

этого трикотажа является легкость подбора нужного размера и класса компрессии, удобство ношения, что обеспечивает адекватную компрессию на бедре.

Только комплексное, четко спланированное лечение способно привести к излечению больных с трофическими язвами с хорошим косметическим эффектом.

НАШ ОПЫТ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

*И.В. Сундуков, М.С. Кошелев, А.И. Гонтарь, И.А. Крестьянова, Д.Ф. Дурманов,
А.Г. Корнилов
Раменская ЦРБ*

В практике эндохирурга нередко приходится решать вопрос о тактике оперативного вмешательства при необходимости провести лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) у больных с пупочными или вентральными грыжами различной величины и локализации. Этот вопрос решается несколькими путями.

Если пупочная грыжа небольшая, вопрос может решиться таким образом: вначале наносятся две овальные скарификации выше и ниже грыжи, чтобы по окончании грыжепластики был симметричный послеоперационный рубец. В проекции верхней скарификации наносится разрез до апоневроза, чтобы пальпаторно определить дефект апоневроза и выше его ввести троакар и телекамеру. Затем вводятся остальные манипуляторы и по общепринятым правилам выполняются ЛХЭ и ушивание раны от введения манипуляторов, после чего проводится грыжепластика.

Приводим наше наблюдение.

Больная А., 1959 г. рожд., поступила в хирургическое отделение 11.10.2006 г. для плановой ЛХЭ с наличием пупочной грыжи. 12.10.2006 г. предпринято оперативное вмешательство. Вначале выше пупка в проекции будущего грыжесечения проведен разрез длиной 2 см, пальпаторно обнаружено грыжевое кольцо, выше на 1 см введен первый 10-миллиметровый тубус с камерой, введены три остальных манипулятора в типичных местах и проведена ЛХЭ с дренированием брюшной полости. Затем выполнена грыжепластика полипропиленовой сеткой надaponевротически с предварительным ушиванием как дефекта апоневроза, который оказался размером 4×3 см, так и операционного – от введения манипулятора над пупком. На рану наложены швы по Донати с дренированием раны резиновым выпускником.

Больная выписана на 8-е сутки после операции с предварительным УЗИ как брюшной полости для исключения наличия в ней остаточной жидкости, так и операционной раны для исключения серомы раны брюшной стенки.

Если вентральная грыжа расположена в пупочной области, вначале проводят грыжесечение, ушивают апоневроз, через линию швов вводят лапароскоп, остальные манипуляторы располагают в типичных точках. Затем выполняют ЛХЭ, дренирование брюшной полости, после чего проводят грыжепластику тем или иным методом.

Приводим пример из нашей практики.

Больная К., 1957 г. рожд., поступила в хирургическое отделение 11.10.2006 г. с признаками ущемленной послеоперационной грыжи в пупочной области. За 3 года до поступления была оперирована по поводу пупочной грыжи с пластикой апоневроза местными тканями. В декабре 2005 г. проведена венэктомия. В анамнезе у больной желчнокаменная болезнь с частыми желчными коликами.

При поступлении жалобы на боли в области грыжевого выпячивания, которое оказалось размером 10×12 см. После проведения инфузионной терапии, спазмолитиков кишечную непроходимость удалось разрешить, но грыжевое выпячивание полностью не вправлялось. Учитывая

создавшуюся клиническую ситуацию, когда грыжепластика была настоятельно необходима, решено сразу же провести ЛХЭ. 9.10.2006 г. под эндотрахеальным наркозом первым этапом проведено грыжесечение. Грыжевое выпячивание оказалось многокамерным, к грыжевому мешку была подпаяна петля тонкой кишки в виде подвешной энтеростомии и сальник. Кроме того, к дефекту апоневроза (6×4 см) были подпаяны другие петли тонкой кишки со стороны брюшной полости. Сальник и кишечник отделены, на дефект апоневроза наложен непрерывный шов полипропиленовой нитью на атравматической игле. Через линию швов введен троакар с камерой и выполнена ЛХЭ по общепринятой методике. Затем проведена пластика апоневроза полипропиленовой сеткой ВИПРО с дренированием подкожной клетчатки по Редону.

Если имеется сочетание желчнокаменной болезни с вентральной грыжей, расположенной вне пупочного кольца, то вначале по общим правилам выполняется ЛХЭ, а затем грыжепластика.

Больная Б., 1946 г. рожд. поступила 2.10.2006 г. для плановой грыжепластики по поводу грыжи белой линии живота выше пупка. При поступлении: по средней линии брюшной стенки – грыжевое выпячивание 10 см в диаметре выше пупка. В анамнезе у больной желчнокаменная болезнь. Когда встал вопрос о хирургическом вмешательстве, было решено провести ЛХЭ и грыжепластику одновременно. Поскольку грыжа не мешала ЛХЭ, она была выполнена вначале по общепринятым правилам. Затем проведена грыжепластика надaponевротично проленовой сеткой ВИПРО. Больная в удовлетворительном состоянии с первично зажившими ранами выписана на 8-е сутки после операции.

Рациональность такой тактики не вызывает сомнений, т.к. значительно уменьшается пребывание больного в стационаре, хирургическая травма наносится один раз, не требуется многократной госпитализации и обследования больного.

Мы считаем обязательным дренирование операционной раны при пупочных и вентральных грыжепластике, т.к. отсепарирование во время операции меньшей или большей площади подкожной клетчатки ведет к повышенному отделению тканевой жидкости и возможному образованию сером. При вентральных грыжепластике предпочтение отдается дренажу по Редону. После грыжепластики проводится УЗИ операционной раны с целью обнаружения сером и своевременного их опорожнения.

Сочетание желчнокаменной болезни с пупочной грыжей отмечалось в 20 случаях: с вентральной грыжей, расположенной в пупочной области – 8 больных, вне пупочной области – 14.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с желчнокаменной болезнью, которым проводилась ЛХЭ, составила 13,9 койко-дня. Часть больных поступала по экстренным показаниям, их обследование проводилось одновременно с консервативной терапией; другие поступали в отделение после неполного амбулаторного обследования. Средняя продолжительность послеоперационного лечения после ЛХЭ составила 7,6 койко-дня, после симультанных операций с пластикой пупочной грыжи – 7,6 (вентральной грыжи в околопупочной области – 8, вентральной грыжи вне зоны манипуляций – 9 койко-дней).

За тот же период проведено 584 пупочные грыжепластики со средним койко-днем 8,7; 466 вентральных грыжепластик с пребыванием на лечении в среднем 12,7 койко-дня. Таким образом, длительность послеоперационного лечения больных после симультанных операций соизмерима с длительностью лечения больных после грыжепластик.