

В ближайшем послеоперационном периоде восьми больным (6,4%) потребовалась повторная операция: три пациента оперированы по поводу послеоперационного перитонита, связанного с несостоятельностью анастомозов, три – по поводу послеоперационного перитонита, не связанного с несостоятельностью компрессионных анастомозов. Оперированы также один больной с профузным кровотечением из острой язвы двенадцатиперстной кишки и один – с кровотечением в брюшную полость.

В ближайшем послеоперационном периоде умерли четверо больных (послеоперационная летальность составила 3,2%). Причиной летального исхода в трех случаях явился послеоперационный перитонит, который развился у одного больного вследствие несостоятельности компрессионного ободочно-прямокишечного анастомоза, у одного – в связи с прорывом инфицированной гематомы малого таза в свободную брюшную полость и у одного – из-за несостоятельности скрепочного шва культи слепой кишки. Один больной умер вследствие профузного кровотечения из острой язвы двенадцатиперстной кишки.

Общий койко-день составил в среднем $30,9 \pm 13,4$, послеоперационный – $16,2 \pm 7,8$. Общий койко-день у больных с осложнениями составил в среднем $42,7 \pm 17,2$, что почти на 15 дней больше, чем у больных без осложнений ($27,8 \pm 10,5$ дня, $p < 0,05$).

Наш клинический опыт позволяет рекомендовать аппарат АСК для формирования круговых компрессионных анастомозов для широкого использования в коло-ректальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н. Волшебный мир сшивающих аппаратов. – М., 1995. – 74 с.
2. Егоров В.И. Трусов Р.А., Счастливцев И.В. и др. Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. – М., 2004. – 192 с.
3. Каншин Н.Н., Горский В.А., Куприков С.В. и др. // Современные достижения и новые технологии в хирургии: Сб. науч. тр. – М., 2005. – С. 67-72.
4. Каншин Н.Н., Куприков С.В., Машенкова И.Б. и др. // Итоги и перспективы малоинвазивной хирургии при неотложных состояниях. – М., 2001. – С. 189-190.
5. Каншин Н.Н., Рудин Э.П., Яковлев С.И. и др. // Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических заболеваний: Сб. науч. тр. – М., 2003. – С. 4-12.
6. Кечеруков А.И. Разработка и применение компрессионных и дистракционных устройств из никелида титана в хирургии прямой и ободочной кишки / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1998.
7. Маскин С.С., Старовидченко А.М., Запорощенко А.В. и др. // Межкишечные анастомозы при непроходимости, повреждениях и заболеваниях кишечника / Материалы конференции. – Петрозаводск, 2000. – С. 57-58.
8. Тотиков В.З., Зукараев К.Э., Тотиков З.В. и др. // Колопроктология. – 2005. – № 2 (12). – С. 36-39.

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.А. Горский, А.П. Фаллер, Э.Р. Ованесян, М.А. Агапов
РГМУ, Московская городская клиническая больница № 55

Приоритет лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в хирургическом лечении желчнокаменной болезни в настоящее время не вызывает сомнений.

Широкое внедрение ЛХЭ первоначально сопровождалось необычайным энтузиазмом хирургов. Оно было обусловлено ближайшими результатами вмешательс-

тва, прежде всего, минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. Однако вскоре первоначальный оптимизм был омрачен такими неблагоприятными «сопутствующими» проблемами, как рост числа больших и малых интраоперационных травм внепеченочных желчных протоков [3, 4, 5, 6, 7]. Помимо традиционной «ахиллесовой пяты» ЛХЭ – травмы холедоха, обозначилась еще одна послеоперационная проблема, возможно и не столь опасная для жизни пациентов, но, тем не менее, существенно снижающая качество жизни – образование послеоперационных грыж. Как в отечественной, так и в зарубежной литературе этот вопрос освещен недостаточно. Существуют лишь единичные публикации, в которых указывается на развитие вентральных грыж после лапароскопических вмешательств [1]. Поэтому считаем необходимым обратить внимание на причины возникновения данного осложнения.

Проведенные клинические исследования основаны на опыте хирургического лечения 32 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, образовавшимися после ЛХЭ в период 2002-2006 гг. Из них 17 пациентам ЛХЭ были выполнены в нашей клинике, 15 – в других стационарах Москвы.

За этот период времени в клинике выполнено 1506 ЛХЭ, процент формирования грыж после наших вмешательств составил 1,1%: это были 17 больных в возрасте от 25 до 79 лет – 31 женщина (96,8%) и один мужчина (3,1%).

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов, перенесших ЛХЭ, позволил определить временной фактор образования послеоперационных вентральных грыж: у 21 больного (65,6%) грыжи сформировались в первый год после операции, у 10 (31,25%) – в течение второго года; у одного больного (3,1%) – в течение 4 лет. Грыжи локализовались в проекции послеоперационного рубца в околопупочной области справа.

Перед операцией пациенты с послеоперационными вентральными грыжами подвергались обследованию для выявления сопутствующих заболеваний и оптимизации показателей сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем и органов (ЭКГ-мониторирование, исследование функций внешнего дыхания и т.д.).

Все больные были оперированы в плановом порядке. Два пациента поступили экстренно, но в процессе транспортировки грыжи самостоятельно вправились.

Методом выбора анестезии был эндотрахеальный наркоз. Разрез выполняли в проекции грыжевого образования, с обязательным иссечением пупочного кольца. Из многочисленных способов устранения послеоперационных вентральных грыж мы отдавали предпочтение аллопластике с применением полипропиленовых сетчатых имплантатов – 23 больных (71,9%). Использовались полипропиленовая сетка «Prolene mesh» фирмы «Ethicon» (Великобритания). Оперативные вмешательства проводились в вариантах надапоневротического расположения имплантата с его подшиванием нитью «Prolen» 2/0. Девяти больным (28,1%) проведена мышечно-апоневротическая аутопластика с образованием дубликатуры апоневроза по Сапежко. Этот вид герниопластики применялся при дефектах апоневроза размерами до 3 см и при наличии полноценных неизмененных тканей в области грыжевых ворот, что позволяло избегать натяжения тканей и нарушения их питания.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений, случаев летальных исходов и рецидивов грыж не было.

По нашему мнению, в генезе возникновения грыж после ЛХЭ ведущую роль играют две группы факторов – общие и местные.

Общими причинами являются:

- генетическая детерминированная слабость соединительной ткани;
- ожирение;
- пожилой и старческий возраст пациентов из-за дряблости тканей и снижения

интенсивности процессов регенерации;

— сопутствующая соматическая патология (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, обострение хронических заболеваний легких, кахексия, авитаминоз и т.д.);

— повышение внутрибрюшного давления как в раннем послеоперационном периоде (парез кишечника, кашель, рвота, задержка мочеиспускания, психоз любой этиологии), так и в позднем (нарушение «охранительного» режима физических нагрузок, беременность).

Местными причинами являются:

— использование трансректального доступа для введения первого троакара;

— расширение разреза для извлечения желчного пузыря;

— неадекватное ушивание дефекта передней брюшной стенки;

— осложнения операционной раны – серома, гематома, нагноение, эвентрация.

Такая концепция формирования грыж после ЛХЭ [10] вытекает из представления о том, что имеются две большие группы факторов возникновения послеоперационных грыж любой локализации: контролируемых и неконтролируемых. К контролируемым факторам относятся ожирение, тип разреза, шовный материал, техника наложения шва на апоневроз, раневая инфекция. Неконтролируемыми факторами являются возраст, сепсис, общие заболевания, развитие в послеоперационном периоде застойных пневмоний и бронхитов, прочие причины.

По нашему глубокому убеждению, основной этиологической причиной появления любой грыжи (а не только послеоперационной) следует считать заложенную генетически детерминированную слабость соединительной ткани, которая является предрасполагающим фактором ее возникновения. Все остальные причины следует относить к факторам, производящим или провоцирующим возникновение грыж. Однако понятно, что в этиологии появления послеоперационных грыж значительно больше местных производящих факторов, чем при обычных приобретенных грыжах.

Ретроспективный анализ историй болезни позволил выяснить, что у 20 из 32 пациентов имелась склонность к грыжеобразованию за счет функциональной недостаточности соединительнотканной системы. Об этом мы судили косвенно, по наличию варикозной болезни – у 12 пациентов (37,5%), дивертикулеза толстой кишки – у одного (3,1%), геморроя – у четырех (12,5%). Трое больных (9,3%) ранее были оперированы по поводу грыж других локализаций. Поэтому, в 62,5% наблюдений мы полагали, что основной предрасполагающий фактор данного осложнения был генетически детерминирован.

Однако было бы неправильным сбрасывать со счета и другие общие факторы, осложняющие не только заживление раны, но и, в определенной степени, затрудняющее техническое выполнение оперативного пособия. В первую очередь, к ним следует отнести избыточный вес больного.

Ожирение считается одним из наиболее значимых контролируемых факторов образования послеоперационных грыж [10]. В наших наблюдениях 23 пациента (71,8%) имели ожирение III-IV степени и выраженную подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки, превышающую 4-5 см. У этой группы больных, безусловно, следовало стремиться к предоперационному снижению массы тела, однако это было невозможно, так как все они были оперированы по экстренным или срочным показаниям по поводу деструктивного холецистита.

Возраст пациентов является еще одним фактором риска из-за дряблости тканей, снижения их механической прочности, замедления репаративных процессов. Более половины больных с вентральными грыжами (56,2%) были старше 60 лет, 26

больных (81,2%) имели одно или несколько сопутствующих заболеваний: сахарный диабет (4 больных), заболевания сердечно-сосудистой системы (17 больных), дыхательной системы (4 больных).

Приведенные общие факторы грыжеобразования, особенно у больных острым холециститом, практически не подвержены коррекции. Их трудно предупредить, но о них необходимо помнить и учитывать при выборе доступа к оперируемому органу [2]. Местные факторы формирования грыж в большей степени контролируемы.

По устоявшейся в клинике методике мы используем для введения одного троакара и удаления желчного пузыря при ЛХЭ разрез справа от пупка, который по существу является трансректальным. В случаях удаления желчного пузыря через 20-миллиметровый троакар (при условии отсутствия послеоперационного нагноения ранки) грыжа, как правило, не возникает. Однако при остром холецистите расширение доступа для удаления желчного пузыря больших размеров, содержащего крупные конкременты либо «забитого» множеством мелких камней, приводит к ухудшению местных репаративных процессов.

Большой размер конкрементов желчного пузыря создает дополнительные трудности хирургу. Возникает необходимость расширять разрез для извлечения желчного пузыря, что несет дополнительную травму тканям и способствует грыжеобразованию. В анализируемом материале конкременты более 3 см в диаметре имелись у девяти больных (28,12%); 2,0-3,0 см – у восьми (25%); 1,0-2,0 см – у семи (21,87%); 0,5-1,0 см – у пяти (15,62%). Множественные мелкие камни имелись у трех пациентов (9,37%). В последние годы у большинства больных мы используем доступ выше пупка по белой линии живота. Однако отдаленные данные пока не анализировались.

Техника ушивания ран при ЛХЭ также имеет значение для профилактики образования послеоперационных грыж. Для закрытия пункционных лапароскопических ран в области введения 5- и 10-миллиметровых троакаров ушивали только кожу. При этом ни в одном случае появления грыж не наблюдали. Околопупочную рану, как в случае использования 20-миллиметрового троакара, так и при ее расширении, ушивали в два слоя: брюшину и апоневроз – вместе, кожу – отдельно. В настоящее время мы ищем более надежный технический прием ушивания ран этой области.

Раневые инфекционные осложнения, как правило, являются следствием интраоперационного инфицирования тканей ранок брюшной стенки. Частота раневых инфекционных осложнений после ЛХЭ, по данным литературы, составляет 0,44-0,47% [8, 9]. При этом истинное количество раневых нагноений больше, поскольку они могут проявляться и после выписки больных из стационара.

В анализируемых случаях нагноение послеоперационных ран стало причиной возникновения грыж у семи больных, а образования сером – у шести больных. Причину развившихся осложнений мы видим, в первую очередь, в инфицировании раны во время извлечения деструктивно измененного желчного пузыря из брюшной полости без использования контейнера.

К сожалению, даже при самом строгом соблюдении асептики и техники операции не удастся полностью избежать возникновения раневой инфекции. Действенным способом сокращения количества раневых инфекционных осложнений является превентивная антибактериальная терапия во время операции, использование контейнеров для извлечения желчного пузыря, а также введение в раневые каналы раствора диоксида. Строгое соблюдение указанных мер позволило нам существенно сократить количество нагноений операционных ран на протяжении последних лет, снизив частоту этого осложнения с 1,9 до 0,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Э.Г. и др. // Вест. эндоск. – 2001. – №4. – С. 22-25.
2. Антропова Н.В., Шулутко А.М. // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 45-48.
3. Борисов А.Е. // Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии. – М., 1999. – С. 27-30.
4. Галлингер Ю.И. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. – 1994. – № 4. – С. 77-81.
5. Гальперин Э.И. // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 5-7.
6. Емельянов С. И. // Современные проблемы хирургической гепатологии. – М., 1996. – С. 43-44.
7. Карпенкова В. И. // Анн. науч. центра хирургии. – 1997. – № 6. – С. 14-18.
8. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин А.В., Наумов И.А. // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 11-15.
9. Gislason H., Gronbech J.E., Soreide O. // Eur. J. Surg. – 1995. – V. 161, No. 5. – P. 349-354.
10. Nyhus L.M., Condon R.E., eds. Hernia, ed 4. – Philadelphia, 1995. – 615 p.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

А.Н. Долгушкин, П.А. Журавлев
Люберецкая районная больница № 2

Стремясь к малой травматичности и скорейшей послеоперационной реабилитации больных, мы в своей практике все чаще используем малоинвазивные хирургические вмешательства, с применением лапароскопической техники.

В Люберецкой районной больнице № 2 лапароскопическая аппендэктомия применяется с октября 2002 г. В основу освоения этой операции положена уже внедренная в отделении диагностическая лапароскопия, которая, на наш взгляд, является завершающим этапом в установлении диагноза острой хирургической патологии. С течением времени от диагностики мы перешли к лечению основной ургентной патологии с помощью лапароскопических методик (острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая спаечная кишечная непроходимость, острые гинекологические страдания и т.п.).

В настоящей работе освещается опыт лечения больных с острым аппендицитом с октября 2002 г. по 2006 г. За это время общее число оперированных больных составило 419, из которых традиционным способом было выполнено 199 операций (47,4%). Лапароскопическая аппендэктомия проведена в 220 случаях (53 %) у больных от 18 до 78 лет.

По мере накопления опыта число конверсий уменьшалось. Благодаря внедрению лапароскопической диагностики, так называемых бесполезных аппендэктомий в настоящее время нет. Катаральные формы острого аппендицита были выявлены при гистологическом исследовании у больных, оперированных традиционным способом.

Увеличивается число лапароскопических аппендэктомий при гангренозных, неперфоративных формах аппендицита, которые, по нашему мнению, не всегда являются противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии (см. таблицу).

В условиях распространенного перитонита мы переходим на открытую операцию. Однако в одном случае мы выполнили лапароскопическую аппендэктомию с последующими санационными релапароскопиями; исход был благоприятным.

Аппендэктомия открытым способом с обработкой культи червеобразного отростка обычным способом выполнялась с помощью видеоассистированной операции. Лапароскопическая мобилизация отростка, рассечение спаек, санация брюшной полости позволяют минимизировать операционную травматичность при традиционном этапе вмешательства, сократить продолжительность операции, что, безусловно, благоприятно сказывалось на послеоперационном периоде.