

Средняя продолжительность жизни после паллиативных операций составила 18,2 месяца.

Анализ нами отдаленных результатов паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ показывает их несоответствие с литературными данными, по которым средняя продолжительность жизни составляет 4,5 – 5,5 мес. (Шатимов А.А. 1996). Это связано с тем, что в группу больных попали больные с хроническим псевдотуморозным панкреатитом. По данным Frazer и Bernhard, 7% опухолей поджелудочной железы, считавшихся злокачественными и поэтому резецированных, при гистологическом исследовании оказались опухолями воспалительной этиологии. В данной ситуации диагностическая ошибка привела к неправильной оценке прогноза заболевания, но не изменила метод хирургического вмешательства. Анализ историй болезни этих больных показал, что во время оперативного вмешательства не была проведена морфологическая верификация диагноза путем пункционной или инцизионной биопсии из-за опасности развития посттравматического панкреатита или увеличения

времени продолжительности операции из-за тяжелой степени механической желтухи или сопутствующей патологии.

Выводы:

1. ХДА – альтернативный метод паллиативного хирургического метода лечения рака ПДЗ, позволяющий включить дуоденальный канал в пассаж желчи, в отличие от других видов билиодигестивных анастомозов

2. При раке дистального отдела холедоха паллиативной операцией выбора нужно считать холедохоэюноанастомоз, имеющий больший паллиативный потенциал перед ХДА

3. К наложению других билиодигестивных анастомозов необходимо прибегать при невозможном выполнении ХДА (продолженный рост опухоли, наличие истонченных стенок холедоха, гнойного холангита)

4. У больных с раком БСДК при невозможности выполнения какого-либо оперативного вмешательства следует прибегать к использованию эндоскопического устранения механической желтухи.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

А.А.Смирнов, В.Ф.Куликовский, В.М.Воронин, И.А.Шестаков, А.Н.Забровский.

Кафедра общей хирургии БелГУ, МГКБ №1, БОКБ №1

В свое время Вильям Холстед писал: «Если бы хирург занимался только грыже-сечением и больше ничем иным, то и тогда стоило бы стать хирургом и посвятить себя служению этому делу». И в настоящее время эта фраза не утратила своей актуальности, особенно в отношении послеоперационных вентральных грыж. По меткому выражению Le Torre (1897) «...мы наблюдаем столько послеоперационных грыж, сколько выполнено лапаротомий». Наиболее остро вопрос об этом заболевании встал на пове-

стке дня относительно недавно, с 90-х годов XIX в., с началом бурного развития брюшной хирургии. В связи с неудовлетворительными результатами лечения послеоперационные вентральные грыжи стали одной из самых больших и трудноразрешимых проблем герниологии. Актуальность проблемы объясняется самим фактом образования грыж после различных вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Частота образования грыж после различ-

ных чревосечений составляет от 5 до 10% [2,4,5,7] Существование более 200 способов их оперирования не решает проблемы. Количество рецидивов составляет 18-46% [5,7], в зависимости от используемой для закрытия дефекта ткани и от количества производимых операций по поводу грыжи одному больному. Бурное внедрение в хирургическую практику малоинвазивных методик уменьшило количество этих осложнений. Однако после лапароскопиче-

ских вмешательств грыжи образуются у 0,23 – 4,5% больных [8]. Образование послеоперационных грыж наблюдается при использовании троакаров различного диаметра, ранорасширителя или при рассечении апоневроза для извлечения удаленного органа, в различных зонах введения троакаров. Но наиболее частой их локализацией остается параумбиликальная область (80-90% см. рис. 1).

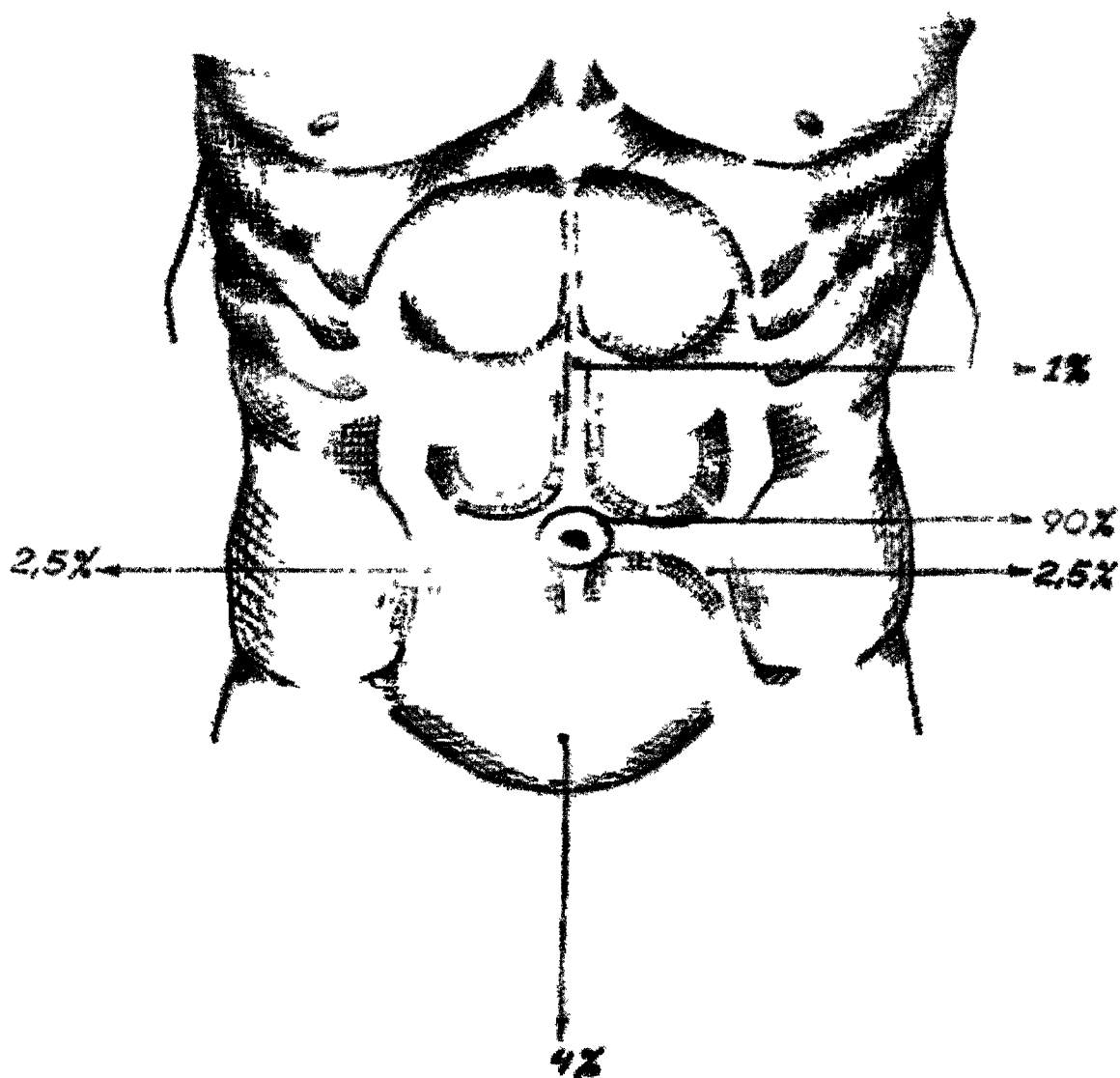


Рис 1

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что большинство работ посвящено методам лечения послеоперационных грыж и очень мало сделано для предупреждения их возникновения, несмотря на то, что послеоперационная грыжа, особенно больших и гигантских размеров, резко снижает качество произведенной операции, часто причиняя больному не меньшие страдания, чем то заболевание, по поводу которого его оперировали [7]. Попытка решения вопроса о профилактике образования вентральных грыж невозможна без знания причин их образования. В литературе мы не встретили полного и упорядоченного материала по этому вопросу. Среди многообразия причин образования послеоперационных грыж наиболее частыми являются ожирение и нарушение режима физических нагрузок в раннем послеоперационном периоде. Бесспорным остается и тот факт, что немаловажную роль в образовании грыж после различных чревосечений играет оперативный доступ, а так же выбор способа соединения апоневроза и шовного материала при сшивании послеоперационной раны [1,3,6]. **Целью** настоящей работы является разработка методов профилактики образования послеоперационных вентральных грыж после видеолaparоскопических вмешательств и оптимизация завершающего этапа последних.

Материал и методы

За период с 1998 по 2003 г. в хирургическом отделении №2 городской клинической больницы №1 г. Белгорода прооперировано 1060 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с помощью видеолaparоскопической техники. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице №1. Отдаленные результаты лечения удалось изучить у 246 больных. При контрольном обследовании обращали внимание на наличие грыжи в зоне операции и причины ее образования. Группы больных с различными методами сшивания апоневроза на завершающем этапе ВЛХЭ достоверно не отличались по половому признаку и возрасту и составили 120 больных с «традиционным» способом и 126 больных, прооперированных по оригинальной методике. У 15% больных ЖКБ прооперированных по

оригинальной методике. У 15% больных ЖКБ сочеталась с пупочными грыжами.

Таблица 1

| Возраст/пол | Женщины | Мужчины |
|---------------|-------------|------------|
| Моложе 20 лет | 89 | |
| 21 – 30 | 66 | 2 |
| 31 – 40 | 156 | 30 |
| 41 – 50 | 270 | 48 |
| 51 – 60 | 240 | 12 |
| 61 и старше | 139 | 8 |
| Итого: | 960 (90,6%) | 100 (9,4%) |

Женщины составили 90,5% от общего числа больных. 28% пришлось на больных с острым холециститом. Средний возраст составил 48,5±4,2 года. Анализ полученных данных составил основу исследования. Статистический анализ числовых данных производили с использованием общестатистических показателей (средней арифметической, среднего квадратичного отклонения, средней ошибки), определением показателей соответствия (критерий достоверности Стьюдента).

Результаты и обсуждение

Изменение тактики завершающего этапа ВЛХЭ было продиктовано недостаточной эффективностью традиционно применявшегося способа соединения апоневроза (использование узловых швов и реактогенного шовного материала). Несмотря на простоту и кажущуюся надежность методики сшивания апоневроза узловыми швами, количество образованных послеоперационных грыж составило 5%. Неудовлетворенность отдаленными результатами «традиционного» способа сшивания апоневроза на завершающем этапе видеолaparоскопической холецистэктомии (ВЛХЭ) и поиск возможностей оптимизации завершающего этапа ВЛХЭ привели к внедрению в практику с ноября 1999 г. нового способа соединения апоневроза двухрядным непрерывным П-образным швом в виде дубликатуры (положительное решение на изобретение по заявке №2002102488/14 от 11 апреля 2002 г.), основанного на способе пластики грыжевых ворот при пупочных грыжах, предложенном авторами (патент РФ на изобретение №2195190 от 27 декабря 2002г.).

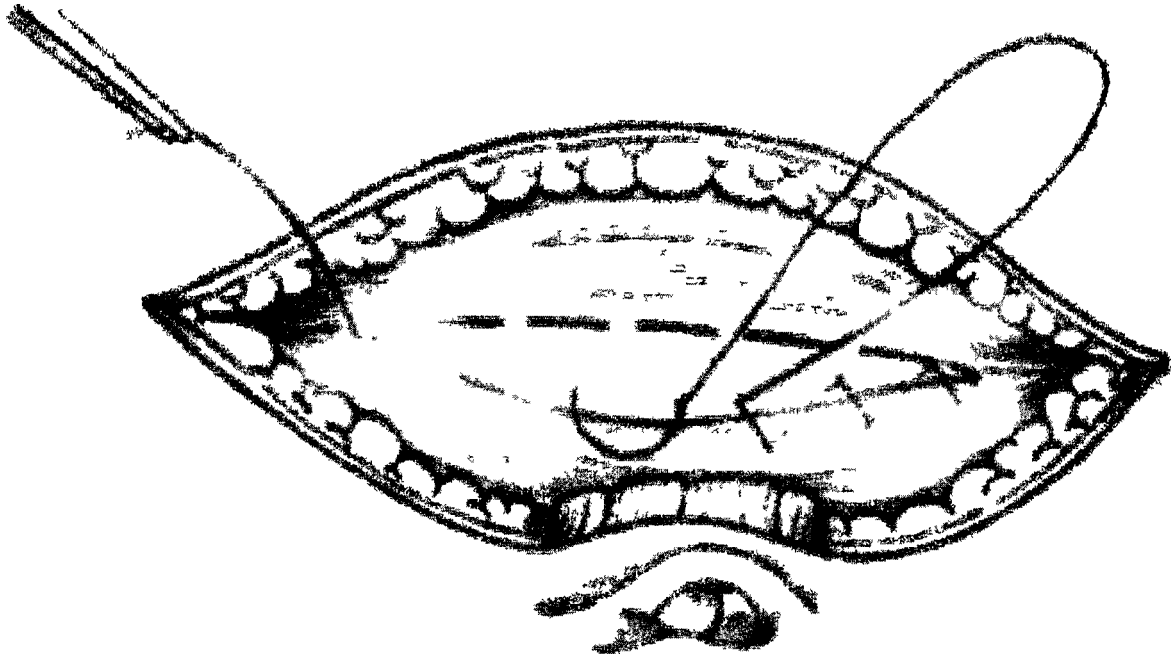


Рис. 2

С помощью данной методики операция ВЛХЭ завершена у 586 больных. Из них женщин 544 (92,8%), мужчин — 42 (7,2%). Надежность способа обусловлена тем, что, во-первых, сшивают листки апоневроза рассасывающейся ареактогенной нитью, например «Полисорб», во-вторых, П-образные швы являются непрерывными, в-третьих, второй ряд шва продолжают той же нитью, в-четвертых, за счет отсутствия фиксации каждого фрагмента шва становится возможным смещение нити относительно апоневроза и сшиваемых листков последнего друг относительно друга при повышении внутрибрюшного давления. Использование данной методики позволяет: в меньшей степени нарушать кровоснабжение апоневроза в зоне сшивания, способствуя наилучшему формированию рубцовой ткани; создать необходимую для укрепления шва дубликатуру апоневроза; нити работать как пружине, за счет непрерывности шва, не расслаивая апоневроз, равномерно распределить действие сил на его элементы при статических и динамических нагрузках; «рубцу» апоневроза формироваться в более выгодных условиях за счет возможности сшиваемых листков смещаться

друг относительно друга. У больных пожилого и старческого возраста мы рекомендуем использование нитей с более длительным сроком рассасывания, например «Биосин» или «Монокрил», так как с возрастом мышцы, апоневроз, фасции живота теряют свою эластичность и прочность, прогрессируют хронические болезни органов дыхания, толстого кишечника и др., которые в свою очередь приводят к повышению внутрибрюшного давления, снижению сопротивляемости тканей передней брюшной стенки и создают неблагоприятные условия для репаративных процессов в ране. Учитывая тот факт, что наибольшее количество грыж формируются в первые 1-1,5 года, мы пригласили для осмотра 240 человек, у которых срок послеоперационного периода составил от одного года до двух лет. На данный момент для осмотра явилось 126 бывших пациентов. Образование параумбиликальной послеоперационной грыжи отмечено у одной больной через месяц после операции. Причиной образования грыжи явилось нарушение режима физических нагрузок в ближайшем послеоперационном периоде (подъем тяжестей около 50 кг

в первый месяц после операции) на фоне ожирения III степени.

У трёх больных были обнаружены пупочные грыжи, так же на фоне ожирения, что привело нас к мысли об использовании для введения «слепого» (первого) троакара уже имеющегося «слабого» места передней брюшной стенки – пупочного кольца (оформлена заявка на изобретение). Данная методика внедрена в практику с ноября 2002 года и использована у 64 пациентов. Из них 58 женщин и 6 мужчин. Способ введения «слепого» (первого) троакара через пупочное кольцо заключается в следующем: окаймляющим разрезом выше или ниже пупка кожа последнего с рубцовой тканью и поперечной фасцией отсепаровывается от пупочного кольца. Последнее захватывается зажимами Кохера или Микулича и через пупочную фасцию и брюшину, по пути наименьшего сопротивления, вводится игла

Вереша или «слепой» (первый) троакар (см. рис. 3).

При использовании данной методики у 6 больных была обнаружена невриправимая пупочная грыжа с грыжевым содержимым в виде пряди большого сальника, которая не была выявлена при целенаправленном осмотре перед операцией за счет наличия сопутствующего ожирения II-III степени. У 15 больных обнаружена предрасположенность к образованию пупочной грыжи в виде слабости пупочного кольца. Слабостью пупочного кольца мы считаем расширение последнего в диаметре и пролабирование наружу пупочной фасции и брюшины во время инсуффляции в брюшную полость газа.

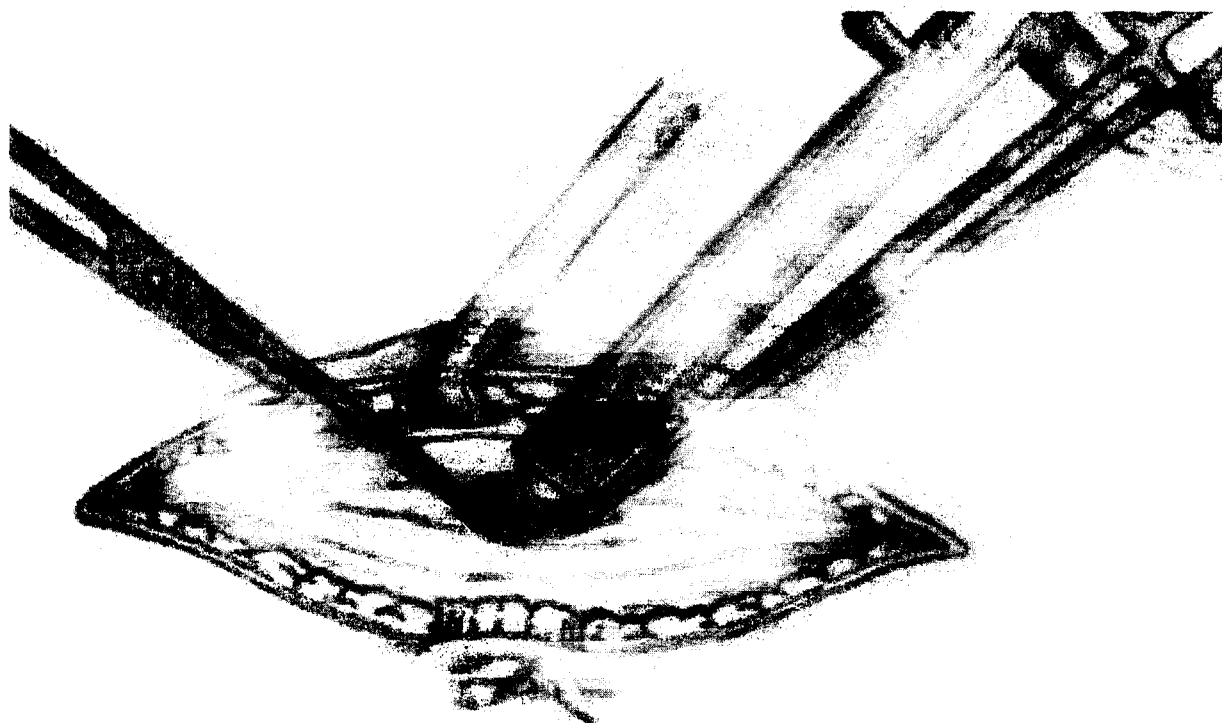


Рис. 3

Таким образом, использование этой методики введения «слепого» (первого) троакара позволяет определить наличие пупочной грыжи или предрасположенность к ее образованию, обеспечить доступ для введения троакара по пути наименьшего сопротивления, минуя апоневроз, через тонкую пупочную фасцию и брюшину, исключить случайное повреждение органов брюшной полости, исключить возможность создания дополнительного «слабого» места передней брюшной стенки, благоприятного для формирования послеоперационной грыжи, ликвидируя при этом уже имеющееся «слабое» место в виде пупочного кольца, работать на любом этаже брюшной полости без травматизации окружающих троакар тканей.

Немаловажную роль в образовании послеоперационных грыж играет и выбор шовного материала при сшивании апоневроза. Используемые ранее нити, такие как шелк, лавсан, капрон, обладают рядом негативных свойств, заставляющих все большее количество хирургов отказаться от их применения. Реакция воспаления на эти нити лишь несколько менее выраженная, чем на кетгут (а как известно, в современной хирургии нет областей для применения кетгутовых нитей). Они также вызывают асептическое воспаление вплоть до образования асептических некрозов. При использовании этих нитей в эксперименте оказалось достаточно 10 микробных тел стафилококка (в норме необходимо сто тысяч), чтобы вызвать нагноение раны [3]. Используя в своей работе синтетический рассасывающийся шовный материал (полисорб, биосин и др.) мы ни у одного больного не наблюдали лигатурных свищей и значительно снизили количество нагноений послеоперационных ран (данное осложнение зависит не только от выбора шовного материала). Так на 1060 ВЛХЭ мы наблюдали всего лишь 8 (0,75%) нагноений ран у лиц старческого возраста с деструктивными формами холецистита.

В данной работе мы рассмотрели лишь три фактора из широкого многообразия причин формирования послеоперационных

грыж – выбор оперативного доступа, шовного материала и шва апоневроза при завершении оперативного вмешательства. Это позволило нам сделать следующие выводы:

1. Проблема послеоперационных грыж остается актуальной, несмотря на внедрение малоинвазивных технологий, и профилактика их образования должна занимать не последнее место в профилактике послеоперационных осложнений.

2. Наиболее частой локализацией грыж после лапароскопических операций является параумбиликальная область.

3. Наиболее частыми причинами их образования являются ожирение и нарушение «охранительного» режима физических нагрузок в послеоперационном периоде.

4. При введении «слепого» троакара желательно использовать уже имеющиеся «слабые» места, а не создавать новых.

5. При сшивании апоневроза на завершающем этапе операции следует обращать внимание на выбор шовного материала и способа соединения листков апоневроза.

Литература

1. Бурых М.П. Общие основы технологии хирургических операций. – М. Медицина. – 1999. – С.102-111, 425-429.
2. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. – Медпрактика-М. – 2002. – 145 с.
3. Егиев В.Н., Буянов В.М., Удотов О.А. Хирургический шов. – Медпрактика-М. – 2001. – 112 с.
4. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев, Здоровья. – 279 с.
5. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота. – Архангельск. – 1999. – С.8-145.
6. Семенов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В. Хирургический шов. – С-Пб, Питер. – 2001. – 251 с.
7. Госкин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М. Медицина. – 1990. – 268 с.
8. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – ГЭОТАР медицина. – 1998. – 351 с.