

Видеолапароскопический адгезиолизис в раннем послеоперационном периоде – как инновация в решении проблемы Спаечной болезни брюшной полости

Ступин Виктор Александрович, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.
Мударисов Ринат Рифкатович, к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Заведующий 7 хирургическим отделением ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова.
Алиев Салех Ровшанович, к.м.н., ассистент заведующий учебной частью кафедры госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Врач хирург ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова.
Гафина Анастасия Александровна, ассистент кафедры госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Врач хирург ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова.
Джаббаров Афар Джаббарович, аспирант кафедры госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Целью исследования - улучшить полученные результаты лечения больных, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, по средствам Видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде. Обследованы 150 больных в отдаленном послеоперационном периоде (от 6 месяцев): 1 группа (80 пациентов) – открытое оперативное вмешательство, затем стандартная послеоперационная терапия; 2 группа (70 больных) – открытое оперативное вмешательство, затем на 4-5 сутки ВЛА с введением в брюшную полость противоспаечного геля. После обследования, выявлено, что применение ВЛА в раннем послеоперационном периоде в 2 раза позволяет снизить риск рецидива развития СББП и ее осложнений. Доказана необходимость профилактики спайкообразования у пациентов перенесших открытое оперативное вмешательство по поводу Острой спаечной кишечной непроходимости, путем использования Видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде с введением в брюшную полость барьерных противоспаечных средств на 3-4 сутки после открытого оперативного вмешательства. Данная профилактика у пациентов со СОКН позволяет снизить риск рецидива развития спаечной болезни в отдаленном послеоперационном периоде в 2 раза по сравнению со спайкотомией, которым профилактика спайкообразования не проводилась, что доказывает целесообразность применения и внедрения данной методики в клиническую практику. Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, Видеолапароскопический адгезиолизис, спаечная болезнь брюшной полости, отдаленные результаты.

Актуальность темы

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – одно из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии, представляющее собой синдром, проявляющийся нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различными клиническими и морфологическими изменениями пораженной части кишки, а позднее, и всех систем организма. Несмотря на высокий уровень развития современной медицины, вопрос лечения ОКН является актуальным, что связано, прежде всего, со значительной частотой встречаемости и высоким уровнем летальности (1, 2, 9, 11). В настоящее время по частоте возникновения ОКН занимает пятое место среди основных форм «острого живота». По мнению Савельева В.С. (2007) данная патология по летальным исходам делит 1-2 места среди всех острых заболеваний органов брюшной полости и может возникать во всех возрастных группах, но наибольшая частота встречаемости отмечена в возрасте от 30 до 60 лет, то есть у людей трудоспособного возраста. Это еще раз подчеркивает социальную значимость данной проблемы.

В 75-80% случаев причиной возникновения механической кишечной непроходимости является спаечный процесс брюшной полости (5, 6, 10). Формирование внутрибрюшных сращений – это одно из самых частых и тяжелых осложнений полостной хирургии как в раннем так и в отдаленном п/о периоде, так как оно служит основной причиной развития ОКН. Летальность при СОКН, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 55%. Рецидивы спаечной болезни брюшной полости после операции по поводу спаечной кишечной непроходимости составляют 32-71% (3, 6). Такая высокая частота встречаемости и летальности, по мнению многих авторов, обусловлена как поздним обращением больного в стационар, проблемами диагностики и задержкой оперативного лечения, так и отсутствием профилактики мер для предупреждения образования внутрибрюшных сращений (3, 4, 8).

Цель исследования.

Улучшение отдаленных результатов лечения больных оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы.

Проведено рандомизированное сравнительное проспективное исследование 150 пациентов, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре ГКБ№15 им. О.М. Филатова г. Москвы в период с 2000г. по 2013г. по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Больные были разделены на две группы. Первую, контрольную, группу составили 80 пациентов, у которых комплексная пред- и послеоперационная лечебная программа строилась на основе традиционных базисных методов лечения и включала в себя оперативное пособие с лапаротомным доступом.

Вторую – основную группу составили 70 пациентов, которым кроме общепринятых лечебных мероприятий дополнительно при-

На стыке проблем



График 1. Распределение по количеству перенесенных в анамнезе операций пациентов обеих групп

меняли разработанный в клинике комплекс интра- и послеоперационной профилактики спайкообразования. С целью интраоперационной профилактики спайкообразования в раннем послеоперационном периоде на 3-4 сутки после первичного оперативного вмешательства пациентам основной группы выполняли видеолапароскопический адгезиолизис с введением в брюшную полость противоспаечных «барьерных препаратов». Через дренажный канал накладывался пневмоперитонеум, затем вводились инструменты-манипуляторы. После ревизии брюшной полости выявлялся выраженный рыхлый спаечный процесс в основном по ходу послеоперационной раны. Спайки разделялись тупым путем, производилась санация брюшной полости, и заканчивалось оперативное вмешательство введением в брюшную полость «барьерного препарата» - противоспаечного геля «Мезогель» на основе карбоксиметилцеллюлозы. Основным механизмом его действия является предотвращение перехода «нестабильного» фибрина в нерассасывающиеся спайки за счет связывания ионов кальция на десерозированных поверхностях. Кроме того он обладает антиадгезивными свойствами, разобщая десерозированные поверхности на период формирования послеоперационных сращений.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и наличию сопутствующей патологии.

Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкалам MODS и SAPS. Тяжесть полиорганной дисфункции по шкале MODS у пациентов обеих групп составляла от 3 до 12 баллов, тяжесть общесоматического состояния по шкале SAPS колебалась от 3 до 12 баллов.

Возраст пациентов первой группы колебался от 17 до 75 лет (средний возраст составил 38,2±8,4 лет, p<0,05), соотношение мужчин и женщин было 1 : 2,5 (23 мужчин и 57 женщин). Во второй группе было 19 мужчин и 51 женщин, в возрасте от 17 и до 73 лет (средний возраст пациентов составил 37,6±6,9 лет, p<0,05).

В обеих группах у больных в анамнезе было от 1 до 8 операций на органах брюшной полости.

Методика и техника видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде.

Основными этапами видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде являются:

1. Предоперационная подготовка,
2. Оперативное вмешательство,
3. Интраоперационная профилактика спаечной болезни.

Оперативное вмешательство.

Основными задачами видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде являются:

1. восстановление кишки от-

носительно париетальной брюшины и друг друга,

2. восстановление подвижности пряди большого сальника относительно париетальной брюшины и петель тонкой кишки,

3. вскрытие и удаление острых жидкостных скоплений между петлями тонкой кишки,

4. санация брюшной полости путем удаления выпота, сгустков крови,

5. дополнительный гемостаз,

6. профилактика интраоперационных осложнений ВЛА,

7. введение в брюшную полость противоспаечного геля.

Результаты хирургического вмешательства во многом зависят от методики операции, тщательности техники выполнения различных её этапов, травматичности манипуляций на органах брюшной полости и продолжительности вмешательства. Техника выполнения лапароскопического адгезиолизиса зависит от выраженности и распространенности спаечного процесса, от степени вовлечения в спаечный процесс передней брюшной стенки. Все видеолапароскопические операции выполнялись в условиях большой операционной, развернутой для выполнения традиционной полостной операции с соответствующим анестезиологическим обеспечением. Переход на лапаротомию не должен быть неожиданностью для хирургов, анестезиологов и персонала операционной и не удлинит подготовительный этап операции. Потенциальная возможность такого перехода всегда имеется при любой видеолапароскопической операции.

Вопросы анестезиологического пособия при видеолапароскопических операциях на органах брюшной полости анализируются достаточно полно. Описаны методы обеспечения, обусловленные созданием пневмоперитонеума, изменением положения тела и адсорбцией инсულიруемого газа. Общее обезболивание и контроль жизненно важ-

ных функций, проводятся с учетом возможных патофизиологических последствий:

- нарушение кровообращения органов брюшной полости.
- нарушение сердечной деятельности.
- сдавление легких при поднятии диафрагмы.

Анестезия при выполнении ВЛА в раннем послеоперационном периоде проводилась с помощью ларенгиальной маски.

Пациент укладывается в положение на спине. В ходе операции возникает потребность в изменении положения операционного стола, поэтому больная надежно фиксируется, а стол должен быть мобилен и легко управляем.

Размещение в операционной эндоскопической стойки, стола операционной сестры, хирургической бригады и анестезиологического оборудования чрезвычайно важны для правильного расположения оперирующего хирурга, ассистента, эндоскопических инструментов, видеокамеры, операционного поля и видеомонитора.

Операционная бригада состоит из хирурга, одного ассистента, операционной сестры, анестезиолога и сестры-анестезистки. Оперирующий хирург располагается слева от пациента, а ассистент напротив хирурга. Стол операционной сестры устанавливается со стороны хирурга у ног больного. Видеоэндоскопическая стойка располагается у ног пациента справа, а хирург стоит слева от пациента. Видеомонитор устанавливается таким образом, чтобы оперирующий хирург видел его экран через операционное поле. Правильная ориентация и прямая проекция обеспечивают точность и слаженность манипуляций инструментами в брюшной полости во время операции. Расположение наркозного оборудования и анестезиологической бригады обычно - у головы пациента или слева от него. Для полноты движения оперирующей хи-

рурга и ассистента руки пациента устанавливаются вдоль туловища, так же мы при облачивании пациента не пользуемся дугой.

Подготовка и инструментов, обработка и отграничение операционного поля выполняются таким образом, чтобы при необходимости можно было быстро перейти на лапаротомию.

Операция начинается с введения троакара. По дренажному каналу в правой подвздошной области в брюшную полость вводился 10 мм ретрактор в виде палки закругленных атравматический с обеих сторон, по нему в брюшную полость вводился троакар 10 мм и накладывался пневмоперитонеум.

Инсуффляцию газа (СО2) проводим со скоростью 1 л/мин. Такая скорость введения, при условии постоянного мониторинга, позволяет своевременно выявить возможные нарушения сердечного ритма и нестабильности гемодинамики и прекратить введение газа. Характерными признаками эффективности наложения пневмоперитонеума являлись исчезновение печеночной тупости и равномерное приподнимание брюшной стенки. Всего в брюшную полость вводили 2,5-3,0 л. Газа. Для создания необходимого рабочего пространства считаем достаточным давление в брюшной полости в пределах 10-12 мм.рт.ст. При этом, обязательным условием для выполнения операции является полная релаксация больного. Через перый троакар в брюшную полость осторожно вводим лапароскоп, соединенный с видеокамерой. При этом в 68 (97,1%) случаях сразу отмечено наличие спаечного процесса между прядью большого сальника, петель тонкой кишки и передней брюшной стенкой. Осторожно, под контролем зрения, лапароскопом, там где имеется рыхлый спаечный процесс освобождаем петли тонкой кишки и прядь большого сальника, от передней брюшной

ложной от срединной раны к передней брюшной стенке и после разреза кожи длиной 1,0 см (форма и направление разреза определяется принципами косметической хирургии) в левом мезогастрii параректально в брюшную полость вводим дополнительный троакар 10 мм.

Далее под контролем лапароскопа с помощью манипулятора (ретрактора) первым этапом освобождаются петли тонкой кишки и прядь большого сальника на всем протяжении от передней брюшной стенки. В нашем исследовании у 97% больных отмечено наличие спаечного процесса в проекции п/о раны с вовлечением петель тонкой кишки и пряди большого сальника. В 19 (27,1%) случаях спаечный процесс в проекции п/о раны самопроизвольно разрушался при инсуффляции воздуха, в остальных случаях разрушение спаек потребовало применения специальных инструментов, ретракторов.

Вторым этапом производится ревизия петель тонкой кишки и пряди большого сальника. В 47 (67,1%) случаях было выявлено достаточно плотное подпаивание пряди большого сальника к петлям тонкой кишки, который так же во всех случаях был разделен, при этом в 23 (32,8%) случаях между петлями тонкой кишки были выявлены осумкованные жидкостные образования серозной жидкости вместе со сгустками крови. В 3 (4,2%) случаях при ревизии петель тонкой кишки выявлено плотное подпаивание петель тонкой кишки к париетальной брюшине малого таза с образованием двустовко и нарушением проводимости по ним с расширением приводящих петель тонкой кишки до 3,5 см. Случаи расщены как ранняя послеоперационная спаечная

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза. В 43(61,4%) случаях после освобождения проекции п/о раны выявлена диффузная кровотоочивость из краев брюшной раны в области лапаротомной раны. Гемостаз производился

с помощью электрокоагуляции. После чего производилась окончательная ревизия брюшной полости для исключения интраоперационных осложнений ВЛА, в нашем исследовании ни в одном случае.

Окончательным этапом операции являлось введение в брюшную полость 100 мл противоспаечного геля Мезогель на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Что касается вопроса дренирования брюшной полости, не считаем необходимым производить дренирование брюшной полости (при условии достижения надежного гемостаза), что позволяет провести раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде. Дренирование брюшной полости не производилось ни в одном случае.

Третьим этапом производилась санация брюшной полости путем удаления сгустков крови, выпота с помощью электроотсоса. Важным считаем удаление выпота и сгустков крови по диафрагмальной поверхности печени с целью профилактики образования висцеро-париетальных спаек между капсулой печени и передней брюшной стенки, так как в дальнейшем такие пациенты неоднократно предъявляют жалобы на боли в правом подреберье особенно при движении.

Четвертым этапом операции является введение гемостаза