

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 «компаратмент-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, антибиотикопрофилактику, 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
tsyganov.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.

У 18 больных повреждения обнаружены оперирующим хирургом, в других случаях — приглашенным специалистом.

При диагностике принимали во внимание следующие интраоперационные признаки: появление желчи в операционном поле; утолщение вероятного пузырного протока в процессе операции; появление дополнительных трубчатых структур в ходе операции; просачивание желчи в операционном поле; необходимость использования большего, чем обычно, количества клипс.

Интраоперационную холангиографию выполняли выборочно, при сложностях в дифференциации анатомических структур. С помощью интраоперационной холангиографии диагноз подтвержден в 7 случаях.

Результаты. Хирургическая тактика после установления диагноза повреждения была определена индивидуально, после оценки характера и локализации повреждения. У 4 (13,8%) пациентов корректирующие операции были выполнены из лапароскопического доступа: в трех случаях произведено ушивание повреждений, в одном — наружное дренирование желчных протоков. В 16 (55,2%) наблюдениях после конверсии в открытую операцию выполнены восстановительные и реконструктивные операции: билиобилиарный анастомоз у 4 (13,8%) пациентов; гепатикоеюностомия — у 5 (17,2%); высокая гепатикоеюностомия — также у 5 (17,2%); гепатикодуоденостомия и гепатикодуоденостомия — по 1 (3,5%) наблюдению. У 9 (31%) пациентов операции завершены наружным дренированием желчных протоков.

При выполнении реконструктивных операций признаки несостоятельности анастомоза диагностированы у 3 (11,3%) пациентов. При изучении отдаленных результатов установлено, что у 4 больных в сроки от 6 мес. до 5 лет развилась стриктура гепатикоеюноанастомоза. Наружное дренирование было неадекватным у 4 из 9 пациентов. При интраоперационной коррекции повреждений желчных протоков у 29 больных выполнено 19 повторных операций. Отдаленные результаты интраоперационной коррекции повреждений желчных протоков были хорошими и удовлетворительными лишь у 44,5% пациентов. Это обусловлено неправильным выбором хирургической тактики и метода восстановления желчеоттока. Успешной интраоперационная коррекция была лишь в случаях частичных повреждений и при выполнении высокой гепатикоеюностомии в случаях полных повреждений желчных протоков.

Выводы.

1. Частота интраоперационной диагностики повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии составила 29,6%.

2. Наиболее частыми причинами неудовлетворительных результатов является выбор неадекватного способа коррекции и выполнение операции в условиях желчного перитонита.

3. Формирование высокого гепатикоеюноанастомоза при полном повреждении желчного протока и наличии желчеистечения целесообразно в первые 24 часа с момента травмы.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

ШАБУНИН А.В.^{1,2}, БАГАТЕЛИЯ З.А.^{1,2}, ГРЕКОВ Д.Н.^{1,2},
ЯКОМАСКИН В.Н.¹, БАБАЕВ И.Б.¹

¹ ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

² Кафедра хирургии РМАНПО, Москва
grekov.doc@list.ru

Введение. История развития абдоминальной хирургии подтверждает положение, согласно которому послеоперационная грыжа является неизбежным следствием оперативного вмешательства. При внедрении современных видеолaparоскопических операций на органах брюшной полости это положение не теряет своей актуальности. По данным статистики, послеоперационные грыжи брюшной стенки возникают у 5–14% больных, перенесших лапаротомию.

Несмотря на большое количество методов герниопластики, рецидив заболевания пока остается высоким и достигает 18–30%. Так, при шовной технике ликвидации грыжи с использованием местных тканей рецидивы составляют 5–44%, при пластике рецидива послеоперационной вентральной грыжи риск повторных рецидивов возрастает до 69%.

Материалы и методы. В период с 2015 г. по 2017 г. в условиях отделения абдоминальной хирургии выполнено 243 операции по поводу послеоперационных вентральных грыж. По ширине грыжевых ворот по классификации EHS было: W1 — 69 пациентов; W2 — 113 пациентов; W3 — 61 пациент. Мужчин было 72 (29,6%), женщин — 171 (70,4%). Возраст больных — от 24 до 88 лет, средний возраст — 56 ± 32.

В 140 случаях выполнена операция: грыжесечение, пластика сеткой по методике «On-lay», что составило 57,6%; в 45 случаях — грыжесечение, пластика сеткой по методике «In-lay», что составило 18,5%; в 13 случаях — грыжесечение, пластика сеткой по методике «Sub-lay», что составило 5,4%; в 6 случаях — пластика местными тканями, что составило 2,5%; в 34 случаях — лапароскопическая пластика IPOM, что составило 14%; в 5 случаях TAR-пластика, что составило 2%.

Результаты лечения. Средняя продолжительность операций составила 120 минут ± 30 мин. Активизация больных проводилась в день операции либо на 1 сутки после операции.

Основными специфическими осложнениями в послеоперационном периоде являлись: серома, гематома, асептический некроз краев раны (I–II степень по Clavien-Dindo), которые не требовали повторных оперативных вмешательств.

Средняя продолжительность лечения после лапароскопических операций составила 2 к/д ± 1 день. У пациентов, которым выполнялась герниолапаротомия, продолжительность лечения составила 4 к/д ± 2 дня.

За время наблюдения (2015–2017 гг.) зарегистрировано 2 случая рецидива, что составило 0,8%.