

ме, термодеструкции в заданном режиме генератора СВЧ. В 2009 г. в нашей клинике выполнена СВЧ-деструкция 15 неопластических образований слизистой оболочки желудка. Гиперпластические полипы размерами от 0,2 до 0,8 см – 4, аденом желудка размерами от 0,2 до 1,0 см – 9, карциноид размером 0,7 см – 1. Диагноз подтверждался путем видеогастроскопии с использованием режима NBI, оптической когерентной томографии (ОКТ), гистологического исследования биоптатов. Во всех случаях неоплазии располагались в пределах слизистой оболочки желудка. После деструкции выполнялась ОКТ, биопсия с гистологическим исследованием для подтверждения радикальности вмешательства.

БЕСШОВНАЯ ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Ходак В.А.², д. м. н. Паршиков В.В.¹, к. м. н. Самсонов А.А.², Петров В.В.², Самсонов А.В.², к. м. н. Романов Р.В.², к. м. н. Кузнецов А.Б.²

¹ ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва, Нижний Новгород, Россия;

² МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия

Пластика тканей без натяжения с использованием синтетических эндопротезов является золотым стандартом в лечении грыж брюшной стенки. В хирургии ventральных грыж наиболее известны методы имплантации эндопротеза: inlay, sublay, onlay. Стандартная фиксация сетки швами не лишена недостатков. Лигатуры завязываются с натяжением, которое трудно дозировать. Нить приобретает «пилящие» свойства. Это может привести к прорезыванию лигатур, смещению эндопротеза. Применение трансaponевротических швов связано с необходимостью мобилизации подкожной клетчатки вокруг грыжевых ворот, что ведёт к формированию карманов для сером, гематом. Предложен бесшовный метод фиксации эндопротеза (патент РФ №2365342 (2008)). После герниолапаротомии мобилизуют грыжевые ворота со стороны брюшной полости, обработку грыжевых ворот со стороны раны и отсепаровку клетчатки от апоневроза не производят. Эндопротез – полипропиленовая сетка, по периметру которой выкраиваются полоски шириной 1 см, длиной, соответствующей толщине брюшной стенки. Эндопротез помещают в брюшную полость, со стороны кожи через брюшную стенку под визуальным и мануальным контролем вводят троакар на расстоянии не менее 5 см от краёв апоневротического дефекта. Через гильзу

Результаты. Все пациенты лечились амбулаторно. Время СВЧ-деструкции составило от 2 до 5 секунд. Осложнений (кровотечения, перфорации, болевой синдром) как во время вмешательства, так и при контрольных исследованиях через 24 часа, 7 дней не было. ОКТ и гистологическое исследование биоптатов, взятых сразу после деструкции, доказало радикальность операции. По данным видеогастроскопии через 14 дней и 3 месяца рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы. СВЧ-деструкция является безопасным эффективным перспективным методом для эндоскопического лечения предраковых заболеваний желудка.

троакара вводят петлю в брюшную полость, захватывают полоску эндопротеза и путём тракции выводят наружу. Полоска эндопротеза остаётся фиксированной в брюшной стенке силами трения. Таким образом фиксируют протез по периметру. Над протезом ушивают рану. С 2002 по 2009 год выполнено 85 операций по поводу ventральных грыж по бесшовной методике и 308 операций по традиционным, шовным методикам. В группе пациентов, оперированных по бесшовной методике, зафиксирована 1 раневая гематома, летальных исходов не было. При анализе второй группы зафиксированы раневые (16), системные (8) осложнения, умерло 5 пациентов (1,6%). В целом, в группе пациентов оперированных по бесшовной методике отмечалось более гладкое течение послеоперационного периода, быстрая активизация пациентов.

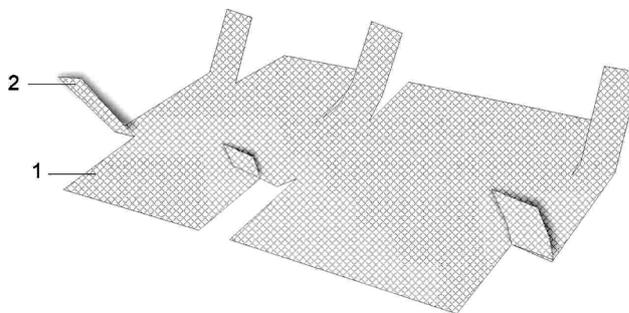


Рис. 4.

1 – полипропиленовый сетчатый эндопротез;
2 – полоска, выкраенная из сетчатого эндопротеза на его периферии