



Rycina 53.3. Przykład zastosowania kinesiotapingu u pacjenta z rozległą przetoką i znacznym ubytkiem powłok po ostatecznym zamknięciu jamy otrzewnej (zdjęcie: archiwum www.npwtj.com, za zgodą Wydawcy).

- Terapia podciśnieniowa z trakcją powięzi przy użyciu siatki – bardzo efektywna metoda łącząca zalety terapii podciśnieniowej ze stopniowym zbliżaniem powłok. Pomiędzy folię nieadhezyjną („jelitową”) a gąbkę poliuretanową wprowadza się polipropylenową siatkę przepuklinową doszytą do brzegów powięzi (*vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction, VAWCM*). Siatka jest podzielona na dwie części zszyte szwem ciągłym w połowie laparostomii. Przy kolejnych zmianach opatrunku (średnio co 2 dni) siatkę zszywa się coraz ciaśniej, zbliżając stopniowo powłoki jamy brzusznej. Metoda ta pozwala na uzyskanie bardzo wysokiego odsetka pierwotnego zamknięcia powłok. Siatka, zależnie od sytuacji, może zostać na ostatnim etapie usunięta, ale może też pozostać w powłokach.
- Terapia podciśnieniowa z przeprowadzeniem gąbki przez powłoki i zamykaniem powłok (tzw. płetwa

rekina, *shark fin*) – ciekawa, prosta modyfikacja terapii podciśnieniowej. Polega na wprowadzeniu opatrunku podciśnieniowego do jamy otrzewnej, a następnie zbliżeniu powłok przez szwy zakładane na biegunach rany. Fragment gąbki, pozwalający na równomierne rozprowadzenie podciśnienia w obrębie jamy otrzewnej, przeprowadzany jest pionowo przez powłoki w formie tzw. płetwy rekina. Skóra jest również zbliżana, zabezpieczana warstwą kontaktową, np. opatrunkiem silikonowym perforowanym, całość pokryta jest powierzchniowo położoną gąbką i uszczelniona. Przy kolejnych zmianach nie jest już otwierana cała jama otrzewna, a tylko jej część w zakresie koniecznym do założenia kolejnego opatrunku (ryc. 53.4). Technika ta pozwala na skuteczne pierwotne zamknięcie powłok, może być oczywiście wspomagana wspomnianym wcześniej kinesiotapingiem,

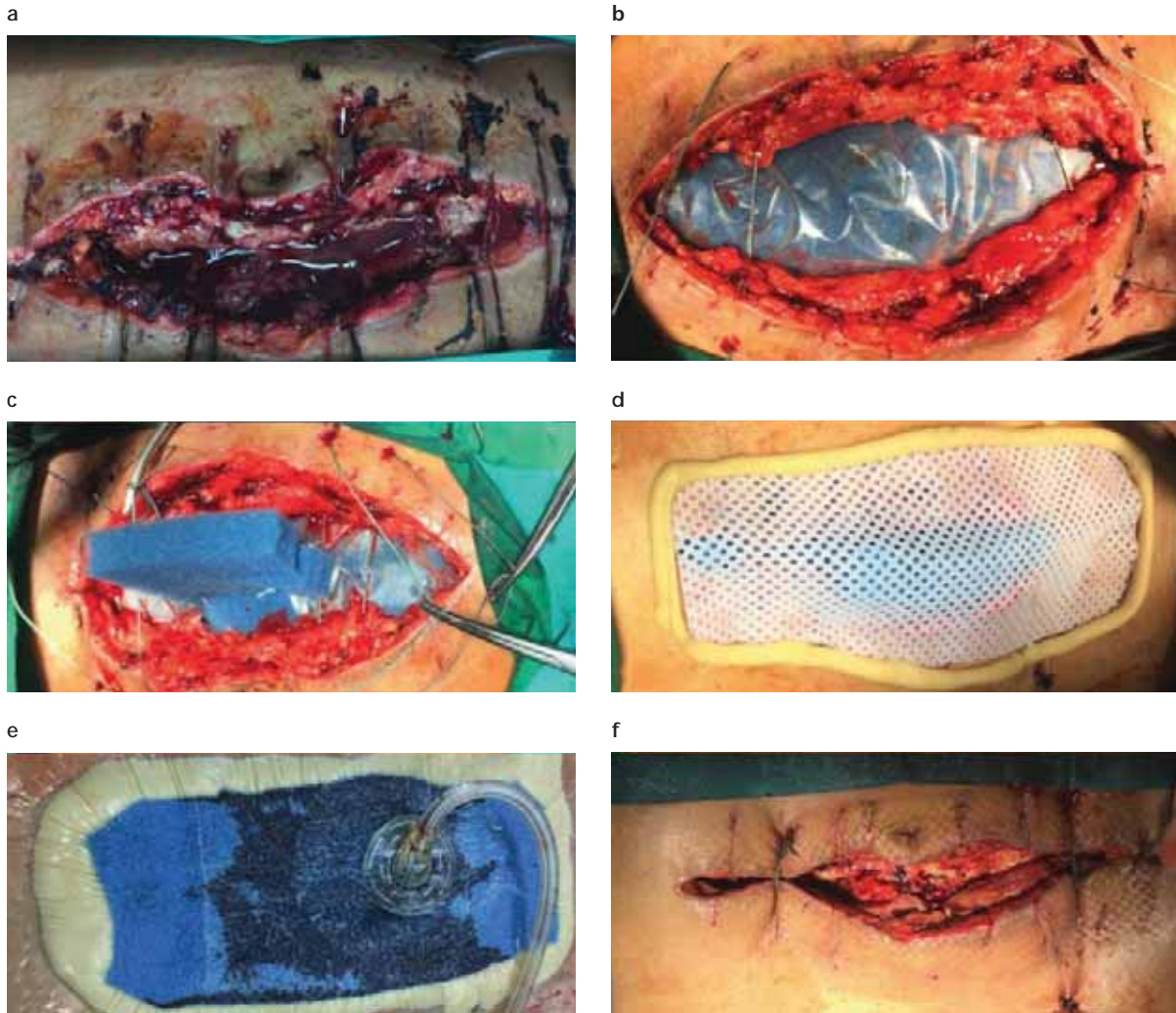
Wszystkie opisane powyżej techniki mają na celu leczenie ZWB; należy dążyć do jak najszybszego zamykania powłok, gdy oczywiście pozwala na to sytuacja kliniczna. Najbardziej efektywną terapią w chwili obecnej wydaje się być terapia podciśnieniowa, zwłaszcza w połączeniu z technikami zbliżania brzegów rany. Metoda ta może być również w odpowiednich modyfikacjach stosowana u pacjentów z przetoką czy blisko położoną stomią. Taktkę postępowania w metodzie otwartego brzucha przedstawiono w algorytmie na rycinie 53.5. Każdorazowo przy kolejnych interwencjach chirurgicznych należy dokładnie płukać jamę otrzewną. Roztworami, które można stosować, są płyny do dializy otrzewnowej, płyn Ringera, płyny izotoniczne, w przypadku znacznego zakażenia – podchloryny. Płukanie może być również uzupełnieniem innych metod, zwłaszcza terapii podciśnieniowej, gdzie dostępne są gotowe urządzenia pozwalające na jednoczesne prowadzenie terapii podciśnieniowej i płukania, tzw. *instillation*.

53.4.3. Kompleksowa strategia postępowania

Elementy prawidłowego postępowania interwencyjnego lub chirurgicznego w każdej konkretnej sytuacji klinicznej są uzależnione od indywidualnych cech ZWB, według zasady tzw. terapii szytej na miarę (*tailored surgical therapy*).

W przypadku ropni wewnątrzbrzusznych w pierwszej kolejności należy podjąć próbę drenażu przezskórnego i jest on preferowany przed drenażem chirurgicznym.

W przypadku nasilonych zmian zapalnych, powiększających się zmian ropnych czy też gromadzenia płynu w licznych przestrzeniach, przy wykładnikach klinicznych bądź radiologicznych perforacji, przy zespole ciasnoty



Rycina 53.4. Przykład terapii podciśnieniowej otwartego brzucha z zamykaniem powłok i przeprowadzeniem gąbki przez powłoki (tzw. płetwa rekina): **a** – zakażenie śródbrzuszne po perforacji jelita i nieskutecznych próbach drenażu; **b** – założenie opatrunku podciśnieniowego do jamy otrzewnej po uprzednim płukaniu i oczyszczeniu brzegów; **c** – wprowadzenie gąbki przez powłoki, tzw. płetwa rekina, oraz szycie powięzi na obydwu biegunach rany; **d** – warstwa ochronna na skórę – opatrunek silikonowy oraz uszczelnienie pastą stomijną; **e** – ostateczny opatrunek podciśnieniowy, wprowadzony dren do płukania jamy otrzewnej; **f** – postępujące oczyszczanie jamy otrzewnej i powłok, stan po 6 dniach terapii (dwie zmiany opatrunków podciśnieniowych), możliwe pierwotne zamknięcie powłok (zdjęcie: archiwum www.npwjtj.com, za zgodą Wydawcy).

śródbrzuszej należy dążyć do otwarcia jamy otrzewnej, jej odbarczenia za pomocą technik leczenia otwartego brzucha i jak najszybszego zamykania powłok.

U pacjentów z ZWB stabilnych hemodynamicznie, bez niewydolności narządowej zalecana jest antybiotykoterapia

z możliwością odroczenia interwencji drenażowej do 24 godz. W tym okresie należy dokładnie monitorować stan kliniczny pacjenta.

Przy braku ropni, perforacji jelita, nadciśnienia wewnątrzbrzuszego nie ma rekomendacji do laparotomii