

УДК 616.381-002.3-031.08-089

## Методика напівзакритої лапаростомії

Н.І. СТАЦЕНКО

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

### METHOD OF HALF-CLOSED LAPAROSTOMY

N.I. STATSENKO

Crimean State Medical University by S.I. Heorhiyevsky

Із 50 хворих на розповсюджений перитоніт та інфікований панкреонекроз вибрано 12 пацієнтів, у яких використовували метод напівзакритої лапаростомії, причому 2-м із них застосували спосіб керованої лапаростомії. Цей метод оснований на тому, що при накладанні швів між краями рани залишається діастаз і внутрішньочеревний тиск перебуває в межах норми, не виникає компартмент-синдрому, який тягне за собою ланцюжок патологічних процесів в організмі. А керована лапаростомія підвищує ефективність хірургічного лікування цих хворих. Летальний кінець при використанні цього методу складає 4 % від загальної кількості хворих.

Among 50 patients with widespread peritonitis and infected pancreonecrosis were selected 12 patients. It was used method of half-closed laparostomy and in 2 patients was used the method of controlled laparostomy. This method is based on the fact when putting on sutures, between sides of wound leaves diastasis and intraabdominal pressure is normal, compartment-syndrome doesn't arise which causes pathologic processes in the organism. The controlled laparostomy improves efficacy of surgical treatment of these patients. Lethal outcome is 4 % of common amount of patients.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Дотепер післяопераційний перитоніт залишається одним із найчастіших і грізних ускладнень в абдомінальній хірургії. Незважаючи на постійне вдосконалення методів хірургічного і консервативного лікування, впровадження в клінічну практику новітніх технологій і сучасних лікарських препаратів, результати лікування даного післяопераційного ускладнення не можна визнати втішними [1, 2]. Одним із методів лікування перитоніту є лапаростомія з програмованими санаціями. Нами розроблений метод напівзакритої лапаростомії з програмованими санаціями, які відзначаються меншою травматичністю і досить ефективні в лікуванні перитоніту й абдомінального сепсису (патент на корисну модель № 27188 від 25.10.07 р.).

**Матеріали і методи.** Робота виконана на матеріалі 50 хворих із післяопераційним перитонітом (34 хворих) та інфікованим панкреонекрозом (16 хворих), лікованих методом лапаростомії з програмованими санаціями. У 4 хворих використовували відкриту лапаростомію, у 36 хворих – закрити, а у 12 пацієнтів – метод напівзакритої лапаростомії, причому у 2 із них застосовували спосіб керованої лапаростомії. Ми розглядали випадки напівзакри-

тої лапаростомії. У 3 хворих перитоніт розвинувся через неспроможність швів тонко-товстокишкового анастомозу, у 2 пацієнтів став наслідком рецидивної спадкової кишкової непрохідності і кишкових нориць, у 3 – через перфоративну виразку шлунка й абсцеси черевної порожнини, в 1 – через неспроможність білідигестивного анастомозу, в 1 – внаслідок неспроможності товсто-товстокишкового анастомозу, у 1 хворого спостерігали перитоніт як наслідок флегмони антрального відділу шлунка, абсцесу підпечінкового простору, в 1 – із приводу гангренозного калькульозного холециститу. Вік хворих коливався від 28 до 71 року. Померли 3 пацієнтів, що склало 4 % від загальної кількості хворих.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Метод напівзакритої лапаростомії в нашій клініці виконується за такими показаннями:

- ускладнення з боку рани;
- синдром абдомінальної гіпертензії;
- необхідність дорсо-вентрального лаважу;
- необхідність візуального контролю за внутрішньочеревними ускладненнями.

У пацієнтів із післяопераційним перитонітом, при сумнівних даних щодо спроможності швів анастомозу, перфораціях кишечника, які гостро виникають, візуальне спостереження за рановими виділеннями

при неушитої лапаротомній рані дозволяє вчасно зробити розкриття черевної порожнини за потребою. У наших спостереженнях протягом декількох років у 3-х пацієнтів, лікованих напівзакритою лапаростомією за програмою, виникали гострі перфорації здухвинної кишки через 3-5 год після чергової санації черевної порожнини. Тільки кишкові виділення з рани дозволили вчасно зробити оперативне втручання. Перед виконанням операції проводиться метод непрямого виміру внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) через стінку сечового міхура.

Після зняття швів із післяопераційної рани проводиться ретельна ревізія і санація черевної порожнини, причому санується спочатку більш чиста частина черевної порожнини, відмежовується, а потім та частина, де міститься джерело перитоніту. Після інтубації тонкого кишечника у його брижі встановлюється катетер діаметром 1,4 мм для введення розчину новокаїну й антибіотиків, в усі відділи черевної порожнини вводять мазь на водорозчинній основі ("Левомеколь" чи "Левосин"), на петлі накладається перфорована целофанова плівка, і рана ушивається рідкими П-подібними "салазковими" швами: між краями рани прокладається стерильна серветка, просочена маззю, яку змінюють 2 рази на добу. Після операції також проводиться систематичний контроль за внутрішньочеревним тиском. Наступна програмована

санація, як правило, проводиться через 24-48 год під ендотрахеальним наркозом. У нашій клініці використовується спосіб керованої лапаростомії. Зміст цього методу в тому, що при подальших санаціях частину живота, де міститься джерело перитоніту і зберігаються його ознаки (масивні нашарування фібрину, мутний ексудат, тьмяна серозна оболонка кишки чи відсутність ослаблення перистальтики), залишають незашитою і накладають "салазкові" шви через усі шари. Далі при санаціях "салазкові" шви розпускають, проводять санацію черевної порожнини розчинами антисептиків; частину живота, де накладені глухі шви, відмежовують стерильними серветками, щоб виключити реінфекцію. При наступній санації, якщо явища перитоніту купіровані, то і на частину черевної порожнини, що залишилася, накладають глухі шви.

**Висновок.** Спосіб керованої лапаростомії дозволяє підвищити ефективність оперативного лікування цих хворих, зменшити тривалість перебування в стаціонарі, скоротити матеріальні витрати.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальше вивчення лікування післяопераційного перитоніту й інфікованого панкреонекрозу методом напівзакритої лапаростомії в комплексі з іншими способами детоксикації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Розповсюджений гнійний перитоніт: комплексний підхід до лікування // Лікар. – 2005. – № 3. – С. 32-33.
2. Лаберко Т.А., Кузнецов Н.А., Родман Г.В. Індивідуальний прогноз тяжкості перебігу післяопераційного періоду і ре-

- зультату розповсюдженого перитоніту // Хірургія. Журнал ім. М.І. Пирогова. – 2005. – № 2. – С. 29-33.
3. Перитонит / Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 387 с.