканей области операционного поля растворами антибиотиков поддерживает его концентрацию лишь в течение 5 ч [5]. Учитывая указанные недостатки существующих методов профилактики местных гнойных осложнений, мы разработали и применили способ введения антибиотиков в аутодермальный трансплантат с помощью электрофореза до операции. С этой целью проводили электрофорез антибиотиков в область предполагаемого операционного поля (рационализаторское предложение № 414/29 от 10.12.1989 г., Казанский ГДУВ). Перед этим заранее определяли состав аутофлоры кожи живота и чувствительность ее к антибиотикам.

Установлено, что эпидермальный стафилококк более чувствителен к гентамицину (80%), менее — к препаратам пенициллина (12%) и другим препаратам (8%), поэтому все больные получали электрофорез антибиотиков на область живота, в 2 раза превышающую площадь предполагаемого операционного поля, за 48—72 ч до операции.

Аутодермальная пластика была проведена 22 пациентам, получившим предварительно электрофорез антибиотиков на область операционного поля: местные осложнения возникли у 13 человек; количество койко-дней составило 36. Аутодермально-монофильная пластика при тех же условиях выполнена 65 больным: осложнения — у 3, срок пребывания на койке — 8,8.

Всем больным в течение 3 дней до операции вводили внутривенно раствор 5% глюкозы (500,0) с 5% раствором аскорбиновой кислоты (10,0). После операции больным, кроме того, дополнительно вливали раствор аскорбиновой кислоты с глюкозой для «питания» трансплантата через дренаж, введенный в подкожную клетчатку с последующей активной аспирацией раствора (рационализаторское предложение № 456/26 от 25.12.1989 г., Казанский ГИДУВ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Еляшев Б. Л., Рамазанов Р. М. // Хирургия. — 1987. — № 5. — С. 141—143.
2. Лукомский Г. И., Моисеев А. Ю., Эндзиас Ж. А., Сорокина Е. И. // Хирургия. — 1987. — № 7. — С. 99—101.
3. Просянный Э. В. // Хирургия. — 1988. — № 3. — С. 127—131.
4. Тоскин К. Д., Жебровский В. В. // Пластическая хирургия сложных дефектов брюшной стенки. — Киев, Здоров'я, 1982.
5. Улащик В. С. // Физико-фармакологические методы лечения и профилактики. — Минск, Беларусь, 1979.
6. Шилов А. Б. // Вестн. хир. — 1981. — № 7. — С. 15.
7. Юпатов С. И., Колтонюк В. М. // Хирургия. — 1988. — № 7. — С. 115—118.
8. Янов В. Н. // Аутодермальная пластика больших и гигантских послеоперационных и пупочных грыж. — Автореф. докт. дисс. — М., 1978.

Поступила 13.06.90.

УДК 618.214 + 618.361 : 612.1—02 : 618.29

О РОЛИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПРОИСХОЖДЕНИИ КРУПНОГО ПЛОДА

П. С. Гуревич, А. И. Круч, М. Г. Газазян, Н. А. Пономарева

Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. А. И. Едемский), кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доктор мед. наук М. Г. Газазян) Курского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. Проведено комплексное изучение морфофункциональных особенностей плаценты крупного плода и интенсивности маточно-плацентарного кровотока для определения состояния кровоснабжения плода и его роли в генезе макросомии. Установлено, что макросомия возникает у женщин с интенсивным маточно-плацентарным кровотоком.

Ключевые слова: крупный плод, маточно-плацентарное кровообращение.

3 таблицы. Библиография: 13 названий.

Внутриутробное развитие плода в значительной степени зависит от функции плаценты. Именно она осуществ-