

## ДЕКОМПРЕССИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНОВОЙ ЗАПЛАТОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Махуова Г.Б.

*Российский государственный медицинский университет*

*Кафедра общей хирургии лечебного факультета*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Хрипун А.И.*

Исходя из целесообразности коррекции внутрибрюшного давления при лечении перитонита и необходимости профилактики известных осложнений существующих декомпрессивных методик, представляет интерес возможность использования синтетической заплаты для временного закрытия лапаротомной раны в тактике программированных релапаротомий. Из существующих полимерных материалов для использования в условиях внутрибрюшной инфекции наиболее привлекателен политетрафторэтилен, однако возможности применения его при перитоните малоизучены.

**Цель:** изучение возможности применения пористого политетрафторэтилена для временного декомпрессивного закрытия брюшной полости при использовании тактики программированных релапаротомий у больных с разлитым перитонитом.

**Материалы и методы.** В исследование включены больные (n=24), оперированные по поводу наиболее тяжелых форм перитонита. Большинство пациентов поступило спустя 72 часа от начала заболевания. Примерно четверть всех пациентов были госпитализированы в течение первых трех суток от начала заболевания, причем в первые сутки – лишь один из них. Три четверти всех больных имели сопутствующую патологию, что также усугубляло тяжесть их состояния. Из всех причин развившегося перитонита наиболее частой был гангренозно-перфоративный аппендицит (37,5%). Тяжесть состояния больных по АРАСНЕ II превышала 10 баллов, причем у трети из них этот показатель превышал 21 балл. Оперативное вмешательство являлось основным этапом лечения. Объем операции был адекватен его нозологической причине. Одним из важных критериев для применения декомпрессивной методики ушивания брюшной полости считали макроскопическую картину паралитического илеуса, а также наличие тяжелой сопутствующей патологии кровообращения и дыхания. В 75% случаях заплату использовали при ушивании брюшной полости на первой операции. У двух пациентов разработанный способ временного закрытия брюшной полости применяли во время экстренной релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита. В четырех случаях способ использован после перехода на открытый метод санаций брюшной полости в результате неэффективности лапароскопического способа и прогрессирования перитонита. Количество релапаротомий после имплантации заплаты варьировало от 2 до 6.

**Результаты.** Использование политетрафторэтиленовой заплаты для временного декомпрессивного закрытия лапаротомной раны с последующими программированными ревизиями брюшной полости у пациентов с распространенными формами перитонита продемонстрировало благоприятное течение послеоперационного периода у этой тяжелой категории больных. Все пациенты экстубированы в первые сутки после завершения санаций. 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 пара-рез кишечника. Осложнений со стороны органов брюшной полости при использовании политетрафторэтиленовой заплаты не наблюдали. Количество раневых осложнений составило 4,8 %, летальность – 12,5%.

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