

УДК 612.089.6:616.36-004.5

ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП И СПОСОБ УШИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Р.А. Султангазиев, Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, К.Э. Абиров, А.А. Тогочуев

Приводятся сравнительная характеристика операционных доступов и данные о результатах нового метода ушивания передней брюшной стенки в хирургическом лечении больных портальной гипертензией.

Ключевые слова: портальная гипертензия (ПГ); гастроэзофагеальное кровотечение (ГЭК); цирроз печени (ЦП); варикозно расширенные вены пищевода и желудка (ВРВП и Ж); портокавальное шунтирование (ПКШ).

SURGICAL APPROACH AND THE METHOD OF SUTURING THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

R.A. Sultangaziev, H.S. Bebezov, D.N. Nurmanbetov, K.E. Abirov, A.A. Togochuev

It presents comparative characteristics of surgical approach and the data on the results of a new method of mastering the anterior abdominal wall in the surgical treatment of patients with portal hipertension

Key words: portal hypertension (PH); gastroesophageal bleeding (HES); liver cirrhosis (LC); varicose veins of the esophagus and stomach (EW and F); portocaval shunting (PKSH).

Актуальность. С ежегодным увеличением количества больных циррозом печени, обусловленным вирусной этиологией, отмечается также рост больных с врожденными аномалиями развития вен портальной системы. В этой ситуации хирургический способ коррекции портальной гипертензии на сегодняшний день остается основным и ведущим методом лечения таких больных [1–3]. Если раньше выполнялось тотальное шунтирование портальной системы, то на сегодняшний день после изучения отдаленных результатов таких портосистемных шунтов (ПСШ) мы пришли к выводу, что отдаленные результаты парциального ПСШ намного лучше и эффективнее по сравнению с тотальным [4–6]. С внедрением в клиническую практику различных видов портосистемных шунтов, меняются и виды операционных доступов при портальной гипертензии. Из-за нарушения свертываемости крови у больных циррозом печени, особенно при асцитическом синдроме, методика ушивания апоневроза передней брюшной стенки требует особого дифференцированного подхода.

Цель исследования – оценка эффективности различных операционных доступов и оптимизация метода ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией.

Задача исследования – изучить сравнительные аспекты операционных доступов и оценить эффективность нового метода ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией.

Материалы и методы. В нашем исследовании различные варианты портосистемного шунтирования были выполнены 150 (100 %) больным с портальной гипертензией. Лечение больных проводилось в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и в отделении общей хирургии Государственного учреждения клинической больницы Управления Делами Президента и Правительства Кыргызской Республики (ГУ КБУДПиП КР) за период с 1997 по 2015 г. Выполненные виды операционных доступов при формировании портосистемных шунтов у пациентов с портальной гипертензией представлены в таблице 1.

В период освоения портосистемных шунтов с 1997 по 2007 г. основным операционным доступом являлась торакофренолапаротомия слева по IX межреберью, начиная с передней подмышечной линии, с резекцией реберного сочленения продол-

жением косо до пупка. Торакофренолапаротомия выполнена 37 (24,7 %) пациентам из 150 (100 %). Всем пациентам этой группы выполнялась спленоренальный анастомоз по типу «конец в бок». Данный вид операционного доступа очень травматичен, и пациенты плохо переносят пневмоторакс. Эти пациенты нуждаются в проведении активной дыхательной гимнастики и торакоцентеза после удаления дренажной трубки из плевральной полости. У 9 (24,32 %) пациентов из 37 (100 %) в раннем послеоперационном периоде развился экссудативный плеврит, и процесс разрешился путем многократного торакоцентеза. В послеоперационном периоде у 4-х (10,81 %) из 37 (100 %) больных развились лигатурные свищи, которые были удалены в течение многих лет, впоследствии у двоих (5,4 %) из 37 (100 %) образовалась послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. В одном (2,7 %) случае из 37 (100 %) больных образовавшийся абсцесс хвоста поджелудочной железы прорвался наружу между швами вместе с панкреатическими секвестрами. Панкреатический свищ закрылся самостоятельно через десять месяцев.

Таблица 1 – Виды операционных доступов

Виды операционного доступа	Количество больных	%
Торакофренолапаротомия	37	24,7
Левое подреберье	4	2,6
Верхнесрединная лапаротомия	109	72,7
Всего	150	100

Операционный доступ через левое подреберье был выполнен у 4 (2,6 %) пациентов из 150 (100 %). У одного (25 %) пациента из 4 (100 %) через год образовалась послеоперационная грыжа передней брюшной стенки.

В 2007–2009 гг., после прохождения специализации по портальной гипертензии при РНЦХ им Б.В. Петровского в отделении портальной гипертензии № 20 ГКБ г. Москвы у профессора А.Г. Щерцингера, мы перешли на верхнесрединно-срединную лапаротомию с использованием раневого ретрактора Сигал для передней брюшной стенки, который позволил нам внедрить в клиническую практику различные виды портосистемных шунтов.

Всех пациентов, в том числе пациентов с асцитическими синдромами, после ПСШ стандартно апоневроз передней брюшной стенки ранее мы ушивали многоразовой колющей иглой. На ушки игл заправляли капроновую нить № 4–5 и прошивали апоневроз передней брюшной стенки узловыми швами. В послеоперационном периоде из

дренажных трубок выделялось от 1000 до 3000 мл геморрагической жидкости, и послеоперационный парез кишечника сохранялся более 3 суток. С накоплением практического опыта и изучением этиопатогенеза цирроза печени нами установлено, что нарушаются все факторы свертываемости крови, при которой использование запроваживаемой многозарядной иглы с ниткой для прошивания апоневроза передней брюшной стенки может привести к кровотечению с места прокола игл. Кровотечение в брюшную полость возникает из-за нарушения свертываемости крови. Применение только рассасывающегося шовного материала с травматической иглой у пациентов асцитическим синдромом в последующем могут приводить образованию послеоперационной грыжи передней брюшной стенки, что побудило нас искать пути выхода из этой ситуации.

Предложенная нами модифицированная методика «Способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных циррозом печени» получила приоритетное свидетельство от Кыргызпатента № 1642 от 20 июня 2013 года.

Перед нами стояла задача найти наиболее эффективный способ ушивания передней брюшной стенки с наименьшей травматизацией ее тканей и минимизировать объем кровотечения в сторону брюшной полости, а также проводить профилактику образования послеоперационных грыж у больных циррозом печени.

Способ осуществлялся следующим образом: после наложения портосистемного шунта производили контроль на гемостаз. Апоневроз передней брюшной стенки ушивали (рисунки 1, 2) непрерывным обивным швом рассасывающимся шовным материалом на атравматической игле с колющими концами. При этом на расстоянии через каждые 2,5 см накладывался дополнительный узловый шов нерассасывающимся шовным материалом также на атравматической игле с колющими концами. Контроль на гемостаз. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Апоневроз мышц передней брюшной стенки по вышеизложенной модифицированной методике ушит у 28 (18,7 %) пациентов из 150 (100 %) после наложения ПСШ. При этом использовался рассасывающийся шовный материал – плетенная на колющей игле «Pegesorb» № 1 или монофиламентная петлистая нитка с атравматической колющей иглой «Pedesent» № 1. Узловые швы накладывались плетеной нерассасывающейся ниткой на атравматической колющей игле «Sterigon» № 1. Объем выделенной геморрагической жидкости из брюшной полости через дренажные трубки за сутки в послеоперационном периоде уменьшился с 2000 до 500 мл. В ближайшем послеоперационном пе-



Рисунок 1 – Схема операции ушивания передней брюшной стенки: 1 – непрерывный обивной шов из рассасывающегося шовного материала; 2 – узловый шов из нерассасывающегося шовного материала



Рисунок 2 – Виды операционных швов

риоде у этих больных образование послеоперационных грыж нами не отмечено.

Выводы

1. Для формирования различного варианта портосистемных шунтов наиболее оптимальным вариантом считаем верхнесрединно-срединную лапаротомию с использованием раневого ретрактора Сигал и Томпсона.

2. Применение предложенной модифицированной методики ушивания передней брюшной стенки минимизирует травму тканей передней брюшной стенки и служит хорошей профилактикой послеоперационной грыжи.

Литература

1. *Ерамишанцев А.К.* Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.К. Ерамишанцев. М., 1983.
2. *Киценко Е.А.* Прямые вмешательства на варикозно расширенных венах пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Киценко. М., 2004.
3. *Лебезев В.М.* Портокавальное шунтирование у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994.
4. *Шерцингер А.Г.* Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Г. Шерцингер. М., 1986.
5. *Bismuth H., Franco D., Herr J.* Portal-systemic in hepatic cirrosis: Does the type of shunt decisively influence the clinical resalt // *Ann. Surg.* 1980. Vol. 192. P. 18.
6. *Foncalrud E., Linde L., Longmire V.* Portal hypertension from idiopatic vena cava obstruction // *J. A. M. A.* 1986. Vol. 196. P. 196–199.