

4. Созон-Ярошевич, А. Ю. Анатомо-клинические обоснования хирургического доступа к внутренним органам / А.Ю. Созон-Ярошевич. Л., 1954. 272 с.

5. Schirmer, B. D. Cholelithiasis and cholecystitis / B.D. Schirmer, K.L. Winters, R.F. Edlich // J. Long Term. Eff Med. Implants. 2005. Vol. 15. P. 329–338.

УДК 616.61-089.87; 616.714.1-089.843

АУТОПЛАСТИКА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ СТЕНКОЙ ЖЕЛУДКА
ПРИ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ ПРАВОЙ ПОЧКИ

С.А. ШАШИН*

Ключевые слова: нефрэктомия, нижняя полая вена

Полые вены поражаются опухолевыми процессами. Часто такие случаи рассматриваются как инкурабельные. В Российском онкологическом научном центре оперативные вмешательства в системе верхней полой вены выполняют у 16% больных раком лёгких и трахеи, а в 4% случаев забрюшинных опухолей требуется резекция нижней полой вены. Опухолевые поражения почек у 10% больных осложняются образованием опухолевого тромба в нижней полой вене, который может достичь правого предсердия. В этих случаях производят тромбэктомию, при которой может потребоваться резекция нижней полой вены с пластикой дефекта. Такие вмешательства выполняются на кафедре хирургических болезней [1] Российского ГМУ, в клинике факультетской хирургии им.С.И. Спасокукоцкого, Челябинском онкологическом диспансере [4] и в др. лечебных учреждениях [3].

Материалы и методы. Мы провели серии экспериментов на собаках, где испытывали участки кишки и желудка в виде заплат и трубок на нижней полой вене. Предпосылками мы сочли следующее: мезотелий желудка и кишки по строению похож на эндотелий сосуда; желудок и кишечник являются самыми легкодоступными органами брюшной полости; собственные ткани биологически максимально совместимы. Обращение с животными (содержание, обезболивание, выведение из опыта) осуществлялось в соответствии с руководством «International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals».

В 10 экспериментах мы применили для пластики дефекта нижней полой вены изолированный участок тонкой кишки, а в 20 – участок желудка. При флебографии были выявлены два окклюзирующих тромбоза трансплантата (на 7 и 14 сутки после операции) после пластики тонкой кишкой, а при пластике участком желудка – один (на 7 сутки). Остальные трансплантаты были проходими во все сроки наблюдения. Во всех опытах трансплантаты после пластики дефектов сосудов оставались в забрюшинной клетчатке. К концу второй недели экспериментов морфологически наблюдается перекрытие эндотелием зоны анастомоза трансплантата с сосудом. Во все сроки исследования внутренняя поверхность трансплантата остается гладкой, выстланной мезотелием. По нашим наблюдениям, к 6-месячному сроку после пластики приживление трансплантатов в дефекте сосуда в основном заканчивалось (рис. 1).

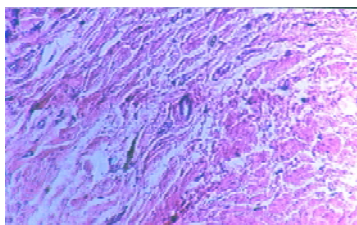


Рис. 1. Анастомоз нижней полой вены и полнослойного трансплантата желудка: щелевидное пространство с ориентированными вдоль него мышечными и коллагеновыми волокнами и большим количеством сосудов. Два года после пластики. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200

Весьма существенным является вопрос о величине трансплантата. Серия из 4-х экспериментов, в которой мы выполняли пластику сразу двух циркулярных дефектов – в брюшной аорте и нижней полой вене – показала возможность получения из желудка участка размером не менее 12×4 см² без нарушения его мотор-

но-эвакуаторной функции. По результатам получен патент на изобретение № 2283622 [5]. С целью профилактики агрегации и тромбообразования мы до начала операции пластики накладывали дистальные артерио-венозные фистулы на бедре [2]. Фистулы ликвидировались через 2 месяца после начала эксперимента. Чисто субъективно мы отдаем предпочтение трансплантату желудка, поскольку он толще и удобнее в работе.

Результаты опытов позволили применить способ в Астраханском областном онкодиспансере по разрешению этического комитета и при получении информированного согласия больного.

Больной X-в М.В., 31 год.. Ds: Сг правой почки gr 4 (T₄ N₂ M₀). Операция 25.12.07 г. № 185 Расширенная комбинированная нефрэктомия справа. Резекция нижней полой вены с пластикой трансплантатом желудка. Дренажирование забрюшинного пространства и брюшной полости. Полная срединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Правая почка 35×1×25 см занимает практически всю правую половину забрюшинного пространства. Над опухолью расположена правая половина ободочной кишки, к ней же интимно прилежит 12-перстная кишка. Нижняя полая вена за счёт опухоли смещена влево. Отдалённой метастатической патологии не обнаружено. Рассечена париетальная брюшина над опухолью, со значительными техническими трудностями из-за огромных размеров опухоли произведена нефрэктомия справа вместе с паранефральной клетчаткой, мочеточником (пересечён около мочевого пузыря) и правым надпочечником единым блоком. Удалены увеличенные лимфоузлы от абдоминального отдела аорты и нижней полой вены. Обнаружено, что узлы вросли в нижнюю полую вену в двух местах на участках 0,2×0,2 см. и 0,2×0,4 см. В этих местах произведена резекция стенки вены с ушиванием дефектов. Один из опухолевых конгломератов (между аортой и нижней полой веной) с распадом, выделилось около 1,5 мл густого гноя с детритом, без запаха (рис.2).



Рис. 2. При удалении опухолевого конгломерата вскрыт нагноившийся лимфоузел.

Удален пакет лимфоузлов 3,0×3,0 см вокруг левой почечной вены, правая почечная артерия дважды лигирована около аорты. При обработке правой почечной вены обнаружено, что опухоль распространяется на почечную вену, практически полностью её обтурируя. Произведена резекция боковой стенки нижней полой вены вместе с правой почечной веной на участке 1,5×3,0 см. Из просвета нижней полой вены удалён опухолевый тромб длиной 3,0 см. Произведена пластика дефекта стенки нижней полой вены серозно-мышечным трансплантатом из передней стенки желудка пациента (рис. 3). Диаметр и форма нижней полой вены сохранились. Брюшная полость и зона операции промыты раствором фурацилина. Гемостаз – сухо. Два дренажа в забрюшинное пространство, дренажи под печень и в малый таз.



Рис. 3. Пластика бокового дефекта нижней полой вены трансплантатом желудка

В данном случае радикальная операция с удалением всей опухолевой ткани была невозможна без резекции нижней полой вены, но в вене образовался дефект, который не мог быть ликвидирован иным способом, кроме замещения пластическим материалом. Пластика синтетическим протезом была исключена из-за

* Астраханская ГМА; Астраханский областной онкодиспансер

инфицирования операционной раны при вскрытии нагноившегося лимфоузла. Возможна была пластика аутовеной, но вена может быть ранее удалена при флэбэктомии или её размеров недостаточно. Кроме того, аутовена может в дальнейшем быть использована, как трансплантат для аортокоронарного или бедренно-подколенного шунтирования. Близкое расположение органов, минимальное время определения размеров и выбора участка желудка, удобство забора трансплантата – все эти аргументы послужили причинами выполнения данного вида пластики.

Заключение. Таким образом, предлагаемый аутоматериал, может быть применён при инфицировании ран, когда использовать синтетический материал или аутовену не представляется возможным.

Литература

1. Затевахин И.И., Комраков В.Е., Горбенко М.Ю. // Ангиология и сосудистая хирургия (Прилож.). 2005. № 2. С.121–128.
2. Покровский А.В., Казанчан П.О., Асамов Р.Э. // Хирургия. 1985. № 5. С.126–131.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И. // Флебология. 2007. № 1. Т.1. С.5–7.
4. Фокин А.А., Терешин О.С., Лукин А.А., Королева В.Н. // Ангиол. и сосудистая хир. (Приложение). 2005. № 2. С.298–299.
5. Пат.2283622 РФ, МКИ А 61В 17/00 Способ пластического закрытия циркулярных дефектов нижней полой вены / Шашин С.А.(РФ; Астраханская ГМА).№2004133599/14; Заявл.17.11.2004; Оpubл.20.09.2006. Бюл.№26. С.108.

УДК: 616-089.168.1-06-08

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЕНТРОПЛАСТИКИ

Е. А. ГОРБУНОВА, И. В. СЕРГЕЕВ, Ю. И. ЗИМИН*

Ключевые слова: вентропластика, раневые осложнения

Пластика ventральных грыж является одним из наиболее распространенных вмешательств в абдоминальной хирургии, составляя 10–21% от общего числа всех операций [1]. При этом применяются два принципиально разных способа: пластика собственными тканями пациента (аутопластика) и искусственными протезами (аллопластика). Аллопластические методы вентропластики повсеместно используются чаще, являясь основой «безназачной» вентропластики. Важной проблемой хирургии ventральных грыж является вопрос профилактики и лечения раневых осложнений, частота которых после герниопластики варьируется от 20,9% до 67% [2,8–10]. Причины раневых осложнений: неоптимальный способ пластики брюшной стенки, травматичное оперирование, инфицирование раны, некачественный гемостаз, нерациональная установка тампонов и дренажных устройств [3,11], инфекция, вирулентность которой обусловлена метаморфозом микрофлоры и реактивностью организма и т.д. [5].

В структуру раневых осложнений входят нагноение, расхождение краёв раны, длительная лимфорея, лигатурные свищи, некроз краёв раны и т.д. Наиболее частым раневым осложнением после вентропластики является серома, которая встречается у ≥11,8% оперированных больных [6]. До настоящего времени нет единой точки зрения не только по вопросам профилактики и лечения серомы, но и по причинам ее возникновения. Для ее профилактики и лечения применяются такие методы, как ушивание «свободных пространств» над апоневрозом [7], пунктирование, зондирование, антибактериальная терапия [4], физиолечение и т.д. Каждый из перечисленных методов характеризуется своей эффективностью и недостатками.

Цель исследования – изучение эффективности профилактических мероприятий в развитии раневых осложнений после вентропластики у больных с ventральными грыжами.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 1832 больных, оперированных по поводу ventральных грыж за период 2001 по 2006 гг. в хирургических отделениях городских больниц г. Пензы. Больные, оперированные в этих лечебных учреждениях, составили две сравниваемые группы, так как они отличались по способам профилактики раневых осложнений.

Первую группу составили 995 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, вторую группу – 837; 446 лиц оперированы по поводу послеоперационных ventральных грыж (ПОВГ), из них 66 пациентов, имеющие в анамнезе сопутствующую патологию в виде ожирения и сахарного диабета в дальнейшем были исключены из исследования, так как данная категория больных требует особых подходов в профилактике раневых осложнений. Все больные были оперированы в плановом порядке.

Наибольший интерес в свете раневых осложнений представляют больные с ПОВГ. Для анализа методов профилактики раневых осложнений больные с данной патологией были также разделены на 2 группы в зависимости от принятых подходов к профилактике раневых осложнений в сравниваемых лечебных учреждениях. Первую группу (995) составили 220 пациентов, оперированных в крупной многопрофильной больнице. У них операция в 86,36% случаев закончилась инъекционно-вакуумным дренированием. Проводили посиндромную и антибактериальную терапию. Последняя велась на всех этапах лечения.

Во вторую группу (837) включено 160 больных, оперированных в горбольнице, активно занимающейся санацией грыже-носителей. Больным данной группы проводилась посиндромная и антибактериальная терапия. В качестве профилактики раневых осложнений применялось проточное дренирование и бандажирование. В течение первых часов после операции проводилось удаление раневого детрита и сгустков крови путем лаважа раствором антисептика, что препятствовало, на наш взгляд, дальнейшему инфицированию раны. Вслед за этим для профилактики патологического скопления экссудата в послеоперационной ране применялся эластичный бандаж – пелот, специально подобраный для пациента в предоперационном периоде (91,87%).

Возраст пациентов первой группы колебался от 20 до 86 лет. Возраст пациентов второй группы – соответственно от 21 до 79 лет. Средний возраст больных первой группы составил 57,69±11,382 лет. Данный показатель больных второй группы – соответственно 56,44±12,057 лет. Достоверных различий в группах по возрасту не отмечено (p=0,304).

Из 220 больных с ПОВГ первой группы мужчин было 65, женщин – 155. Во второй исследуемой группе из 160 больных с ПОВГ мужчин было 51, женщин – 109. Различий в группах нет (p=0,653). Статистически группы условно были сравнимы.

Для оценки ширины грыжевых ворот, локализации и показателя рецидива грыжи применена SWR-классификация (J.P.Chevrel et A.M. Rath, 2000 г). В первой группе больных с большими ПОВГ было 50,9%, со средними ПОВГ – 31,4% и с малыми ПОВГ – 17,7%. Во второй группе больных с большими ПОВГ было 52,5%, со средними ПОВГ – 37,5% и с малыми – 10,0%. Достоверных различий в группах по размерам грыж нет (p=0,087). Достоверных различий в группах по полу, возрасту и размеру грыжевых ворот нет, то группы условно сравнимы по эффективности профилактических мероприятий раневых осложнений. Результаты лечения больных обработаны с помощью программ доказательной статистики (SPSS 13.0) «SPSS Inc».

Результаты. В первой группе у больных с ПОВГ раневые осложнения возникли у 39 (17,7%) больных, во второй группе – у 7 (4,4%) больных соответственно. Разница двух сравниваемых групп по наличию осложнений статистически достоверна (p=0,000). Можно предположить, что профилактические мероприятия, проводимые у пациентов второй группы (проточное дренирование и раннее бандажирование), более эффективны по сравнению с инъекционно-вакуумным дренированием.

В первой группе оперировано 164 больных с первичными ПОВГ, во второй группе – 110 больных. С рецидивными ПОВГ в первой группе было 56 больных, во второй группе – 50 больных. Наибольшая частота развития раневых осложнений отмечается у больных с рецидивными ventральными грыжами по сравнению с первичными. В послеоперационном периоде раневые осложнения были отмечены у 27,4% больных, оперированных по поводу рецидивной послеоперационной ventральной грыжи и у 6,2% больных с первичными ventральными грыжами (p=0,000). Причиной раневых осложнений является активизация хронической дремлющей инфекции в рубцовых тканях и лигатурах и неэффективность профилактических мероприятий.

Всего из 995 больных первой группы с грыжами передней брюшной стенки в послеоперационном периоде были отмечены следующие раневые осложнения: у 49 (4,92%) больных – серома, у 21 (2,11%) больного – гематома, у 14 (1,4%) пациентов – ин-

* Пензенский институт усовершенствования врачей, кафедра онкологии и торакоабдоминальной хирургии