

К ВОПРОСУ ЗАКРЫТИЯ РАН ПРИ ОЖИРЕНИИ

Шапошников В.И.

Кубанская государственная медицинская академия

Краснодар, Россия

Важным фактором, предрасполагающим к нагноению послеоперационной раны является ожирение. В связи с увеличением из года в год лиц с избыточным весом, возрастает и число операций у больных, имеющих чрезмерно выраженную подкожно - жировую клетчатку. При ушивании ран наиболее часто используют следующие швы: простой узловый, Спасокукоцкого (8 - образный), П - образный, вертикальный петлеобразный Донати, многостежковый адаптационный матрацный Золтана.

Разнообразие методик ушивания ран свидетельствует об отсутствии у хирургов единого подхода к данному этапу выполнения операции. Это позволило нам предложить модифицированный способ закрытия послеоперационных ран у больных с избыточным весом - при толщине подкожно - жировой клетчатки более чем 3 см. При разработке метода особое значение уделяли точной адаптации всех слоев рассеченных тканей передней брюшной стенки без сдавления их шовным материалом - опасность развития данного осложнения возрастает при передне - задней компрессии тканей.

С учетом этих требований, у 58 больных в возрасте от 22 до 65 лет, имевших 111 степень ожирения, был применен многэтажный горизонтальный матрацный метод с боковой адаптации как всех слоев поврежденной кожи, так и подкожно - жировой клетчатки (на всю ее глубину - от глубоких слоев дермы до апоневроза). Из общего числа этих больных женщин было 52 (89,6%). У всех больных операция осуществлялась на органах брюшной полости, в том числе : по поводу большой вентральной грыжи - у 28 (48,3%), хронического калькулезного холецистита - у 27 (46,5%), различных заболеваний органов малого таза - у 3 (5,2%). Из 58 пациентов 14 (24,1%) страдали сахарным диабетом.

МЕТОДИКА. После наложения швов на апоневроз, осуществляют тщательную санацию раны (использовали салфетки, смоченные раствором фурацилина в смеси с 3% раствором перекиси водорода). Затем на расстоянии 2 - 2,5 см от апоневроза на жировую клетчатку в горизонтальном направлении на протяжении всей длины раны проводят крепкую синтетическую нить по матрацному способу бокового сближения тканей. Концы этой нити выводят на переднюю брюшную стенку (путем прокалывания всей толщины тканей) рядом с углами раны. Для удобства проведения второй нити (на расстоянии 2,5 - 3,0 см от первой) концы этой лески не натягивают, а оставляют в разведенном положении. Вторую и последующие нити проводят аналогично первой. В последнюю очередь накладывают матрацный горизонтальный капроновый шов на глубокий дермальный слой кожи. Дренажные трубки в рану не вводят, так как эти горизонтальные матрацные нити выполняют роль дренажных систем. После проведения капроновой нити через кожу, к одному из концов каждой нити привязывают шарик и вслед за этим последовательно осуществляют натяжение каждой нити, при этом полноту контактного сближения тканей оценивают визуально. После выполнения данной процедуры свободные концы ниток фиксируют при помощи короткой трубки, уложенной в поперечном направлении на брюшную стенку у места выхода лигатур. Все лигатуры удаляют одновременно на 9 - 11 день после операции.

Из 58 больных у 37 (63,2%) через жировую клетчатку были проведены две нити, у 15 (26,3%) - три, а у 6 (10,5%) - четыре. Использование синтетических ниток оказалось наиболее приемлемым в качестве адаптационного шовного материала, удаление которого происходило без каких либо затруднений. До момента снятия швов и в последующие 7 дней после выполнения этой процедуры, никаких осложнений со стороны раны не было отмечено ни у одного больного (в том числе и у больных сахарным диабетом). Однако в дальнейшем

у 3 из них (5,2%) образовались лигатурные свищи, источником которых стали лавсановые узлы, наложенные на апоневроз. Это свидетельствует об необходимости использования рассасывающегося шовного материала при сближении краев раны апоневроза.

У 21 больного (36,2%) удалось определить отдаленный результат лечения, с применением описанной методики закрытия послеоперационной раны живота, через 4 - 10 лет. У всех этих бывших пациентов отмечался хороший косметический результат - на коже имелся или елее различимый рубец (6 человек, у которых производился вертикальный разрез кожи), или слегка пигментированная полоска (15 человек, у которых был осуществлен косорасщепляющий разрез кожи по разработанной нами методике). Втяжения кожи в глубину подкожно - жировой клетчатки у них не наблюдалось и вся подлежащая под ними ткань была без грубой рубцовой перестройки.

Таким образом, у больных с выраженным ожирением закрытие послеоперационных ран целесообразно производить при помощи многоэтажных горизонтальных матрацных швов, дающих хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения. Эти швы позволяют производить полноценное визуальное сближение тканей в боковом направлении без их сдавления, что предотвращает их обескровливание. Боковой контакт сшиваемой подкожно - жировой клетчатки резко уменьшает опасность развития грубой рубцовой ткани в области бывшей раны. Этот фактор имеет важное значение в достижении косметического эффекта. Для уменьшения риска образования лигатурных свищей со стороны узлов, наложенных на апоневроз, следует применять рассасывающуюся шовную нить.

