

ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА – ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С «БОЛЬШИМИ» ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

САЖИН А.В., АНДРИЯШКИН А.В., ИВАХОВ Г.Б., МАМАДУМАРОВ В.А., НИКИШКОВ А.С., ЛОБАН К.М.

Центр хирургии грыж ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
sazhin-av@yandex.ru

Актуальность. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж является одним из наиболее сложных разделов герниологии. Оно сопровождается длительным периодом реабилитации, высоким процентом местных раневых осложнений и частыми рецидивами заболевания. В первую очередь это касается так называемых «больших» грыж передней брюшной стенки, с шириной грыжевого дефекта более 10 см (W3 по классификации EHS). При нахождении в грыжевом мешке более 20% органов брюшной полости, их вправление может приводить к развитию тяжёлого «компармент-синдрома». Но даже при ширине грыжевого дефекта от 6 до 10 см (W2 по классификации EHS) нередко возникает ситуация, когда при выполнении ретромускулярной пластики ушивание задних листков влагалища прямых мышц живота без натяжения невозможно. В подобной клинической ситуации целесообразно использование методик увеличения объёма брюшной полости – сепарационной пластики. При этом меньшая частота раневых осложнений и лучшие функциональные результаты достигаются при использовании методики задней сепарационной пластики – варианта ретромускулярной пластики, предложенного А.М. Carbonell, и пластики с пересечением и мобилизацией поперечных мышц живота – TAR пластики (Transversus Abdominal muscle Release), операции, разработанной Юрием Новицким.

Цель исследования: Изучить результаты задней сепарационной пластики у больных с «большими» послеоперационными грыжами.

С января 2017 года по март 2018 года на базе Центра хирургии грыж ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 39 пациентам с послеоперационными вентральными грыжами выполнено грыжесечение и задняя сепарационная пластика. Среди них было 21 женщина (53,8%) и 18 мужчин (46,2%) в возрасте от 39 до 79 лет (средний возраст – 63,3 года). По размерам грыжевых ворот больные разделились следующим образом: W2 – 19 человек (48,7%), W3 – 20 (51,3%). По числу рецидивов: R0 – 33 больных (84,6%), R1 – 5 (12,8%), R2 – 1 (2,6%). TAR-пластика была выполнена 22 пациентам (56,4%), пластика по Carbonell – 17 (43,6%). Как правило, при ширине грыжевого дефекта до 10 см (W2 по классификации EHS) для сшивания без натяжения задних листков влагалища прямых мышц живота было достаточно сепарации по Carbonell. При необходимости ещё больше увеличить объём брюшной полости вмешательство дополняли TAR пластикой. При ширине грыжевых ворот более 10 см (W3 по классификации EHS) – выполняли сепарацию по Ю. Новицкому (TAR). Продолжительность операций составила от 110 до 295 минут (в среднем – 172,8 минуты). Размеры сетчатого имплантата составили от 15×20 до

30×50 см. В послеоперационном периоде всем пациентам проводили мультимодальное обезболивание, антибиотико-профилактику, профилактику венозных тромбоэмболических осложнений, включая раннюю активизацию. Интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде контролировали внутрибрюшное давление. Ультразвуковое исследование брюшной полости, передней брюшной стенки, ангиосканирование вен нижних конечностей выполняли на 3–5 сутки послеоперационного периода.

Результаты. Период наблюдения за пациентами составил от 1 до 15 месяцев. Двум больным (5,1%) потребовалось повторное хирургическое вмешательство по поводу инфицированной серомы, выполнена хирургическая обработка раны, наложение вторичных швов. Ещё у одного пациента в послеоперационном периоде развился синдром интраабдоминальной гипертензии, что потребовало проведение ИВЛ в течение трёх суток. Других осложнений и летальных исходов не было. Рецидив заболевания не зарегистрирован. Средний койко-день составил 7,3.

Выводы. Задняя сепарационная пластика – операция выбора у больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров, в ситуациях «потери домена». Адекватные техника хирургического вмешательства, анестезиологическое и реанимационное пособие позволяют добиться желаемого клинического результата при низком риске осложнений.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННО ВЫЯВЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

ЦЫГАНОВ М.И.

Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург
tcyganov.maxim@gmail.com

Актуальность. Внедрение лапароскопической холецистэктомии обусловило увеличение частоты повреждения желчных протоков в 2–5 раз – до 0,3–2%, по сравнению с открытой техникой операции [A. Viste et al., 2015 и др.]. Хирургическая коррекция ятрогенного повреждения желчных протоков при холецистэктомии – одна из наиболее сложных проблем билиарной хирургии, результаты оперативного лечения повреждений желчных протоков свидетельствуют о высоких уровнях осложнений (10–47%), летальности (3,2–28,2%) и неудовлетворительных отдаленных результатов (10–38%) [A. Bobkiewicz et al., 2017 и др.]. Повреждение желчных протоков в ходе ЛХЭ обнаруживают в 15–30% наблюдений [55,56]. Многие авторы считают, что коррекция интраоперационно обнаруженных повреждений должна производиться немедленно [Gigot J.F., 2003,2014 и др.] Однако существуют возражения против выполнения радикальных операций в ранние сроки после повреждения [Bismuth H., 2001,2010 и др., Murr M.M. et al., 1999 и др.]. Подобные разногласия говорят об актуальности исследования.

Материалы и методы. Интраоперационно повреждение желчных протоков были выявлены у 29 пациентов.