

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Способы дренирования брюшной полости
после экстренных и плановых вмешательств
в зависимости от характера патологии».**

Выполнила:
Студентка 4 курса 2 группы
Педиатрического факультета
Мурзагалиева А.К.

Проверил:
Кухтенко Ю.В.
и кер"
Сур

Волгоград, 2017/2018 уч.год

Оглавление

1.1 Общие принципы дренирования брюшной полости	3
2.1 Дренирование брюшной полости при остром аппендиците	7
2.2 Дренирование брюшной полости при остром холецистите	7
2.3 Дренирование брюшной полости при остром панкреатите	8
2.4 Дренирование брюшной полости при перфоративной язве	9
2.5 Дренирование брюшной полости после резекции желудка	9
2.6 Дренирование брюшной полости при кишечной непроходимости.....	9
2.7 Дренирование брюшной полости после удаления селезенки	9
2.8 Дренирование брюшной полости после гемиколэктомии.....	10
2.9 Дренирование брюшной полости при перитоните	10
2.10 Дренирование при повреждениях мочевого пузыря	12
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	13

1.1 Общие принципы дренирования брюшной полости

Понятие рационального дренирования брюшной полости включает в себя комплекс приемов, обеспечивающих беспрепятственный отток жидкости из брюшной полости. Прежде всего имеется в виду обеспечение оттока гноя при перитоните — первостепенная задача лечения любого гнойного процесса.

Успешное дренирование брюшной полости возможно лишь при соблюдении условий: дренаж должен стоять в местах скопления жидкости, быть проходимым. Его устанавливают в отлогих участках брюшной полости и некоторых ее карманах, а больному рекомендуют положение в постели, способствующее наилучшему дренированию. При перитоните, как правило, показано возвышенное положение, в ряде случаев требуется положение на боку, спине. Сложнее обеспечить проходимость дренажа. В целях дренирования широко распространено введение резиновых трубочных дренажей, а также дренажей из синтетических материалов.

Все дренажи из подручного материала имеют недостаток — они становятся непроходимыми в ближайшие сутки. Недостаточному оттоку способствует не только закупорка просвета дренажа, но и сращения, и пробки из фибрина (гноя), образующиеся в брюшной полости вокруг введенных трубок.

В протоколах операций все еще встречается выражение «брюшная полость дренирована микроирригатором». Не следует смешивать понятия «дренирование» и «обеспечение возможности внутрибрюшного введения лекарственных веществ» (антибиотиков, антисептиков, кортикостероидов, противоопухолевых препаратов). Капиллярный дренаж, микроирригатор, ниппельная трубочка и другие тонкие резиновые трубочки и синтетические катетеры, неправильно называемые дренажами, не могут обеспечить оттока из брюшной полости. Их небольшой диаметр исключает эту возможность, хотя чем тоньше трубочка, тем меньше она способствует развитию спаечного процесса. Назначение таких ирригаторов состоит в том, чтобы вводить по

ним в брюшную полость лекарственные вещества. Нельзя вводить в полость брюшины концентрированные растворы антибиотиков, как не следует использовать их в виде присыпки во время лапаротомии. Доказано, что этим стимулируется развитие раннего спаечного процесса. Антибиотики для инстилляций в брюшную полость надо разводить 0,25 % новокаином. В 100 мл такого раствора может содержаться 0,25—0,5 г антибиотика. Желательно, чтобы раствор был согрет до температуры тела (37—37,5°C). При идиосинкразии к новокаину можно использовать физраствор, раствор фурацилина 1:5000.

В целях дренирования брюшной полости иногда применяют марлевые тампоны. В силу капиллярных свойств марли тампон вначале обладает всасывающими свойствами, то есть обеспечивает отток из брюшной полости, однако он в большей степени, чем другие материалы, способствует раннему образованию спаек, организации экссудата, формированию отграничивающих сращений. Кроме того, через несколько часов марлевый тампон утрачивает всасывающие свойства, становится пробкой, способствующей образованию внутрибрюшных сращений, закрывающую отверстие в брюшной стенке и создающей условия для размножения микроорганизмов. Применение марлевых тампонов может сопровождаться парезом кишечника, нарушением сердечной деятельности. Чаще наблюдается пневмония, медленнее заживают раны, в месте введения марлевых тампонов чаще возникают послеоперационные грыжи (до 15 % случаев). Так называемый сигарообразный дренаж, то есть марля, обернутая полоской перчаточной резины, быстро перестает выполнять функцию дренажа, поскольку лишается своих свойств капиллярности. К недостаткам такого дренажа относится также невозможность использования его для внутрибрюшных вливаний. Таким образом, применение марлевых тампонов в целях дренирования, то есть обеспечения оттока из брюшной полости, недопустимо. Оно может быть показано только в случаях, когда нет уверенности в окончательном гемостазе или нужно отграничение

воспалительного процесса. Итак, всевозможные трубки, как и марлевые тампоны, не обеспечивают должного оттока. Этой цели более всего отвечают силиконовые дренажи, выпускаемые промышленностью, а при отсутствии их — трубочно-перчаточные дренажи, где перчаточная резина играет роль выпускника содержимого. Для изготовления последних используют резиновую или нежесткую пластмассовую (медицинскую) трубку с дополнительными боковыми отверстиями у конца, погружаемого в брюшную полость вместе со стерильной резиновой хирургической перчаткой с отрезанными пальцами. Следует отметить, что окружающие ткани почти инертны к перчаточной резине и только в отдельных случаях на 5—7 сутки отмечается слабая реакция брюшины. Перчатки стерилизуют кипячением (стерилизованные в автоклаве и обработанные тальком перчатки для дренирования не пригодны, так как тальк, попадая в брюшную полость, способствует образованию спаек). Отток происходит по перчатке. Трубка в таком дренаже выполняет функцию каркаса. Без нее полоска перчаточной резины сдавливается тканями брюшной стенки и, пока отверстие не сформировалось, чисто перчаточный дренаж не обеспечивает оттока. Кроме того, по трубке можно вводить в брюшную полость растворы антисептиков и антибиотиков. Трубочно-перчаточный дренаж, как и любой другой, следует вводить вне основной операционной раны, через специально сделанные разрезы — контрапертуры. Исключение можно сделать лишь для типичной аппендэктомии. В несложной процедуре нанесения контрапертуры, проведения и фиксации дренажа первостепенное значение имеют некоторые технические детали. Место контрапертуры определяют с учетом локализации и особенностей патологического процесса. Кожу в месте контрапертуры рассекают на участке длиной 3—5 см в зависимости от толщины подкожного жирового слоя. Кожная рана должна быть шире самого дренажа для беспрепятственного оттока, что является профилактикой развития флегмоны брюшной стенки в месте дренирования. Скальпелем рассекают и апоневроз. Эта рана на 1—2 см уже предыдущей. Далее под контролем зрения и руки,

введенной в брюшную полость, буравящими движениями через остальные слои брюшной стенки проводят сложенный массивный зажим или корнцанг. Разведением его браншей расширяют ход, проложенный в мышцах и брюшине, до 2—3 см в диаметре. Смыканием браншей захватывают будущий наружный конец дренажа, подаваемого через основную операционную рану в брюшную полость, после чего обратным движением корнцанга выводят его наружу. Однако еще до захватывания дренажа и выведения его из брюшной полости надо убедиться в том, что из раневого канала нет кровотечения, а если оно обнаружено, то необходимо его остановить (обычно прошиванием). Несоблюдение этого правила, особенно при использовании после операции гепарина, может явиться причиной значительного кровотечения, не только наружного, но и в брюшную полость. По возможности дренаж должен располагаться так, чтобы с одной стороны от него была стенка живота, а с другой — орган брюшной полости. Недопустимо, чтобы кишки окутывали дренаж, так как это способствует интенсивному образованию спаек. Избыток дренажа подтягивают наружу и отсекают так, чтобы над кожей осталось не менее 2—3 см его. Выведенные дренажи непременно надо фиксировать при помощи шва, трубку и перчатку отдельно. Без этого дренаж иногда «уходит» в брюшную полость либо может быть непреднамеренно извлечен при перевязках. Сроки дренирования брюшной полости колеблются от 2—3 до 5—7 сут, в отдельных случаях дольше. Поскольку трубка довольно быстро становится непроходимой и при длительном контакте со стенкой кишки может образоваться пролежень, ее обычно удаляют на 3-4 сутки (не позднее 5-х суток). Если к этому времени из брюшной полости по перчатке продолжается выделение экссудата, надо трубку извлечь, а перчатку оставить. Для этого снимают лигатуру, фиксирующую трубку, и извлекают последнюю, удерживая перчатку, которая остается фиксированной швами. На следующий день оставленный перчаточный дренаж немного подтягивают. Если в дальнейшем отток жидкости прекращается, то перчаточный дренаж удаляют на 6—7 сутки. При продолжающемся поступлении жидкости

дренаж удалять не следует, целесообразно заменить его новым перчаточным дренажем. Дренаж должен находиться в брюшной полости до полного прекращения его функционирования. Всегда следует помнить, что чрезмерный диаметр контрапертуры часто ведет к возникновению послеоперационной грыжи, недостаточный — к сдавливанию и возможному отрыву дренажа при его извлечении.

2.1 Дренирование брюшной полости при остром аппендиците

Обнаружение во время операции деструктивных изменений в червеобразном отростке с наличием гнойного выпота, особенно у пациентов с выраженным подкожным жировым слоем, а также у пожилых и ослабленных пациентов, есть показанием к дренированию брюшной полости. Если в процессе аппендэктомии обнаруживается лишь местный перитонит, достаточно подведения одного силиконового или трубочно-перчаточного дренажа через аппендикулярный разрез в правой подвздошной области. Если обнаружен аппендикулярный инфильтрат или при катаральном аппендиците в полости живота скопилось большое количество серозной жидкости, показано введение микроирригатора для инстилляции антибиотиков. В случаях, когда вскрыт аппендикулярный абсцесс, не удается остановить капиллярное кровотечение из ложа червеобразного отростка, оторвалась верхушка отростка, нет уверенности в достаточном лигировании брыжейки отростка, целесообразно введение марлевого тампона. Марлевый тампон надо удалять на 5—7 сутки, лучше поэтапно. На 3-4 сутки его подтягивают (начало ослизнения), а спустя 2—3 сут удаляют полностью. Взамен вводят полоску перчаточной резины, что предупреждает преждевременное склеивание краев раны и задержку в глубине ее отделяемого.

2.2 Дренирование брюшной полости при остром холецистите

При операциях, производимых по поводу острого холецистита, холецистопанкреатита (холецистэктомия, холецистостомия или расширенные

операции на внепеченочных желчных путях), всегда требуется дренирование подпеченочного пространства. Наш опыт показывает, что через контрапертуру в правом подреберье следует подводить в подпеченочное пространство к сальниковому отверстию трубочно-перчаточный дренаж. При этом целесообразно использовать способ Спасокукоцкого. Берут косо срезанную трубку длиной до 20 см с одним боковым отверстием на расстоянии 2—3 см от нижнего конца. Нижний срез подводят к сальниковому отверстию, а боковое окно — к культе пузырного протока и ложу желчного пузыря. При необходимости дренирования желчных путей соответствующую трубку внутреннего дренажа выводят через прокол брюшной стенки выше трубочно-перчаточного дренажа. Операции на печени при ее травмах, после вскрытия абсцессов и при других манипуляциях следует заканчивать дренированием подпеченочного пространства и правого бокового канала брюшины трубочно-перчаточными выпускниками, которые часто приходится комбинировать с марлевыми тампонами из-за возможного кровотечения или при необходимости отграничения процесса.

2.3 Дренирование брюшной полости при остром панкреатите

При панкреонекрозе и гнойном панкреатите возникает необходимость в дренировании в целях удаления гнойного или богатого ферментами экссудата, подведения антибиотиков к очагу, осуществления проточного орошения сальниковой сумки. Дренировать панкреатическое ложе и сальниковую сумку можно с помощью рассечения желудочно-ободочной, печеночно-желудочной связок, брыжейки поперечной ободочной кишки или люмботомии в левой или правой поясничной области. Рассечение желудочно-ободочной связки позволяет провести детальный осмотр поджелудочной железы, изолировать дренаж от свободной брюшной полости путем подшивания листков связки к париетальной брюшине передней брюшной стенки. К ложу подводят трубочно-перчаточный дренаж. Только при нарушении целостности малого сальника и обширных затеках в подпеченочное пространство необходимо провести тампонаду

вскрытием желудочно-печеночной связки. Люмботомия показана при обширных ретропанкреатических затеках, глубоких очаговых изменениях задней поверхности поджелудочной железы, некрозе забрюшинной клетчатки.

2.4 Дренаживание брюшной полости при перфоративной язве

При операциях по поводу перфоративной язвы показано дренаживание трубочно-перчаточным дренажем правого бокового канала через контрапертуру в правой подвздошной области, куда чаще всего затекает излившееся содержимое, удаление которого не исключает воспаления брюшины. В этом случае следует также ввести микроирригатор в правое подреберье (наиболее вероятный очаг инфицирования) для введения антибиотиков. Иногда приходится устанавливать дренаж в полости малого таза (через контрапертуру в правой подвздошной области).

2.5 Дренаживание брюшной полости после резекции желудка

После резекции желудка по Бильрот-2 и при отсутствии уверенности в надежности закрытия культи, особенно у больных с острым желудочно-кишечным кровотечением, наряду с ее трансназальным дренаживанием, подводят трубочно-перчаточный дренаж к культе через контрапертуру в правом подреберье.

2.6 Дренаживание брюшной полости при кишечной непроходимости

При операциях по поводу острой непроходимости кишечника дренаживания брюшной полости не требуется, если нет перитонита; при его наличии дренаживание проводят по общим правилам.

2.7 Дренаживание брюшной полости после удаления селезенки

После удаления селезенки в случае ее разрыва левое поддиафрагмальное пространство следует дренаживать трубочно-перчаточным дренажем через контрапертуру, расположенную в наружном отделе левого подреберья.

2.8 Дренаживание брюшной полости после гемиколэктомии

Область анастомоза после резекции левой половины толстой кишки надо экстраперитонизировать и дренировать трубочно-перчаточным дренажем в целях профилактики перитонита в случае недостаточности швов.

2.9 Дренаживание брюшной полости при перитоните

При общем перитоните целесообразно промывание брюшной полости во время операции (лаваж), обеспечивающее наиболее эффективное очищение ее от гнойного экссудата без значительного повреждения мезотелия брюшины. При диффузном перитоните предварительно изолируют непораженные отделы полости живота марлевыми салфетками, стерильными полотенцами. Воспалительный процесс нельзя ликвидировать одноразовой санацией, поэтому рациональное дренирование приобретает в послеоперационный период первостепенное значение. При общем гнойном перитоните, независимо от причины его возникновения, осуществляют дренирование из 4 точек силиконовыми или трубочно-перчаточными дренажами. Контрапертуры накладывают в обоих подреберных и подвздошных областях. Дренажи вводят в поддиафрагмальные, подпеченочное пространства и в оба боковых канала. При этом дренаж, проведенный через левый боковой канал, погружается в малый таз. Если источником перитонита был острый гнойный панкреатит, дополнительный дренаж устанавливают в полости малого сальника. При общем перитоните, обусловленном прорывом абсцесса забрюшинного пространства, наряду с дренированием из 4 точек, трубочно-перчаточный дренаж подводят к очагу в забрюшинном пространстве и выводят кзади. Необходимость в таком дренировании встречается при аппендиците с забрюшинным расположением червеобразного отростка, панкреатите, нагноениях забрюшинных гематом, пионефрозе, паранефрите. Дренаж в этих случаях обычно подводят через контрапертуру в поясничной области. При прорыве внутрибрюшных абсцессов после их санации трубочно-перчаточный дренаж вводят в полость абсцесса. При диффузном перитоните, не распространяющемся на верхний

этаж брюшной полости, вместо дренажей в обеих подреберных областях допустимо введение микроирригаторов. Раствор антибиотиков, вводимых через тонкие трубочки в пространство под диафрагмой, будет стекать в нижний этаж брюшной полости, а отток осуществляться по трубочно-перчаточным дренажам, введенным в подвздошные области. Если диффузный перитонит вызван острым холециститом, перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, дренажи вводят в подпеченочное пространство и в оба боковых канала (через подвздошные области). При перитоните, ограниченном зоной таза, трубочно-перчаточные или другие дренажи вводят через контрапертуры в подвздошных областях и через боковые каналы брюшины проводят ко дну таза. При отграниченных обширных тазовых абсцессах целесообразно у женщин вводить дренаж путем задней кольпотомии, а у мужчин — через прямую кишку. Трубочный элемент дренажа, который используют также для введения в брюшную полость антисептиков, как уже указывалось, подлежит удалению на 3-4 сутки, в то время как остающийся перчаточный дренаж в эти сроки только подтягивают. Если при этом оттока жидкости не наблюдается, то перчаточный дренаж удаляют на 6—7 сутки, если же выделения продолжают поступать по дренажу, его заменяют новым и оставляют в брюшной полости до полного прекращения функционирования. Больной с дренированной брюшной полостью нуждается в тщательном динамическом наблюдении, так как сам дренаж может стать источником дополнительных осложнений (непроходимости кишечника, пролежней). Н. Н. Каншин рекомендует активное дренирование гнойных ран и полостей. Он разработал два варианта метода, основанного на введении в гнойную полость или в зашиваемую гноящуюся рану двухпросветной дренажной трубки ТММК, используемой затем для промывания с длительной аспирацией. В зависимости от размера гнойной полости устанавливают 1, 2, 3 дренажные трубки и более оригинальной конструкции. К микроканалу подключают капельное вливание (слабый раствор антисептика, стерилизованная кипячением вода) а к

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 2 группы
Мурзагалиевой А.К.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент

Кур

Кухтенко Ю.В.