

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 ГKB 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%.

Вывод. Таким образом, лечение больных с использованием принципов «ненатяжной» герниопластики, несмотря на выбор методики, позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения этой категории больных.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

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

¹ ГKB им. С.П. Боткина, Москва

² Кафедра хирургии РМАНПО, Москва

grekov.doc@list.ru

Введение. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — заболевание пищевода и связочного аппарата диафрагмы, при котором возникает расширение пищеводного отверстия диафрагмы и растягиваются связки, фиксирующие пищевод и желудок. В результате развивается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. По данным Европейской и Американской гастроэнтерологических ассоциаций, если ГПОД существует в течение 5–12 лет без лечения, то риск развития рака пищевода возрастает в 2,5–3 раза через 5 лет, в 4–5 раз в зависимости от возраста — через 12 лет.

Показания к оперативному лечению. Абсолютным показанием к оперативному лечению мы считаем наличие ГПОД III–IV степени, а также II степени при наличии эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита II–III степени по Savary-Miller с неэффективностью консервативной терапии, а также при наличии кардиологической и пульмонологической симптоматики.

Если пациенты предъявляют жалобы только на гастроэнтерологические симптомы, то им проводится консервативная терапия в течение 8–10 недель. При отсутствии эффекта от лечения или быстрого возврата симптомов после лечения, вопрос решается в пользу операции. У больных ГПОД и наличием пульмонологических и кардиологических симптомов вопрос в отношении операции решался без предварительного лечения.

Материалы и методы. В период с 2013 г. по 2017 г. в условиях отделения абдоминальной хирургии выполнено 78 операций по поводу ГПОД. Мужчин было 12 (15,4%), женщин — 66 (84,6%). Возраст больных — от 36 до 82 лет, 59±23.

Все операции начинали лапароскопическим доступом. В 70 случаях выполнена операция: лапароскопическая крурорафия с фундопликацией по Ниссену, что составило 98,7%; в 1 случае — лапароскопическая крурорафия с фундопликацией по Дору 1,3%; в 8-и случаях крурорафия дополнена пластикой сетчатым имплантом в связи с большим натяжением тканей. В 11-и случаях выполнены симультанные операции 14,1%: в 9-и — с ЛХЭ; в 1-м — с лапароскопическим адгезиолизисом по поводу спаечной болезни; в 1-м — с лапароскопической пластикой передней брюшной стенки по поводу грыжи. Конверсий в этой группе больных 7, выполнена операция: Лапаротомия. Крурорафия. Фундопликация по Ниссену. Из них 1 —

в связи с интраоперационным осложнением (перфорация пищевода) и 6 - в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом и ожирением IV степени. У этой группы больных выполнена Крурорафия. Фундопликация по Ниссену.

Результаты лечения. Средняя продолжительность операций составила 90 минут ±32,5 мин. На 2-е сутки после операции всем больным проводилось контрольное рентгеновское исследование с водорастворимым контрастом, при котором установлено полное восстановление анатомических взаимоотношений органов. В ближайшем послеоперационном периоде все больные отмечали исчезновение изжоги, уменьшение отрыжки, менялся привкус во рту, купировались кардиологические и пульмонологические симптомы болезни. У 8 (10,2%) больных в раннем послеоперационном периоде была отмечена периодическая дисфагия, которая самостоятельно купировалась на 4–5 сутки после операции.

Средняя продолжительность лечения после операции составила 3к/д ±1,5 дня. У пациентов, которым выполнена конверсия, продолжительность лечения составила 7 суток.

Выводы. Таким образом, лапароскопические операции при ГПОД являются высокоэффективным методом лечения пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ. Сроки лечения и восстановления после операции уменьшаются в 2–2,5 раза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

ШАБУНИН А.В.^{1,2}, БЕДИН В.В.^{1,2}, БАГАТЕЛИЯ З.А.^{1,2},
ГРЕКОВ Д.Н.^{1,2}, ШИКОВ Д.В.¹, ЭМИНОВ М.З.^{1,2}

¹ ГKB им. С.П. Боткина, Москва

² Кафедра хирургии РМАНПО, Москва

grekov.doc@list.ru

Введение. Проблема хирургического лечения острого аппендицита в настоящее время остается актуальной как в медицинском, так и в социальном плане в связи с высокой распространенностью заболевания. Внедрение малоинвазивных способов удаления червеобразного отростка позволило снизить количество раневых осложнений в несколько раз, по сравнению с традиционной методикой. Несмотря на широкое применение малоинвазивных технологий, выбор способа обработки культи червеобразного отростка у взрослых пациентов при лапароскопической аппендэктомии остается предметом дискуссий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 878 больных с острым аппендицитом, оперированных в ГKB им. С.П. Боткина за период с 2015 по 2017 годы. Мужчин было 486 (55,4%), а женщин — 392 (44,6%). Возраст больных составил от 15 до 87 лет. Катаральный аппендицит имел место у 49 (5,6%), флегмонозный — у 673 (76,5%), гангренозный — у 112 (12,8%), гангренозно-перфоративный — у 44 (5,1%) больных. Острый аппендицит, осложненный местным перитонитом, был у 117 (13,3%), распространенным перитонитом — у 68 (7,7%), разлитым перитонитом — у 43 (4,9%) больных.