

## НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАКРЫТОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ СИСТЕМОЙ ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА

Э. Х. Байчоров, Р. З. Макушкин, Б. Б. Хациев, Д. И. Башта, А. В. Оганесян  
Ставропольская государственная медицинская академия

**Р**аспространенный гнойный перитонит (РГП) является одним из грозных осложнений в абдоминальной хирургии и сопровождается высокой летальностью, которая варьирует от 20 до 70 %. При этом количество больных с распространенным гнойным перитонитом не снижается, а имеет тенденцию к росту, что обусловлено как ростом количества оперативных вмешательств и частотой осложненных форм абдоминальной патологии, так и увеличением количества ранений и травм [3, 4, 5].

Основным методом лечения распространенного гнойного перитонита остается хирургическое устранение источника инфекции, и одним из методов хирургического лечения РГП является метод лапаротомии, при котором брюшная полость оставляется открытой или же ушивается временными швами, после чего в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом осуществляют релапаротомии. Недостатком данного способа является риск осложнений со стороны раны, эвентрации внутренних органов, диастаз мышц передней брюшной стенки [1, 2, 3, 6].

**Материал и методы.** С целью совершенствования способов лапаротомии и улучшения результатов хирургического лечения предложена и внедрена в клинику система для малоинвазивного доступа «Dextrus». Этот способ позволяет лапароскопически осуществлять санацию брюшной полости, обеспечивает герметичное закрытие лапаротомии и лапаростомной раны. Сущность методики состоит в том, что после устранения источника перитонита проводят санацию брюшной полости растворами антисептиков, затем лапаротомную рану наглухо ушивают, но оставляют окно в 7,5–8,0 см в зависимости от ригидности брюшной стенки с возможностью герметизации лапаротомной раны и ее

краев с последующей установкой в окно системы для малоинвазивного доступа Dextrus по срединной линии живота и максимального доступа к очагу перитонита в эпигастрии, мезогастрии и гипогастрии, проведения ревизии брюшной полости через 24 часа под наркозом до купирования явлений перитонита.

Данная методика применена у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом, находившегося в отделении гнойной хирургии ГУЗ СККЦ СВМП. При поступлении тяжесть состояния больных оценивалась по шкале Мангеймского индекса перитонита. У 7 (33,3 %) больных тяжесть состояния была менее 20 баллов, у 12 (57,2 %) больных – от 20 до 30 баллов и у 2 (9,5 %) – более 30 баллов. Возраст больных варьировал от 20 до 64 лет, средний возраст составил 43 года. Мужчин было 14 (66,6 %), женщин 7 (43,4 %).

Характер первичной патологии, осложнившейся распространенным гнойным перитонитом, был следующим: преобладали больные с послеоперационным перитонитом – 9 (42,8 %) больных, с панкреонекрозом было 6 (28,6 %) больных, с острым аппендицитом – 3 (14,3 %) больных, с острой кишечной непроходимостью 2 (9,5 %) больных и травма как причина распространенного гнойного перитонита была у 1 (4,8 %) больного. Основной причиной послеоперационного перитонита была несостоятельность анастомозов у 5 (23,8 %) и у 1 (4,7 %) больного – ятрогенное повреждение стенки толстого кишечника.

После предоперационной подготовки, которая проводилась от 4 до 6 часов совместно с реаниматологом, выполнялась лапаротомия с устранением или ограничением источника перитонита. Санация брюшной полости выполнялась физиологическим раствором до чистых вод, лапаротомная рана ушивалась послойно узловыми швами. Установка системы для малоинвазивного доступа Dextrus проводилась в прямой проекции в зависимости от источника перитонита. В последующем выполнялся лаваж брюшной полости с интервалом 24–48 часов.

**Результаты и обсуждение.** Количество санаций брюшной полости распределилось следующим образом: 2–4 санации было у 14 (66,7 %) больных и составило наибольшее количество, 5–6 санаций было у 6 (28,6 %) больных и у 1 (4,7 %) больного потребовалось 8 санаций. У 16 (72,7 %) больных выполнялись лапароскопические санации брюшной полости, а остальным 7 (33,3 %) больным выполнены релапаротомии. Во время последних санаций брюшной полости в условиях операционной под внутривенным наркозом проводилось удаление системы Dextrus. У всех больных удалось избежать развития осложнений со стороны лапаростомной раны, а также развития эвентрации внутренних органов и диастаза мышц передней брюшной стенки и в последующем развития послеоперационных вентральных грыж. При использовании системы Dextrus появилась возможность проведения санаций

Байчоров Энвер Хусейнович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и андологии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283150161; e-mail: beh@tmz26.ru.

Макушкин Рафаэль Захарович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Невинномысской ЦГБ, ассистент кафедры хирургических болезней и андологии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89288148926.

Хациев Бекхан Баялович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней и андологии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283211335; e-mail: bkhatiev@yandex.ru.

Башта Денис Игоревич, клинический ординатор кафедры хирургических болезней и андологии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)350227.

Оганесян Арман Владимирович, аспирант кафедры хирургических болезней и андологии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283012769.

в палате интенсивной терапии без использования общей анестезии.

**Заключение.** Преимущества использования системы Dextrus заключаются в том, что она облегчает проведение лапароскопической санации брюшной полости, при необходимости позволяет осуществить легкое введение руки в брюшную полость и извлечение руки из брюшной полости; обеспечивает прямую тактильную чувствительность, способствует улучшению координации рук с глазами; дает возможность пальпации и ретракции внутренних органов и тканей; полностью герметизирует линию разреза, поддерживает пневмоперитонеум как при введенной в брюшную полость руке, так и без нее; может быть использована в качестве порта для инструментов во время лапароскопической санации брюшной полости; позволяет проводить извлечение объемных образований и инородных тел из брюшной полости при сохранении их структуры; обеспечивает снижение времени оперативного вмешательства; сохраняет преимущества малоинвазивной хирургии по сравнению с открытыми операциями.

Использование системы Dextrus позволяет при необходимости проводить санации вне операционной и

выполнять минимальные вмешательства без использования наркоза.

#### Литература

1. Бузунов, А.Ф. Лапаростомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А.Ф. Бузунов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
2. Гостищев, В.К. Лапаростомия при распространенном перитоните / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдошенко, Э.Х. Байчоров. – Ставрополь, 1991. – 171 с.
3. Гостищев, В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдошенко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
4. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье [и др.]. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
5. Курицин, А.Н. Огнестрельный перитонит / А.Н. Курицин. – М.: Медицина, 2007. – 240 с.
6. Савельев, В.С. Перитонит / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.

#### НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАКРЫТОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ СИСТЕМОЙ ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА

Э. Х. БАЙЧОРОВ, Р. З. МАКУШКИН, Б. Б. ХАЦИЕВ, Д. И. БАШТА, А. В. ОГАНЕСЯН

Представлена методика использования системы для малоинвазивного доступа Dextrus производства компании Johnson & Johnson у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом при выполнении программированных санаций брюшной полости. Оценка тяжести перитонита приведена по шкале Мангеймского индекса перитонита. Количество санаций было от 2 до 8, при этом использование системы Dextrus позволило не только облегчить саму методику санаций, но и уменьшить осложнения со стороны брюшной полости – эвентрации, нагноения краев раны и тем самым уменьшить образование послеоперационных вентральных грыж. Использование данной методики также позволило уменьшить травматизм и время санаций.

**Ключевые слова:** распространенный гнойный перитонит, санация брюшной полости, система DEXTRUS

#### NEW METHOD OF CLOSED LAPAROSTOMY IN DIFFUSE PURULENT PERITONITIS BY THE SYSTEM

#### FOR MINIMAL INVASIVE APPROACH

BAICHOROV E. KH., MAKUSHKIN R. Z., KHATSIEV B. B., BASHTA D. I., OGANESYAN A. V.

This article presents the results of programmed abdominal sanations using minimally invasive approach system DEXTRUS by Johnson & Johnson Co. during in 21 patients with diffuse purulent peritonitis. Mannheim Peritonitis Index was used for evaluation of peritonitis severity. Number of sanations differed from 2 to 8. DEXTRUS system allowed to simplify sanations and to reduce number of abdominal complications – eversions and wound infections therefore reducing number of postoperative hernias. The above method also allowed to reduce sanitation time.

**Key words:** diffuse purulent peritonitis, abdominal sanitation, DEXTRUS system

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616-001.4-089

## НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНИХ МЕДИАСТИНИТОВ

Ю. П. Савченко, Д. П. Пузанов, В. С. Якутин  
Кубанский государственный медицинский университет

Савченко Юрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: (861)2576690.

Пузанов Дмитрий Петрович, ассистент кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: (861)2576690, 89284334568.

Якутин Валентин Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: (861)2576690.

**Л**ечение острого гнойного медиастинита остаётся одной из важнейших проблем хирургии. Большую роль в патогенезе медиастинита играют воспалительные заболевания тканей и органов шеи: флегмоны, раны шеи, гнойный тиреоидит. Нередко причиной являются заболевания и ранения легких и плевры (пневмонии, абсцессы, гангрена легких, эмпиема, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь,