

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первые сутки после оперативного вмешательства во всех группах исследования выявлено существенное уменьшение Международного нормализованного отношения ($p < 0,001$), активированного частичного тромбопластинового времени ($p < 0,001$). Вместе с тем, у пациентов с ожирением данные изменения носят более выраженный характер. Это подтверждает высокий риск возникновения гемокоагуляционных нарушений в раннем послеоперационном периоде. Увеличение уровня фибриногена проявилось сразу после операции и достигло максимума на пятые сутки после лапароскопической холецистэктомии независимо от индекса массы тела. Повышение его концентрации говорит о взаимодействии различных компонентов системы гомеостаза и является индикатором проявления комплекса защитных реакций организма.

При исследовании показателей сосудистого тонуса с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии установлено, что у пациентов с нормальной массой тела на третьи сутки после лапароскопической холецистэктомии регистрируется уменьшение показателей максимальной амплитуды нейрогенного компонента в 1,6 раза, миогенного — в 1,8 раза. На третьи сутки после оперативного вмешательства в группе пациентов с избыточной массой тела зафиксировано уменьшение показателей максимальной амплитуды эндотелиального компонента в 1,3 раза, нейрогенного компонента — в 1,5 раза, миогенного — в 1,7 раза, сосудистого — в 1,3 раза, а также увеличение максимальной амплитуды дыхательной волны в 1,6 раза. Установлено, что в группе больных с ожирением на третьи сутки после лапароскопической холецистэктомии наблюдается уменьшение показателей максимальной амплитуды эндотелиального компонента в 1,8 раза, нейрогенного компонента — в 1,7 раза, миогенного — в 1,6 раза, сосудистого — в 1,5 раза, увеличение показателей максимальной амплитуды дыхательной волны — в 1,7 раза. Установленные изменения сосудистого тонуса при эндохирургическом лечении желчнокаменной болезни показали, что у женщин с ожирением возникают существенные микроциркуляторные изменения, в основе которых лежит нарушение работы активных и пассивных механизмов регуляции осцилляций кровотока.

На первые сутки послеоперационного периода происходит резкое увеличение уровня стрессовых гормонов (кортизола, пролактина, адренкортикотропного и соматотропного гормонов) во всех группах исследования. Нормализация происходит на пятые сутки после операции, за исключением уровня кортизола у больных с ожирением. Полученные результаты объясняются более выраженной афферентной соматической и вегетативной импульсацией с места проведения оперативного вмешательства, значительными гуморальными изменениями, запускающими весь каскад адаптогенных реакций организма.

При исследовании уровня тревожности установлено, что у пациентов с нормальной массой тела до операции по шкале Тейлора определяется средний уровень тревожности с тенденцией к высокому ($24,70 \pm 0,92$), а на пятые сутки после оперативного вмешательства соответствует высокому уровню ($29,10 \pm 0,83$). В группе пациентов с избыточной массой тела до операции и в послеоперационном периоде наблюдается высокий уровень тревожности ($32,47 \pm 0,84$ и $28,33 \pm 0,63$ соответственно). У больных с ожирением до оперативного вмешательства фиксируется высокий уровень тревожности ($29,17 \pm 0,80$), на пятые сутки после операции — средний с тенденцией к высокому ($23,53 \pm 0,92$). Выявлено, что у женщин с ожирением после лапароскопической холецистэктомии уровень тревожности ниже, чем у пациентов с нормальной и избыточной массой тела. Данные изменения связаны с усилением синтеза серотонина, который участвует в формировании эмоционального комфорта.

А.В. Чувашов, А.И. Товаршинов, А.А. Виноградов, А.Н. Плеханов, Я.Г. Разуваева

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА
ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ, РЕЦИДИВНЫХ И БОЛЬШИХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Герниология является одним из важнейших направлений в хирургии с начала ее развития. Несмотря на огромный накопленный опыт, массу предложенных методик, остается еще много нерешенных задач в этой области. Наибольшую проблему представляют послеоперационные, рецидивные и первично большие вентральные грыжи, частота рецидивов при которых достигает 45 % (в среднем 23,6 %).

Во второй половине XX века были разработаны и стали применяться методы так называемой «ненапряжной пластики», которые стали возможными благодаря созданию инертных для организма синтетических полимерных материалов, в частности, полипропилена. Это позволило снизить частоту рецидивов до 1–2 %.

Основным преимуществом применения сетчатых протезов в хирургии грыж является возможность избежать натяжения собственных тканей передней брюшной стенки, которое неизбежно возникает при традиционных методах пластики и приводит к высокому проценту рецидивов.

Цель исследования — анализ применения различных вариантов размещения сетчатого полипропиленового протеза в лечении послеоперационных, рецидивных и больших вентральных грыж.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено клиническое исследование. Во 2-м хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ аллопластика полипропиленовыми протезами применяется с ноября 2004 г. Было прооперировано 65 человек, из них мужчин — 29, женщин — 36, возраст — от 27 до 83 лет (средний возраст — 57,6 лет). Пациенты были разделены на следующие группы: 29 пациентов с изолирующей интраабдоминальной пластикой, 28 — с предбрюшинной, 7 — с надапоневротической и комбинированной. В послеоперационном периоде всем больным проводилось дренирование остаточной полости по Редону (1–3 дренажа), интраоперационная антибиотикопрофилактика.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Эксперимент был проведен на базе Отдела биологически активных веществ ИОЭБ СО РАН. Экспериментальные исследования проведены на 12 белых крысах-самцах линии Вистар с исходной массой тела 180–200 г. Животным в переднюю брюшную стенку были имплантированы полипропиленовые сетки тремя различными способами. Животные были разделены на три группы (4 животных с надапоневротическим расположением протеза, 4 — с предбрюшинным, 4 — с интраабдоминальным). Животные выводились из эксперимента через 1 и 3 месяца посредством передозировки средств для наркоза. Материалом для исследования послужили местные ткани с трансплантатом, печень, селезенка. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин-целлоидин. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином по Масону, по Ван-Гизону и ШИК-реакцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде во всех случаях наблюдался менее выраженный болевой синдром, активизация больных наблюдалась через сутки после операции. В одном случае наблюдалась серома в подкожной клетчатке после надапоневротической пластики, которая велась консервативно. За время исследования наблюдалось два рецидива после наших операций. Одна пациентка после предбрюшинной аллопластики по поводу послеоперационной вентральной грыжи, причина — надрыв сетки, возможно, вследствие повреждения ее во время операции. Вторая пациентка — после изолирующей интраабдоминальной пластики, причина, вероятно, в некоторых технических ошибках на этапе освоения методики. Пациентки были повторно прооперированы с применением полипропиленовой сетки.

По данным экспериментального исследования, при имплантации сетчатого протеза в разные области локализации структурных изменений во внутренних органах не наблюдалось. Наиболее выраженный рост соединительной ткани отмечался при надапоневротической и предбрюшинной имплантации сетки. При надапоневротической имплантации макрофагальная реакция, пролиферация фибробластов и коллагенез выявлялись на более ранних сроках исследования.

ВЫВОДЫ

1. Комбинированная пластика является наиболее предпочтительной, поскольку удастся восстановить целостность передней брюшной стенки собственными тканями, укрепляя ее имплантируемой сеткой; при этом происходит наиболее быстрое формирование соединительной ткани. Однако при больших размерах грыжевых ворот велика вероятность формирования подкожных сером, и этот вид пластики в большей степени подвержен влиянию внутрибрюшинного давления.

2. Предбрюшинная пластика, как и предыдущая, выгодна изоляцией синтетического материала от брюшной полости, однако далеко не всегда удается сохранить целостность брюшины после грыжесечения, особенно при рецидивных грыжах, когда грыжевой мешок может быть многокамерным и интимно спаянным с сальником и внутренними органами.

3. Плюсами изолирующей интраабдоминальной пластики является возможность беспрепятственно дать больший припуск сетке за края грыжевых ворот, что является существенным моментом в уменьшении влияния внутрибрюшного давления на пластику, контакт сетки с сальником значительно уменьшает проявления экссудации в послеоперационном периоде. Минусами являются размещение сетки в брюшной полости и отставание интенсивности репаративных процессов морфологически.

О.А. Шабатина, И.А. Ольховский, А.А. Виноградов, А.Н. Плеханов, Л.В. Борбоев,
А.И. Товаршинов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛИЗЛЕЖАЩИХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*НУЗ «Отделенческая клиническая больницы больницы на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

В последние 20 лет сформировалось новое направление в современной хирургии — малоинвазивная хирургия. В абдоминальной хирургии широкое распространение получили лапароскопические вмешательства, в то же время в последние годы появились альтернативные малотравматичные методики — операции из минилапаротомного доступа. Последние сочетают открытость традиционной лапаротомии и применение лапароскопического оборудования.

В нашем отделении минилапаротомный доступ начали применять с июня 2004 года. В течение полу-года все хирурги отделения вполне освоили операцию холецистэктомии из минидоступа. За 2004 — 2007 гг. во 2-ом хирургическом отделении было выполнено 87 холецистэктомий из минидоступа. В 2004 году выполнена 21 операция, в 2005 году — 29, в 2006 — 8, в 2007 — 29. Снижение количества операций в 2006 году обусловлено поломкой оборудования. Распределение по полу составило 30 мужчин и 57 женщин. Возраст пациентов — от 22 до 85 лет, в среднем $48,6 \pm 16,3$ года. Экстренных операций было 52, плановых — 35. Удельный вес холецистэктомий из минидоступа составил 18,1 %, традиционный доступ выполнялся в 35 % случаев, лапароскопическая холецистэктомия — в 46,7 %. В 3 случаях из минилапаротомного доступа произведена холедохолитотомия с наложением ХДА. Переход к обычному доступу потребовался в 1 (1,1 %) случае в связи с перивезикальным инфильтратом в сочетании с синдромом Мириizzi (по данным литературы — 1,5—2,0 %). Осложнения составили 2,2 % (по литературным данным — 2,5—12,5 %) случаев. Нагноений послеоперационной раны не было (по данным литературы — 0,9—1,1 % случаев). Имелось 2 осложнения после операции при деструктивном холецистите. В одном случае отмечено подтекание желчи из поврежденной коагуляцией культи пузырного протока проксимальнее наложенной лигатуры, в другом случае — из аберрантного протока ложа желчного пузыря. В обоих случаях подтекание желчи замечено по контрольным дренажам, устранено в раннем послеоперационном периоде до формирования затеков желчи. В обоих случаях наступило выздоровление. В целом получены хорошие результаты во всех случаях. При сравнительном анализе осложнений при традиционной холецистэктомии отмечено в 4,1 % случаев, все при экстренных операциях. После ЛХЭ имелось 2 осложнения (0,8 %) — повреждение холедоха и кровотечение из ложа желчного пузыря. Послеоперационный койко-день составил после минилапаротомных операций 6,8 дня, после ЛХЭ — 5,7 дня, после традиционной холецистэктомии — 10,9.

В представленной работе изучается влияние на непосредственные результаты холецистэктомии (ХЭ) по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) таких показателей, как длительность ожидания вмешательства, тяжесть сопутствующего заболевания, вид доступа.

Целью исследования является сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения ХКХ методами ЛХЭ, ХЭ через мини-доступ и широкий лапаротомный доступ.

Задачи исследования: сравнение непосредственных результатов различных видов доступа, выявление преимуществ и недостатков, оценка экономического и клинического эффекта каждого из них.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 578 историй болезни больных, оперированных по поводу ХКХ различными видами доступа в ОКБ на станции г. Улан-Удэ. и БСМП им. Ангапова г. Улан-Удэ за 2005 — 2007 гг. С применением «слепого» метода произведено рандомизированное клиническое исследование непосредственных результатов хирургического лечения ХКХ у 100 пациентов после ЛХЭ, у 100 — после мини-доступа, у 100 — после лапаротомного доступа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группы пациентов для всех видов вмешательств не отличались по полу и возрасту. Отмечено преобладание пациентов с сопутствующими заболеваниями среди больных, оперированных из мини-доступа и лапаротомного доступа (доступа в правом подреберье по Федорову). Длительность предоперационной подготовки во всех группах практически одинакова. Специфическим интраоперационным осложнением ЛХЭ является травма ОЖП. ЛХЭ является наименее травматичным видом доступа, что сказывается на сроках послеоперационной реабилитации, длительности койко-дня и временной нетрудоспособности. При ЛХЭ требуется самый небольшой объем обезболевания, антибиотикотерапии и инфузионной терапии в послеоперационном периоде.