

пользование стационарных или одноразовых сближающих устройств, обеспечивающих дозированный декомпрессионный диастаз лапаростомы; этапные санации раны и послойное восстановление целостности брюшной стенки при завершении режима этапного лечения. Основными критериями окончания режима программируемых санаций служили: полное устранение или локализация источника перитонита, отсутствие неудалимых очагов некроза в зоне первичного очага, прозрачный серозный экссудат, отграничение петель тонкой кишки от свободной брюшной полости наложениями

организующегося фибрина, отсутствие отграниченных гнойных очагов; наличие стимулированной или спонтанной перистальтики тонкой кишки, отсутствие распространенного гнойно-некротического поражения операционной раны или передней брюшной стенки, исключающее возможность одномоментной хирургической коррекции.

Проведенное нами исследование показало, что у определенной категории больных перитонитом, программируемые санационные релапаротомии являются единственно возможным методом лечения.

**П.В. Подачин, С.В. Чубченко**

## ВЕДЕНИЕ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ ПРИ ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

*Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва)*

В этапном хирургическом лечении перитонита одной из сложных проблем остается проблема ведения лапаростомы. В настоящее время в мире существует огромное количество методов, предложенных для решения этой задачи: от применения специальных устройств, обеспечивающих программируемый доступ в брюшную полость, до полного отрицания необходимости фиксации краев раны в межоперативном периоде. Анализ характера и частоты послеоперационных осложнений, сопровождающихся поражением лапаротомной раны или передней брюшной стенки на фоне программируемых ревизий и санаций брюшной полости, был проведен у 84 больных с распространенным перитонитом. Третичный перитонит констатировали у 19 больных (22,6 %). Средний возраст больных составил  $52 \pm 15$  лет. Умерло 35 больных (40,3 %). Число программируемых ревизий и санаций брюшной полости варьировало от 2 до 21, интервал между вмешательствами составлял, как правило, одни сутки. В первой группе (44 больных) для временного сведения краев лапаротомной раны использовали дополнительные сближающие устройства: застежку типа «молния», вентрофилы (В. Braun-Dexon GmbH), «пластиковые уголки», обеспечивающие дозированное сведение краев раны при помощи четырех фторопластовых винтов, или металлические спицы от аппарата Илизарова. Среднее число санаций в группе составило  $5,7 \pm 0,9$ . Заживление раны первичным натяжением было отмечено только у 7 больных (17,5 %). Летальность в этой группе составила 43,2 % (19 больных), в том числе, в результате прогрессирующих раневых осложнений или флегмоны передней брюшной стенки – 7 больных (16 %). Повторная хирургическая обработка раны или вскрытие флегмон передней брюшной стенки после ликвидации лапаростомы потребовались у 11

больных (25 %) Заживление раны с дефектом апоневроза и последующим формированием вентральной грыжи констатировано у 20 больных (45,4 %). Во второй группе (40 больных) дозированное сведение краев лапаротомной раны выполняли отдельными узловыми швами, проведенными через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3–5 см от края раны и 7–10 см друг от друга. При последующих операциях швы старались накладывать в новых местах. Среднее число санаций в группе составило  $5,9 \pm 0,7$ . Заживление раны первичным натяжением произошло у 13 больных (35,1 %). Умерло 14 больных (35 %). Раневые осложнения, требующие повторной хирургической обработки раны, развились у 3 больных. При завершении режима этапного лечения и заключительной хирургической обработке раны у больных этой группы выполняли послойную реконструкцию брюшной стенки (чередование 8-образных и узловых швов апоневроза + редкие кожные швы по Донатти). В отличие от первой группы больных, дополнительных швов (узловые или 8-образные швы через все слои брюшной стенки с протекторами из силиконовых трубок или салфеток), а также сверхрадикальной некрэктомии, особенно в пределах мышечно-апоневротического слоя не применяли. В целях уменьшения натяжения и сближения краев раны использовали плотный бандаж или лейкопластырь. Дефект апоневроза к моменту выписки из стационара отмечен у 6 больных (15 %), формирование вентральной грыжи у 9 больных (сроки наблюдения до трех лет после операции).

Применение менее сложных и травматичных технологий фиксации краев лапаротомной раны и ликвидации лапаростомы обеспечивает лучшие непосредственные и отдаленные результаты этапного хирургического лечения перитонита.