

POLYPROPYLENE MESH USED FOR THE SURGICAL MANAGEMENT OF LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS

Topicality: The treatment of postoperative ventral hernias remains one of the high-priority problems of abdominal surgery. This is due to the unsatisfactory results of operations.

The aim of the study was to evaluate the results of the application of polypropylene meshes in the surgical management of postoperative ventral hernias.

Material and methods: 87 patients with postoperative ventral hernias with large (58 pers.) and giant hernias (29 pers.) were observed. 67 of them were females and 20 – males. The patients with hernias the sizes of 15 – 30 cm were considered as having large hernias, and more than 30 cm – as giant ones.

Results and discussion: 49 of the 87 patients had the strain coefficients of the abdominal wall higher than 2.10 and

low results of the external respiration, thus a full replacement of the hernia orifices by polypropylene mesh with preserving the intra-abdominal volume was performed in them; and 38 patients had the coefficients lower than 2.09. The hernioplasty in them was performed with local flaps. No relapse was found in any patients.

Conclusion:

1. The results of the external respiration in combination with the determination of the strain coefficient of the abdominal wall are reliable criteria for the selection of the hernioplasty technique.

2. The use of ozonized solutions for the prevention of wound complications in postoperative ventral hernias provides the prevention of inflammatory complications in the wound.

Key words: *postoperative ventral hernias, hernioplasty techniques, polypropylene mesh.*

УДК 616.37-006.2-089

Д.С. ИБРАИМОВ

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наблюдали 24 больных с кистами поджелудочной железы, у 18 выполнено традиционное оперативное лечение (панкреатоцистогастростомия, панкреатоюноанастомоз на выключенной петле по Roux, наружное дренирование кисты поджелудочной железы) и 6 больным выполнено одномоментное двойное дренирование, осложнений после операции не наблюдали

Ключевые слова: *поджелудочная железа, ложные кисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование, оперативное лечение.*

Кисты поджелудочной железы не являются редкостью в абдоминальной хирургии [4, 7], причины их возникновения многообразны. Наиболее часто они формируются после перенесенного острого панкреатита [1, 2], в результате хронического воспалительного процесса поджелудочной железы [5, 6], а так же после травм. Ранее диагностика кист была сложна, но с появлением УЗИ значительно улучшилось выявление кист, а использование КТ, МРТ дают возможность определить не только размеры и локализацию, но и отношение кист к окружающим тканям, сосудам [3, 6, 8]. Лечение кист только оперативное, при применении медикаментозных средств рассасывание кист не наступает. В этом плане применяется наружное и внутреннее дренирование кист, но при их использовании не всегда удается добиться облитерации полости, идут поиски наиболее эффективных мер лечения.

Учитывая недостатки существующих методов оперативного лечения, нами усовершенствован способ одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы, прооперированы шесть больных с данной патологией. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Цель исследования – оценить эффективность применения способа одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением цистоеюноанастомоза на выключенной петле по Roux, конкретизировать его показания и провести сравнительный анализ с традиционными методами оперативного лечения.

Материал и методы

Под наблюдением в Городской клинической больнице №1 г. Бишкек находились 24 больных с кистозным поражением поджелудочной железы. Женщин было 9 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин 15 в возрасте от 36

до 83 лет. У большинства больных выявлены воспалительные кисты поджелудочной железы – 20, посттравматическая киста поджелудочной железы обнаружена у одной пациентки вследствие тупой травмы, а у одной больной диагностирован абсцесс головки поджелудочной железы. Опухолевые кисты поджелудочной железы имели место у двух больных, в одном случае цистаденома, а в другом выявлена цистаденокарцинома поджелудочной железы.

Давность заболевания составляла от 1,5 месяца до 2-х лет. Воспалительные кисты поджелудочной железы рассматривали как осложнения острого или хронического панкреатита. Ведущим этиологическим фактором панкреатита явилось систематическое употребление алкоголя, а у ряда больных, ранее не употреблявших алкоголь, острый панкреатит развился после приема обильной жирной и острой пищи.

Локализация кист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной.

В установлении диагноза кисты поджелудочной железы использовали следующий комплекс диагностических методов, включающий общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы (общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, С-реактивный белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методикам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Результаты и обсуждение

После обследования все больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Выбор доступа осуществлялся исходя из

расположения кисты поджелудочной железы: если киста локализовалась в головке и теле – верхнесрединная лапаротомия, если в хвостовом отделе, то – левоподреберная лапаротомия. У одной больной выявлена панкреатоцистоаденома хвостового отдела, которой произведена дистальная резекция поджелудочной железы, еще у одной идеальная цистэктомия хвоста поджелудочной железы. 10 пациентам выполнена панкреатоцистогастростомия, так как передняя стенка экстрапанкреатической кисты была интимно спаяна с задней стенкой желудка и размер ее не превышал 8 см. Вмешательство дополнялось установлением наружного назокистозного зонда для санации полости кисты антисептиками. У 2 больных произведен панкреатоцистоюноанастомоз на выключенной петле по Roux [9], который также завершился установлением наружного назокистозного зонда. Здесь следует отметить, что длительное стояние наружного назокистозного зонда приносит неудобства больному, вызывая воспаление носовых ходов и ротоглотки. У 2-х больных произведено наружное дренирование нагноившихся кист поджелудочной железы. В послеоперационном периоде проводилось активное промывание полости кисты озонированным раствором, однако облитерация остаточной полости продолжалась в течение 16 и 18 суток, соответственно. Интраоперационно в одном случае выявлена цистоаденокарцинома тела поджелудочной железы, ему проведена паллиативная операция – наложен обходной гастроэнтероанастомоз, в другом случае у пациентки обнаружен абсцесс головки поджелудочной железы, который был вскрыт и дренирован.

Шести больным произведена операция по разработанной нами методике одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением панкреатоцистоюноанастомоза на выключенной петле по Roux, размер кист превышал 10 см (рис. 1).

Ход операции: верхнесрединная лапаротомия, позволяющая полноценно проводить ревизию всех отделов поджелудочной железы, желчевыводящих путей и соседних органов. После выделения стенки кисты выполняли ее пункцию, содержимое кисты направляли на бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование, а участок стенки кисты на гистологическое исследование. После удаления содержимого кисты вскрывали ее полость и осматривали, если имелись секвестры и некротические ткани, то производили некрэксеквэстрэктомию. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводили тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксировали ее кетгутотом и выводил дренаж через отдельную контраппертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональностью состоятельностью анастомоза.

Далее формировали панкреатоцистоюноанастомоз. Для его наложения целесообразно использовать петлю тощей кишки длиной не менее 40 см, выключенную Y-образным анастомозом по Roux, что предотвращает или уменьшает возможность возникновения цистодигестивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключенной» тощей кишкой значительно снижает вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирование панкреатита.

В послеоперационном периоде ежедневно через дренажную трубку промывали полость кисты 0,02% антисептическим раствором, контролировали характер и объем отделяемого из полости кисты с обязательным биохимическим исследованием. На 5-6-е сутки после

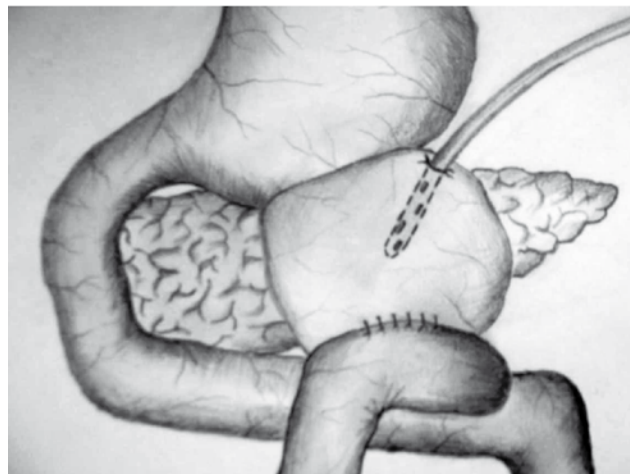


Рисунок 1 – Метод одномоментного двойного дренирования при кистах поджелудочной железы

операции выполняли рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом. При подтверждении уменьшения полости кисты, удовлетворительной эвакуации контраста и отсутствии отделяемого дренажную трубку удаляли. В послеоперационном периоде ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре, в среднем, составило $11 \pm 0,32$ койко-дня. У всех больных при контрольном УЗИ кистозных образований поджелудочной железы не обнаружено, анастомоз состоятельный и функционирует.

Выводы

1. Возникновению кист поджелудочной железы способствуют многие факторы: воспаление (острые и хронические) поджелудочной железы, травмы.
2. Традиционное оперативное лечение (гастроцистоанастомоз с наружным назокистозным дренированием) имеет много недостатков.
3. Использование одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы предотвращает возникновение анастомозита, цистодигестивного рефлюкса, обеспечивает более быструю облитерацию полости кисты и ведет к сокращению сроков стационарного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бондарчук О.И. Особенности лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы / Бондарчук О.И., Кадошук Т.А. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т. 4, № 2. – С. 147–148
- 2 Гостищев В.К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Устименко А. В. // *Хирургия*. – 2006. – № 6. – С. 25–27
- 3 Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. – М.: «Бином-Пресс», 2004. – 304 с.
- 4 Прокофьев О.А. Псевдокисты поджелудочной железы: какую тактику избрать / Прокофьев О.А., Ахаладзе Г.Г., Гальперин Э.И. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 100–105
- 5 Шалимов А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / Шалимов А.А. – Киев, «Здоровье», 2000
- 6 Beger H.G. Diseases of the pancreas H. G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. – 2007. – 950 p.
- 7 Brugge W.R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts / W.R. Brugge *Curr Opin Gastroenterol*. – 2004. – Vol. 20. – P. 488–492

8 Naoum E. Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience / E. Naoum [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2003. – Vol. 10. – P. 373–376

9 Rau B. Long-term follow-up after surgical and interventional management of postacute pancreatic pseudocysts: a 20 year single center experience / B. Rau, C. Golling, H.G. Beger // Pancreas. – 2001. – Vol. 23. – P. 457–458

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Д.С. ИБРАИМОВ

И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз Мемлекеттік медицина академиясы, №1 қалалық клиникалық аурухана, Бішкек қ., Қырғыз Республикасы

ҰЙҚЫ БЕЗІ ЖЫЛАУЫҚТАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Өзектілігі: Ұйқы безі жылауықтарын жедел емдеу заманауи хирургияның күрделі бөлімдерінің бірі болып табылады, себебі осы уақытқа дейін аса оңтайлы емдеу әдісін таңдау көрсеткіштері нақтыланбаған, дегистивті анастомоздың салынуына ортақ көзқарас жоқ, асқын мен өлім жиілігі жоғары болып қалуда. Іріңдеп қабыну асқынулардың алдын алу шаралары жасап шығарылмаған.

Зерттеудің мақсаты: Roux бойынша сөндірілген түйінге цистоюноанастомозды салу арқылы ұйқы безінің жылауықтарын бір сәтте қос құрғату тәсілін пайдаланудың тиімділігін бағалау, оның көрсеткіштерін нақтылау және жедел емдеудің дәстүрлі әдістерімен салыстырмалы талдау жүргізу.

Материал және әдістер: Ұйқы безі жылауығына шалдыққан 24 науқас бақыланды. 30 – 72 жас аралығындағы әйел саны 9, 36 – 83 жас аралығындағы ерлер саны 15 болды.

Нәтижелер және талқылаулар: Жылауық көлемі 10 см-ден аспайтын, алты науқасқа біз жасап шығарған, Roux бойынша сөндірілген түйінге панкреатоцистоюноанастомозды салу арқылы ұйқы безі жылауықтарын бір сәтте қос құрғату әдістемесі бойынша операция жүргізілген.

Операциядан кейінгі кезеңде күнделікті құрғатқыш түтік арқылы жылауық қуысы жуып-шайылып отырды, міндетті биохимиялық зерттеумен жылауық қуысынан бөлінетін заттектің сипаты мен көлемі бақыланып отырды. Операциядан кейінгі 5-6 тәулікте суда еритін контрастты затпен рентгенологиялық зерттеу жүргізілген. Операциядан кейінгі кезеңде науқастың ешбіреуінде асқынуды байқаған жоқпыз. Стационарда болуы, орташа есеппен $11 \pm 0,32$ төсек-күнді құрады.

Қорытындылар: Сөйтіп, біздің зерттеулеріміздің нәтижелері Roux бойынша сөндірілген түйінде ұйқы безі жылауықтарын бір сәтте қос құрғату әдісін қолданудың мақсаттылығын көрсетті, ол анастомозиттің, цистодигистивті

рефлюкстің алдын алады, жылауық қуысының аса жылдам облитерациялануын қамтамасыз етеді және стационарлық емдеу мерзімдерінің қысқаруына әкеледі.

Негізгі сөздер: ұйқы безі, ұйқы безінің жалған жылауықтары, ультрадыбыстық зерттеу, жедел емдеу.

SUMMARY

D.S. IBRAIMOV

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, City Clinical Hospital No1, Bishkek c., Kyrgyz Republic

THE SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS

Topicality: The surgical treatment of pancreatic cysts remains one of the complex parts of the current surgery as the indications for the selection of the most optimum treatment mode have not been concretized to present day, there is no unified view on the application of digestive anastomoses; the incidence of complications and lethality remains high. The measures for the prevention of pyoinflammatory complications have not been developed.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the application of the single-stage double drainage of pancreatic cysts with the application of cysto-jejunal anastomosis on the defunctionalized Roux loop, to concretize its indications and to conduct a comparative analysis with conventional methods of the surgical treatment.

Material and methods: 24 patients with cystic lesions of the pancreas. There were 9 females at the age of 30 – 72 years and 15 males at the age of 36 – 83 years.

Results and discussion: Six patients were operated according to our developed technique of the single-stage double drainage of pancreatic cysts with the application of pancreato-cysto-jejunal anastomosis on the defunctionalized Roux loop, the size of cysts exceeding 10 cm.

During the postoperative period, every day, the cyst cavity was washed through the drainage tube; the nature and volume of the discharge of the cyst cavity was controlled with obligatory biochemical investigation. On days 5-6 after the surgery, the radiologic investigation with water-soluble contrast medium was conducted. During the postoperative period we did not find complications in any patients. On average, the hospital stay was $11 \pm 0,32$ bed-days.

Conclusion: Thus, our studies showed the advisability of use of the single-stage double drainage of pancreatic cysts on the defunctionalized Roux loop, which prevents anastomosis, cystodigestive reflux, provides faster obliteration of the cyst cavity and leads to shorter periods of hospital treatment.

Key words: pancreas, pancreatic pseudocysts, ultrasound examination, surgical treatment.