

планта. При ТЕР герниопластике сетку не фиксировали ни у одного больного.

Осложнения после паховых герниопластик отмечены в 8 случаях (гематомы мошонки – 2, серомы – 4, хронический болевой синдром – 2), рецидивы после лапароскопических вмешательств имели место у 3 больных (0,58%). Рутинно используемые принципы ускоренной реабилитации после малоинвазивных вмешательств, шадящий характер самого вмешательства позволили выписывать на следующий день после операции до 93% пациентов, независимо от методики герниопластики. Средний койко-день составил 2,3.

Ретромускулярная протезирующая герниопластика является операцией выбора при ширине дефекта апоневроза до 8–10 см при послеоперационных и вентральных грыжах. При W3 грыжах операция практически невыполнима без использования методик сепарации. Операцией выбора в данной ситуации считается задняя сепарационная протезирующая герниопластика по Новицкому (ТАR-пластика), которая выполнена нами в 17 случаях. Ретромускулярная и предбрюшинная аллогерниопластика применена у 158 и 42 больных соответственно. Рутинным является профилактика тромбоэмболических осложнений, ранняя активизация, динамический УЗ-контроль. Двум больным потребовалось повторное хирургическое вмешательство по поводу инфицированной серомы, у одного пациента в послеоперационном периоде развился синдром интраабдоминальной гипертензии, у 12 пациентов – серома послеоперационной раны, потребовавшая пункции под ультразвуковым контролем. Других осложнений и летальных исходов не было. Средний койко-день при ретромускулярная пластике составил 5,2, при TAR-пластике – 8,4.

Заключение. Широкое внедрение современных методик герниопластики в специализированном стационаре позволяет стандартизировать методику операции, применять в большинстве случаев бесфиксационную методику лапароскопической герниопластики при паховых грыжах, избежать использования низкоэффективных методик надапоневротической (onlay) герниопластики, использовать современные малоинвазивные технологии, что позволяет значительно сократить сроки реабилитации и койко-день.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

СЁМИН Д.С., СИГУА Б.В., ЗЕМЛЯНОЙ В.П.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
cosmo@list.ru

Актуальность. Паховые грыжи – одно из наиболее частых заболеваний в практике общего хирурга. Двусторонняя локализация относится к редким формам паховых грыж. Эндовидеохирургические методы лечения при двусторонних паховых грыжах являются малотравматичными и позволяют выполнить билатеральную операцию через один доступ. При стандартной двусторонней лапароскопи-

ческой паховой герниопластике традиционно используют два отдельных трансплантата.

Материалы и методы. При анализе 51 случая хирургического лечения пациентов с двусторонними паховыми грыжами, которым была выполнена стандартная лапароскопическая двусторонняя паховая герниопластика, были выявлены сформировавшиеся надпузырные грыжи у 8 пациентов (15,7%), а в 1 (1,9%) случае – рецидив паховой грыжи. Выявление надпузырных грыж также требует повторного хирургического вмешательства, как и в случае рецидива паховой грыжи. После анализа клинического материала были установлены факторы высокого риска формирования надпузырных грыж и рецидива – наличие хронической сопутствующей патологии, сопровождающейся регулярными эпизодами повышения внутрибрюшного давления, сочетающейся с особенностями спортивной и/или трудовой деятельности, сопряженной с физическими нагрузками. С учетом этих данных разработан оригинальный метод операции, показанный при выявлении указанных факторов высокого риска – эндовидеохирургическая предбрюшинная герниопластика с тотальным протезированием надпузырных, паховых и бедренных областей с использованием единого сетчатого трансплантата с многослойной структурой (PDS-II и ORC). Особенностью метода является протезирование единым широким протезом, после предварительного раскрытия париетальной брюшины единым лоскутом и тщательного выделения паховых, бедренных, надпузырных областей и мобилизации мочевого пузыря с закрытием вышеуказанных областей. Оригинальность метода подтверждена патентом на изобретение Российской Федерации (№ 2564757, заявка № 2014133584/14). Данная методика также показана при первичных и вторичных надпузырных грыжах. Также был сформулирован алгоритм выбора метода лапароскопической операции при двусторонних паховых грыжах: при наличии факторов высокого риска формирования надпузырных грыж и рецидива – показан метод тотального протезирования, описанный в оригинальной методике, а при отсутствии таковых факторов – методом выбора является стандартная лапароскопическая паховая герниопластика с использованием двух отдельных трансплантатов.

Результаты. Основная группа исследования (33 пациента с двусторонними паховыми грыжами) была сформирована сопоставимо по возрастным, половым характеристикам и наличию сопутствующей патологии. В основной группе проведен дифференцированный подход к выбору методики эндовидеохирургической операции: пациентам с высоким риском была выполнена операция с тотальным протезированием, а при отсутствии высокого риска – стандартная отдельная герниопластика. При контрольных осмотрах через 1–3 года у пациентов основной группы рецидивов, а также формирования надпузырной грыжи не выявлено.

Заключение: Пациентам с двусторонними паховыми грыжами наиболее предпочтительна лапароскопическая двусторонняя герниопластика. При наличии факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж необходимо выполнять тотальное протезирование

надпузырных и паховых областей единым сетчатым эндопротезом. В остальных случаях методом выбора остается лапароскопическая раздельная билатеральная герниопластика. Использование предложенного алгоритма при выборе способа эндовидеохирургической герниопластики у пациентов с двусторонними паховыми грыжами позволяет достоверно снизить риск рецидива и появления вторичной надпузырной грыжи ($p < 0,05$).

ЭНЕРГИЯ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНОГО ДВУХУРОВНЕВОГО ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

СИГУА Б.В., СОКОЛОВА А.С., ЧЕРЕПАНОВ Д.Ф., ВИННИЧУК С.А., НИКИФОРЕНКО А.В., САХНО Д.С.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
a.s.sokolova84@gmail.com

Актуальность и цели. В настоящее время уровень развития медицинских технологий способствовал значительному прогрессу в герниологии, и, в частности, в лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами. Широкое распространение получило применение различных синтетических полимерных сеток и атравматического шовного материала. Но, несмотря на различные методики изготовления и технику установки сетчатых имплантов, реактивность подкожной клетчатки на инородные тела остается достаточно высокой. При этом особую роль осуществляет электрокоагуляция тканей и, как следствие, формирование участков глубокого коагуляционного некроза. Всё это приводит к удлинению фазы воспаления и пролиферации тканей, скоплению лимфатической и интерстициальной жидкости, что увеличивает количество образований послеоперационных сером и других осложнений.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Пациенты и методы. В рамках исследования был проведен анализ результатов лечения 113 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В основную (I) группу вошли 39 (34,5%) человек. Контрольная (II) группа включала 74 (65,5%) пациента. Возраст больных в исследуемых группах варьировал от 20 до 87 лет, а по медиане составил 59 лет. Пациенты контрольной группы были обследованы согласно принятым диагностическим алгоритмам и стандартам. Выбор типа протезирования сетчатыми имплантами осуществлялся непосредственно хирургами. Выполнялось дренирование послеоперационной раны. Алгоритм обследования пациентов основной группы был дополнен фиброколоноскопией и спиральной компьютерной томографией. Преимущественно выполнялась пластика сетчатыми эндопротезами методом sub-lay. Всем пациентам перед ушиванием раны, на завершающем этапе операции, проводилась обработка подкожно-жировой клетчатки высокотемпературным плазменным потоком по

оригинальной методике с целью профилактики лимфореи и пропотевания интерстициальной жидкости в послеоперационном периоде. В 3 (2,65%) случаях было выполнено дренирование раны с целью контроля гемостаза. В остальных наблюдениях рана была ушита наглухо.

Результаты. На разработанную методику обработки подкожной клетчатки получена приоритетная заявка (№ 2017110750 (018953), заявл. 30.03.2017. «Способ профилактики лимфореи при хирургическом лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами»). Проводился анализ сроков дренирования: в основной группе дренажи были установлены 3 пациентам со средней длительностью 2 суток. В контрольной группе дренаж был установлен 61 пациенту со средней продолжительностью 3,1 суток, у 7 пациентов длительность установки дренажей была более 6 суток и в среднем составила 8 суток. При оценке осложнений было отмечено, что в основной группе серомы возникли у 2 пациентов (1,8%), которые были разрешены консервативно. В контрольной — у 9 пациентов отмечена серома (8%), 2 (1,8%) — краевой некроз раны, 1 (0,9%) пациент с инфильтратом послеоперационной раны, 1 (0,9%) с нагноением послеоперационной раны, 1 (0,9%) с расхождением краев раны, 1 (0,9%) с острой кишечной непроходимостью. Летальных случаев не было. При анализе продолжительности пребывания в стационаре было установлено, что в контрольной группе средний койко-день составил 19,2, а в основной группе длительность госпитализации — 6,8 койко-дней.

Заключение. Полученные результаты позволяют утверждать, что при лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами необходимо проводить профилактические мероприятия по предотвращению лимфореи. Применение методики по использованию энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока для обработки подкожно-жировой клетчатки позволяет в большинстве случаев отказаться от дренирования раны, а также достоверно снизить частоту осложнений с 13,4% до 1,8% и, как следствие, длительность пребывания пациента в стационаре.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

ЧЕРЕПАНИН А.И., БАБУШКИН И.А., РАСКИН Ю.Ю., ДЖАНАЕВ Ю.А.

Клинико-диагностический центр МЕДСИ на Красной Пресне, Москва
babushkin_89@mail.ru

Актуальность. Послеоперационные грыжи, по данным американского, европейского и корейского обществ колоректальных хирургов, составляют до 20% всех грыж передней брюшной стенки, из которых около 30% являются парастомальными. По данным мировой литературы, свыше двух третей вновь регистрируемых послеоперационных грыж выявляются в первый год после выполненного оперативного вмешательства, а в случае имеющейся в анам-