

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫМ ПЕРИТОНИТОМ МЕТОДОМ ВАКУУМ—АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПУЛЬСИОННЫМ ЛАВАЖОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Ю. З. Лифшиц, В. Л. Валецкий, Р. Р. Процюк, П. А. Зайченко,
П. С. Михальчевский, А. М. Жураковский**

Клиника "Борис", Киев

Проблема эффективного лечения распространённого перитонита остается актуальной несмотря на усовершенствование хирургических методов, антибактериальной терапии, о чем свидетельствует сохранение высокой летальности. Лечение перитонита требует дальнейшего изучения и оптимизации хирургических методов.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с генерализованным перитонитом.

С 2006 по 2015 год в клинике находилось 119 пациентов с генерализованным перитонитом различной этиологии. Некротический панкреатит имел место у 19 больных (15,9%), перфорация толстой кишки (дивертикул, опухоль) — у 31 (26%), несостоятельность анастомоза — у 2 (1,6%), кишечная непроходимость — у 31 (26%), тромбоз мезентериальных сосудов с некрозом кишки — у 10 (8,4%), перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки — у 9 (7,5%), острый деструктивный холецистит — у 9 (7,5%), множественные перфорации стенок тонкого кишечника — у 8 (6,7%) больных. Всем больным были выполнены общепринятые вмешательства по устранению первичного очага — источника перитонита.

Все пациенты были разделены на две группы, которые отличались техникой санации брюшной полости во время операции. Первую группу составил 81 пациент, мужчин 56, женщин 25, средний возраст пациентов составил 56 лет (от 35 до 85). В ней применяли вакуум—ассистированную лапаростомию как основной метод лечения. Брюшную полость санировали растворами антисептиков традиционно. Во второй группе было 38 пациентов, мужчин 24, женщин 14, средний возраст соста-

вил 52 года (от 31 до 83 лет). Пациентам второй группы интраоперационно осуществляли аппаратный пульсионный лаваж брюшной полости аппаратом Cleanest, с последующей лапаростомией и вакуум—терапией.

Основными послеоперационными осложнениями были: инфицирование послеоперационной раны у 23,5% (28 пациентов), послеоперационная вентральная грыжа у 7,5% (9 пациентов), развитие петехиальных и арозивных внутрибрюшных кровотечений у 3,3% (4 пациента), тонкокишечная непроходимость у 2,5% (3 пациента), наружный временный панкреатический свищ у 0,8% (1 пациент). Умерло 11 пациентов. Послеоперационная летальность составила 9,2%.

Использование лапаростомии с вакуум—терапией разрешает проблему повышения внутрибрюшного давления и развития компартмент—синдрома, снижает риск развития тяжелого абдоминального сепсиса. Дополнительное применение аппаратного пульсионного лаважа брюшной полости, позволило достичь существенного снижения бактериальной контаминации брюшной полости и повысить эффективность удаления продуктов интоксикации из брюшной полости.

Выводы

Применяемый нами метод вакуум—ассистированной лапаростомии в сочетании с пульсионным лаважом брюшной полости позволяет уменьшить количество повторных санационных лапаротомий, сократить число послеоперационных вентральных грыж, сроки закрытия лапаротомной раны у больных с генерализованным перитонитом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Н. А. Мендель

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,
Медицинский центр "Универсальная клиника "Обериг"

Гнойный гидраденит (*Hidradenitis suppurativa*) — это хроническое воспалительное заболевание кожи, также известное как *acne inversa*, и исторически, как болезнь Verneuil's.

Первичными очагами ГГ являются воспалительные узлы. Формирование синусов (свищей), скоплений открытых комедонов и рубцевание являются результата-

ми рецидивного или персистирующего заболевания.

Признанной в мире классификацией является клиническая система стадирования Харли (Hurley), при которой выделяют три группы по тяжести заболевания:

Стадия I — Формирование абсцесса (единичного или множественного) без образования свищей и рубцевания.

Стадия II — Рецидивные абсцессы с образованием синусов (свищей) и рубцеванием, единичный или множественные отдельные поражение на расстоянии друг от друга.

Стадия III — Диффузные или почти диффузные поражения или множественные соединенные синусы (свищевые) ходы и абсцессы по всей области поражения.

Пациенты с третьей стадией заболевания встречаются редко, однако представляют собой сложную клиническую задачу. Основным методом лечения гнойного гидраденита третьей стадии является хирургический. Используют следующие методы лечения: дренирование; "снятие крыши" (unroofing); лазерное лечение; экстериоризация; коретаж; электрокоагуляция свищевых ходов; иссечение зон поражения с ушиванием; иссечение с пластикой местными кожными лоскутами, кожно—мышечными лоскутами, лоскутами на ножке, свободными кожными лоскутами или расщепленными кожными лоскутами; заживление вторичным натяжением.

До настоящего времени нет единого взгляда на выбор способа хирургического лечения.

Цель исследования: Обобщить опыт хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным гидраденитом 3 стадии по Харли.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2014—2016 гг проходили обследование и лечение 7 пациентов с хроническим гнойным гидрадени-

том третьей стадии по Харли. Возраст пациентов был от 28 до 50 лет, мужчин было 5, женщин 2. Длительность заболевания от 5 до 30 лет. У всех пациентов было обширное поражение обеих подмышечных областей, у двух — мошонки, у одного обеих паховых областей, у двух пациентов ягодичных областей, у одной — складки под грудной железой.

Трое пациентов оперированы, один от оперативного лечения отказался, трое готовятся к операциям. Всем оперированным пациентам (2 мужчин и одна женщина) были проведены операции: одномоментное иссечение очагов гидраденита под наркозом. У одного пациента раны сведены наводными швами, у второго ввиду большого объема раны она оставлена открытой с последующей через 1 месяц пластикой расщепленным кожным лоскутом, и еще у одной пациентки выполнена первичная кожная пластика перемещенными лоскутами. У всех пациентов наступило полное заживление дефектов, за время наблюдения рецидивов гидраденита не было. У одного пациента (с открытым ведением раны) на 9 день возникло аррозивное кровотечение из подкожной артерии, остановлено проживанием. Срок пребывания в стационаре составил от 1 до 4 дней, полное заживление ран от 14 до 93 дней.

Вывод

Методом лечения хронического гнойного гидраденита является полное иссечение очагов заболевания с одномоментной или отсроченной кожной пластикой.

СРАВНЕНИЕ ПРОТЕЗНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Н. А. Мендель, А. В. Иващенко, Ю. В. Павлович

Универсальная клиника "Обериг", Киев

Лапароскопическая герниопластика является одним из стандартных методов лечения паховых грыж в последние годы, так как обладает меньшей травматичностью, хорошими косметическими результатами, трансплантат закрывает все потенциальные места выхода паховых и бедренных грыж. В то же время единого стандарта выбора трансплантата и способа его фиксации нет.

Цель: сравнить опыт использования различных протезных материалов и способов их фиксации при лапароскопической герниопластике паховых грыж.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2012—2016 гг. выполнено 41 лапароскопических герниопластики при паховых грыжах. Пациенты разделены на 4 группы: Первая — 12 пациентов, у которых использованы комбинированные трансплантаты "Ульгтрапро" ("Ethicon", США) 10 × 15 см с фиксацией скобками "Protack" ("Covidien", США); Вторая — 4 пациента, у которых использовали сетки "Rebound" ("MMDI", США) с нитиновым каркасом; Третья — 11 пациентов,

у которых использовали анатомические сетки с фиксацией их в центральной точке одиночным интракорпаральным швом (6 — "Bard 3Dmax" ("Bard Medical", США), 5 — "Covidien Parietex Laparoscopic Anatomical Mesh" ("Covidien", США), 4 группа — 14 пациентов с использованием самофиксирующихся протезных материалов "ProGrip" ("Covidien" ("Medtronic", США). У 31 пациента использовали методику TAPP (трансабдоминальную преперитонеальную пластику) и у 10 — TEP (тотальную экстраперитонеальную пластику). Мужчин было 38, женщин — 3, средний возраст пациентов — 46,2 года (от 30 до 67 лет).

Достоверной разницы по времени операции в группах не было. Срок пребывания в стационаре — 1,1 койко—день (трое пациентов находились в стационаре больше одного дня по собственному желанию). Длительность болевого синдрома составила от 1 до 10 дней, средняя длительность достоверно не отличалась между группами (в первой группе 4,1 дня, во второй группе — 4,2 дня, в третьей 3,6 и в четвертой 3,5 дня). Возник один