

А.И. Хрипун, Г.Б. Махуова, И.Ю. Перевезенцев

**СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ***Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Цель исследования: изучить возможности применения заплаты из пористого политетрафторэтилена для временной декомпрессии брюшной полости при использовании тактики повторных релапаротомий у больных с разлитым перитонитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены больные, оперированные по поводу наиболее тяжелых форм перитонита ($n = 24$). Большинство пациентов поступило спустя 72 часа от начала заболевания. Три четверти всех больных имели сопутствующую патологию. Тяжесть состояния больных по системе оценки APACHE II превышала 10 баллов, причем у трети из них этот показатель превышал 21 балл. Один пациент оперирован на фоне диагностированного острого инфаркта миокарда. Из всех причин развившегося перитонита наиболее частой был гангренозно-перфоративный аппендицит (37,5 %). Оперативное вмешательство являлось основным этапом лечения. Объем операции был адекватен его нозологической причине. Показаниями для использования методики, предусматривающей декомпрессию заплатой, считали макроскопическую картину паралитического илеуса, а также наличие тяжелой сопутствующей патологии кровообращения и дыхания. В 75 % случаях пористого политетрафторэтилена заплату использовали при ушивании брюшной полости на первой операции. Количество релапаротомий после имплантации заплаты варьировало от 2 до 6. Одним из критериев завершения цикла санационных релапаротомий считали уровень внутрибрюшной гипертензии не превышающий 15 мм рт.ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование пористого политетрафторэтилена заплаты для временного декомпрессивного закрытия лапаротомной раны с последующими программированными санациями брюшной полости у пациентов с распространенными формами перитонита продемонстрировало благоприятное течение послеоперационного периода у этой тяжелой категории больных. Все больные (за исключением трех умерших в ближайшие часы после операции) экстубированы в течение первых суток. Стабильность гемодинамики у всех выживших больных не потребовала назначения вазопрессоров, в том числе, и у больного с исходно развившимся инфарктом миокарда. Течение перитонита характеризовалось высокими темпами стихания воспалительных явлений и разрешения пареза кишечника. Эффект декомпрессии брюшной полости проявлялся отсутствием внутрибрюшной гипертензии в послеоперационном периоде. Осложнений со стороны органов брюшной полости при использовании пористого политетрафторэтилена заплаты не наблюдали. Высокую эффективность способа коррекции внутрибрюшной гипертензии в комплексном лечении перитонита также подтверждает минимальное количество раневых и органных осложнений (4,8 %).

ВЫВОДЫ

Способ декомпрессивного ушивания передней брюшной стенки с применением пористого политетрафторэтилена заплаты обеспечивает не только атравматичный доступ для многократных санаций брюшной полости, но и предотвращает развитие известных осложнений существующих декомпрессивных вариантов закрытия брюшной полости.

А.И. Хрипун, Г.Б. Махуова

**ЗНАЧЕНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ***Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Цель исследования: выбор способа завершения операции у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью с учетом риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 120 пациентов, оперированных по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости в период 2007 – 2009 гг. Среди них мужчин было 53,7 %, женщин 46,3 %. Средний