

ризацией и пластикой клапанов при митральной недостаточности 2 и более степени.

2. При большой площади рубцовоизмененного миокарда эндокардэктомия и наложение кисетного шва по границе рубцовоизмененного миокарда (методика Дора) приводят к сферификации ЛЖ, что впоследствии вызывает увеличение степени митральной регургитации и нарастание легочной гипертензии.

3. Наиболее физиологичной является вен-трикулопластика по Мениканти.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Вертянкин С.В., Якубенко В.В.,
Трегубова А.В., Никитин Д.В.**

*Саратовский государственный
медицинский университет
Саратов, Россия*

Абсцессы брюшной полости, возникающие в послеоперационном периоде, продолжают оставаться актуальной проблемой в абдоминальной хирургии.

Частота таких гнойных осложнений как подпеченочный и межкишечный абсцессы после холецистэктомии по данным ряда авторов колеблется от 0,2 до 2,5 %.

Литературные данные свидетельствуют о сохраняющейся высокой летальности (20,7% – 58,2%) при послеоперационных абсцессах брюшной полости и гнойниках малого таза, что заставляет искать новые пути лечения гнойных осложнений послеоперационного периода.

Неинвазивность ультразвукового исследования сделала его методом выбора для контроля пункций и аспираций жидкостных образований брюшной полости.

Применение цветного доплеровского картирования позволяет дифференцировать сосудистые структуры и тем самым избегать возможных осложнений. Таким образом, показания к миниинвазивным вмешательствам постоянно расширяются.

Использование миниинвазивных вмешательств позволяет сократить число открытых операций по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости.

С расширением спектра задач, решаемых с помощью ультразвуковых методик, возникла необходимость разработки диагностических критериев и алгоритмов использования, различных миниинвазивных технологий в лечении осложнений операций на органах брюшной полости.

Нами проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических клиниках Саратовского государственного медицинского университета с послеоперационными абсцессами брюшной полости.

Больные по локализации абсцессов распределились следующим образом: 19 больных с подпеченочным абсцессом, 5 больных с поддиафрагмальным абсцессом, из них у 4 пациентов абсцесс локализовался справа, а у 1 - слева, 2 больных с абсцессами малого таза, 2 больных с межкишечными абсцессами.

У 22 больных абсцессы развились после выполненной холецистэктомии: 10 – после лапароскопической, у 12 – открытым способом. У остальных шестерых больных абсцессы развились после следующих операций: после ампутации матки – 1, после аппендэктомии – 2, после резекции желудка – 2, после правосторонней гемиколэктомии – 1.

18 пациентам нами были выполнены миниинвазивные вмешательства (группа сравнения). 10 пациентам была выполнена пункция и дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ, и у 8 пациентов выполнялась, лапароскопическое дренирование абсцессов брюшной полости. Пункция и дренирование абсцессов проводилось по следующей методике: при УЗИ в брюшной полости выявлялось патологическое жидкостное образование, и определяли оптимальную траекторию пункционного канала, чтобы избежать повреждения расположенных рядом полых органов и круп-

ных кровеносных сосудов, с использованием цветного доплеровского картирования. Затем производилось дренирование либо стилет-катетером с помощью набора Ившина, либо по методике Сельдингера - двойной пункционной иглой G18-20, дренажем типа «свиной хвост» F9-F12, с помощью рентгенконтрастного проводника. Содержимое абсцессов отправлялось на бактериологическое исследование. Эффективность лечения оценивали при динамическом УЗИ и фистулографии. В 8 наблюдениях для диагностики и лечения послеоперационных абсцессов мы применили лапароскопические вмешательства. Операция состояла из следующих этапов: обзорная лапароскопия, вскрытие полости абсцесса, санации гнойной полости и дренирование гнойника. Наличие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений вокруг подпеченочного абсцесса вынудило в 2 наблюдениях выполнить конверсию и закончить операцию из лапаротомного доступа.

И 10 пациентам (контрольная группа) была выполнена либо релапаротомия, либо конверсия, либо лапаротомия после проведенных ранее лапароскопических операций, вскрытие и дренирование абсцесса брюшной полости. Пациенты в этих группах были соотносимы по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям (преобладали ИБС и артериальная гипертензия). В обеих группах большую часть составили больные пожилого и старческого возраста от 45% до 54%.

У больных с выявляемыми в послеоперационном периоде гипертермией и ограниченными жидкостными образованиями брюшной полости при УЗИ, и без признаков разлитого перитонита мы придерживались следующего алгоритма. Алгоритм заключается в последовательных этапах, где каждый последующий выполняется при неэффективности предыдущего:

1. Диагностическая тонкоигльная пункция, с биохимическим и бактериологическим исследованием полученной жидкости, в случае выявления признаков инфицирования, в полость

вводятся растворы антибиотиков и антисептиков.

2. Чрескожное дренирование под контролем УЗИ.

3. Лапароскопия, санация гнойника и наружное дренирование.

4. Релапаротомия (либо конверсия, либо лапаротомия после перенесенной лапароскопической операции).

Заключение

Выполнение миниинвазивных вмешательств позволило в более ранние сроки активизировать больных. Уменьшился срок пребывания в стационаре: у больных из контрольной группы средний послеоперационный койко-день составил 20,4, а у пациентов, которым были выполнены миниинвазивные вмешательства, средний послеоперационный койко-день снизился до 15,6.

Так же следует отметить меньшее количество местных гнойных осложнений, так в группе больных, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства, осложнений не было, а у больных, которым были выполнены открытые вмешательства, нагноение послеоперационного шва возникло в 6 случаях из 12, а у одного больного течение послеоперационного периода осложнилось подкожной эвентрацией. В группе больных, перенесших релапаротомию, отмечен 1 летальный исход, в результате тромбоэмболии легочной артерии в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, считаем эффективным предложенный алгоритм действий при выявлении ограниченных скоплений жидкости в брюшной полости в послеоперационном периоде. Миниинвазивные вмешательства, можно считать методом выбора в лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости.