

Причины смерти	Изолированная травма	Сочетанная травма
Геморрагический шок	2	1
Панкреонекроз	1	-
Сепсис	1	-
Черепно-мозговая травма	-	2
Перитонит	-	1
Гнойный менинго-энцефалит	-	1
Травматический шок	-	2
Флегмона кишечника	-	1
Пневмония	-	1

определения зоны ишемии. Сохраняли верхний полюс селезенки с питающими его желудочно-селезеночными сосудами. Гемостаз резекционного полюса достигался за счет сквозного прошивания селезенки, предварительно окутанной салником, непрерывным кетгутовым швом в модификации способа Кузнецова-Пенского, разработанного нами. Вторым этапом через 10-15 суток выполнялись релапаротомия и спленэктомия. Операции проводились под общим обезболиванием. Во всех случаях после резекции сохраненный орган был жизнеспособен, что подтверждалось как макроскопически, так и при гистологическом исследовании зоны резекции селезенки.

Полученные нами положительные результаты внедрены в клинику.

Первый опыт применения техники «components separation» в реконструкции брюшной стенки у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами

М.К. Ягудин, Р.Ф. Губаев.

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. – доц. Р.Ш. Шаймарданов)
Казанской государственной медицинской академии.

Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) являются сложной проблемой в хирургии. К этой категории относятся дефекты шириной свыше 10 см согласно SWR-классификации (2). Частота рецидивов после их пластики может достигать 40-50%.

Существует несколько подходов к реконструкции передней брюшной стенки (ПБС) у этой категории больных. Ряд авторов, учитывая высокий риск легочно-сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, не стремятся к реконструкции белой линии живота в таких случаях. Используются различные варианты ненапряжной sublay, onlay или inlay пластики. Термин «ненапряжная» или «без натяжения» применительно к этой ситуации подразумевает, что для срединных грыж не происходит восстановления белой линии живота и не ликвидируется диастаз ПМЖ. Дефект перекрывается аутоотрансплантатом или имплантатом, фиксированным поверх апоневроза (onlay), под ним (sublay) или вшитым в дефект (inlay).

Альтернативой являются методы, предусматривающие нанесение релаксирующих разрезов на апоневрозы мышц ПБС. Эти операции применяются с начала прошлого века. В 1990 году группа американских пластических хирургов под руководством О.М. Ramirez предложила новый, на их взгляд, метод реконструкции ПБС — техника «components separation» (4). Авторы описали алгоритм операции, который включает несколько этапов. В первую очередь оценивают сохранность слоев ПБС. Если структура ПБС значительно не нарушена, то возможно выполнение операции. Во время выделения грыжевого мешка дополнительно препарируют кожно-подкожный слой ПБС от подлежащего апоневроза до уровня латерального края ПМЖ. Если после этого края дефекта не могут быть сведены без натяжения, то продольно вскрывают заднюю стенку влагалища ПМЖ с обеих сторон и мышцу отделяют от задней стенки апоневротического футляра. Если дефект не может быть ликвидирован без натяжения, то с двух сторон выполняют продольный разрез апоневроза наружной косой мыш-

цы живота (НКМЖ) на всю длину дефекта латеральнее ПМЖ и апоневроз отделяют от подлежащей внутренней косой мышцы живота (ВКМЖ). При необходимости разрез продлевают на грудную стенку. В результате образуется сложный лоскут, содержащий ПМЖ с прикрепленными к ней сложными мышцами живота. Грыжевой дефект ушивают край в край.

Выводы:

1. Наши экспериментальные исследования показали эффективность органосохраняющих операций при повреждениях селезенки. Клиническая апробация полученных результатов позволила сохранить у пострадавших важный иммунологический орган, улучшить результаты лечения пострадавших с повреждениями селезенки.

2. При выполнении ОСО нужно учитывать не только степень повреждения селезенки, но и противопоказания к их выполнению: травма селезенки в сочетании с другими тяжелыми повреждениями живота, критическое состояние больного и неустойчивая гемодинамика, повреждение патологически измененного органа, безуспешность гемостаза при попытке выполнить ОСО, размождение либо полный отрыв органа от сосудистой ножки, пожилой возраст.

цы живота (НКМЖ) на всю длину дефекта латеральнее ПМЖ и апоневроз отделяют от подлежащей внутренней косой мышцы живота (ВКМЖ). При необходимости разрез продлевают на грудную стенку. В результате образуется сложный лоскут, содержащий ПМЖ с прикрепленными к ней сложными мышцами живота. Грыжевой дефект ушивают край в край.

Ради исторической справедливости следует указать, что в СССР метод, схожий с «components separation» был описан Бородиным И.Ф. и соавт. еще в 70-е годы прошлого века (1). Еще раньше (1951 год) техника реконструкции ПБС, похожая на «components separation», была описана аргентинским автором Albanese A.R. (3).

В течение 2004 года модифицированная техника «components separation» в сочетании с пластикой полипропиленовым имплантатом применена нами у 3 больных.

Первая больная имела рецидивную гигантскую ПОВГ (ширина дефекта 30 см). Доступ к грыжевому мешку был осуществлен из поперечной инцизии в надлобковой области, позволившей ликвидировать кожно-жировой «фартук» ПБС. После мобилизации кожно-жирового слоя до реберных дуг был выделен и вскрыт грыжевой мешок. Практически весь кишечник находился в его полости, объем брюшной полости был редуцирован. После рассечения апоневроза НКМЖ удалось уменьшить диастаз ПМЖ до 10 см. Дополнительно рассечена передняя стенка влагалища ПМЖ на расстоянии 2,5 см от края дефекта. Медиальный листок апоневроза отделен от подлежащей мышцы и ротирован вовнутрь. Резецирован грыжевой мешок. После этого маневра удалось ушить дефект без натяжения край в край с помощью четырех последовательных непрерывных швов. ПБС выглядела ослабленной, и ее укрепили полипропиленовым сетчатым эндопротезом «Эсфил» (ООО Линтекс, СПб.). Имплантат фиксировали непрерывным швом к передней стенке влагалища ПМЖ, на 2 см латеральнее ее рассечения. Рана дренирована 4 вакуумными дренажами и послойно ушита. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на амбулаторное лечение на 12-е, а швы сняты на 21-е

сутки. При наблюдении в срок до 6 месяцев рецидив не выявлен.

Второй больной имел два грыжевых дефекта: первый — в эпигастральной области, а второй — в правом подреберье. Два года назад он перенес операцию холецистостомии, а затем холецистэктомии по поводу острого холецистита. Послеоперационный (п/о) период осложнился нагноением раны и фиксированной эвентерацией. Доступ к грыжевым дефектам выполнен с помощью вертикальных окаймляющих старые п/о рубцы разрезов. После выделения грыжевых мешков установлено, что первый дефект был 15x10, а второй — 12x8 см. Мешки вскрыты, выполнен висцеролиз и резекция 20 см тонкой кишки из-за ее непреднамеренного проникающего повреждения. После окончания внутрибрюшного этапа приступили к пластике. Задний листок влагалища правой ПМЖ отделен от мышцы на всем протяжении обоих дефектов. На расстоянии 1,5 см от наружного края подреберного дефекта рассечен апоневроз правой НКМЖ от реберной дуги до гипогастрии. Затем выполнен релаксирующий разрез передней стенки футляра левой ПМЖ на всю длину грыжевого дефекта. Медиальный листок ротируется вовнутрь. Брюшная полость герметизирована за счет сшивания между собой медиального листка левой ПМЖ и медиального края задней стенки влагалища правой ПМЖ, а затем латерального края задней стенки влагалища правой ПМЖ с апоневротическим слиянием правых широких мышц живота. Полипропиленовый имплантат уложен сверху и фиксирован справа к апоневрозу ВКМЖ, а слева — к латеральному листку передней стенки влагалища левой ПМЖ. Имплантат расположен под правой ПМЖ и над левой ПМЖ. Таким образом, во время пластики не были пересечены и лигированы перфорантные кровеносные сосуды, исходящие из правой ПМЖ. В п/о периоде наблюдали ограниченный некроз (1,5x1,5x1 см) краев срединной раны, который был излечен консервативно. При наблюдении в течение 1 месяца рецидив не выявлен.

Третья больная трижды ранее оперирована по поводу рецидивов ПОВГ. На момент обращения в клинику у нее имелся грыжевой мешок до 30 см в диаметре, неврабатываемый в брюшную по-

лость. Доступ к грыжевому мешку осуществлен из поперечного разреза в гипогастрии. После мобилизации кожно-жирового слоя ПБС от паховых связок до реберных дуг вскрыт грыжевой мешок. Висцеролиз в мешке и в брюшной полости. Грыжевой дефект 11 см в диаметре располагался в мезогастрии и ассиметрично распространялся больше влево. Также имелся диастаз ПМЖ до 10 см шириной. Рассечена с двух сторон передняя стенка влагалища ПМЖ на удалении 2,5 см от края дефекта. Медиальный листок отделен от подлежащей мышцы и ротируется вовнутрь. Этот маневр не позволил ликвидировать дефект без натяжения. Дополнительно рассечены апоневрозы обеих НКМЖ от реберной дуги до паховой связки. После этого стало возможным ушить дефект «край в край» без натяжения. ПБС укреплена полипропиленовым имплантатом размерами 30x30 см в позиции onlay. Рана дренирована двумя трубчатыми дренажами. Иссечен избыток верхнего кожно-жирового лоскута и рана ушита. П/о период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 10-е сутки, швы сняты на 21-е сутки.

Наш первый опыт показал возможность реконструкции ПБС при больших и гигантских ПОВГ с помощью техники «components separation» в сочетании с имплантатами. Для всесторонней оценки метода требуется дальнейшее накопление материала.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. — Мн.: Беларусь, 1986. — 159 с.
2. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // *Hernia*. — 2000. — Vol. 4, N. 1. — Pp. 7–11.
3. Herszage L. Indication and limitations of suture closure — significance of relaxing incisions. In: Schumpelick V. and Kingsnorth A.N. (eds). *Incisional hernia*. — Berlin, Springer-Verlag, 1999. — Pp. 279–283.
4. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon, A.L. "Components separation" method for closure of abdominal wall defects: an anatomic and clinical study // *Plast Reconstr Surg*. — 1990. — Vol. 86. — Pp. 519–526.

Оценка восстановления функции желудочно-кишечного тракта после наложения нижнегоризонтального электрохирургического гастрозентероанастомоза

Р.Ш. Шаймарданов, М.А. Купкенов, В.А. Филиппов.

Кафедра общей и неотложной хирургии Казанской государственной медицинской академии.

Введение. Восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта после резекции желудка выполняется обычно в двух вариантах: прямые гастродуоденоанастомозы — Бильрот I (Б-I) и гастроеюноанастомозы — Бильрот II (Б-II). В функциональном отношении более выгодны гастродуоденоанастомозы с сохранением дуоденального пассажа. Но достаточно часто имеют место противопоказания для формирования этих анастомозов (чаще хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки), а иногда они трудно выполнимы при выраженных рубцовых изменениях в пилородуоденальной зоне (1).

Наиболее часто выполняются гастроеюноанастомозы по Б-II. Существует много способов их формирования. В основном анастомозы накладываются по резекционной линии культи желудка (оральные анастомозы) в различных вариантах (Roux, 1893; Balfour, 1927; Rydygger, 1904; Reichel, 1908; Polya, 1911; Hoffmeister, 1911; Finsterer, 1914 и др.) (2).

Кроме оральных были предложены анастомозы по большой кривизне культи желудка (Neuber, 1927; Малхасян, 1963) — так называемые нижнегоризонтальные анастомозы (3).

Одной из проблем в раннем послеоперационном периоде после формирования гастрозентероанастомозов после резекции желудка является восстановление моторно-эвакуаторной функции культи желудка и проксимальных отделов тонкой кишки. Известно, что восстановление моторики выше описанных отделов желудочно-кишечного тракта после операции происходит на 3–4 сутки

и более (4, 5). Нарушение этих функций зависит от ряда факторов: вида анастомоза, варианта формирования анастомоза (открытый, электрохирургический, механический), наличие осложнений — анастомозиты, кровотечения и др. (4, 5).

Поэтому разработка новых методов формирования гастрозентероанастомозов, направленных на улучшение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта в раннем и отдаленных сроках после резекции желудка является актуальным.

Материал и методы. Нами предложен новый способ нижнегоризонтального электрохирургического желудочно-кишечного анастомоза после резекции желудка, суть которого заключается в прошивании сшивающим аппаратом культи желудка наглухо с перитонизацией и формировании гастрозентероанастомоза по большой кривизне электрохирургическим способом (6).

В клинике при резекции желудка по различным показаниям нижнегоризонтальные электрохирургические анастомозы выполнены у 51 пациента. Заболевания, при которых формировались эти соустья, отражены в таблице 1.

Анастомозы по большой кривизне нами формировались в различных вариантах в зависимости от заболевания, состояния кислотопродуцирующей функции желудка и других факторов.

При резекции желудка применялись различные варианты гастрозентероанастомозов. Виды анастомозов отражены в таблице 2.

С помощью оригинального компьютерного электрогастроэнтерографа (7, 8) нами проведена оценка восстановления функции