

СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ

Патент на изобретение N 2367359 от 20.09.2009 г.

О.В. Галимов, В.О. Ханов, О.В. Буторина, Д.В. Батршин

До недавнего времени «золотым» стандартом в лечении желчнокаменной болезни была открытая холецистэктомия, с результатами которой (летальность менее 0,5 %, количество осложнений - 5-15%) сравнивали другие методы лечения. Внедрение в практику оперативной лапароскопии произвело переворот во взглядах на хирургическое лечение желчнокаменной болезни. Улучшение технической оснащенности привело к постепенному становлению лапароскопической холецистэктомии. В настоящее время лапароскопическим доступом выполняют не только изолированную холецистэктомию, но и интраоперационную холангиографию, холедохотомию с эксплорацией общего желчного протока и наложением билиодигестивных анастомозов. (Ергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. - Т.2. - Гэотар-Медиа, 2002. - С. 247).

Прототипом изобретения является способ лапароскопической холецистэктомии из четырех троакарных доступов (Ергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. - Т.2, Гэотар-Медиа, 2002. - С. 247). Одним из главных недостатков проведения лапароскопических операций является то, что операция требует правильного подхода при выборе точек для троакарного лапароцентеза, особенно у больных с избыточной массой тела. Вследствие применения расширителя у тучных больных после извлечения троакара брюшина становится более подверженной растяжению вследствие нарушения ее целостности, а рана, учитывая толщину подкожной клетчатки, не всегда ушивается послойно, и в области раны брюшная стенка теряет свою прочность, что приводит к появлению троакарных вентральных грыж.

Оперативное лечение грыж относится к восстановительной хирургии, которая всегда требует особого, конструктивного подхода и поиск более совершенных, отличных от привычных способов операции. Технический результат - высокая прочность тканей в области послеоперационной троакарной раны, сокращение сроков пребывания в стационаре.

Предлагаемый способ профилактики троакарных грыж при хирургическом лечении желчнокаменной болезни у тучных больных осуществляется следующим образом. Проводят троакарный лапароцентез и холецистэктомию. Учитывая высокий риск инфекционных осложнений у тучных пациентов со стороны операционных доступов, при эвакуации желчного пузыря с целью исключения контакта с раневым каналом применяют 25 мм расширитель (Патент РФ на полезную модель № 58893, 2006).

Затем производят удаление расширителя для извлечения желчного пузыря. Протез для бесшовной герниопластики, который выполнен из плотного соединительнотканного биоматериала круглой формы размером 3см в диаметре, по всей площади которого на расстоянии 0.5см друг от друга выполнены перфоративные отверстия диаметром 3мм, размещают без фиксации в области троакарной раны под апоневроз, затем апоневроз ушивают узловыми швами, после чего проводят ушивание подкожной клетчатки и кожи. Данный способ профилактики образования троакарных грыж применяется во всех случаях лапароцентеза у пациентов с толстой и глубокой подкожной клетчаткой.

Предлагаемый биоматериал для герниопластики готовится на основе требований для корсетной пластики. Донорским материалом для приготовления биоматериала являются аллогены, плотные соединительно-тканые образования. Обработка и консервация производится по технологии Аллоплант (Патент РФ № 2189257, 2002), на базе Всероссийского центра глазной и пластической хирургии. Данный биоматериал для корсетной пластики обладает высокими прочностными и упругими свойствами.

Предлагаемый способ иллюстрируется следующим клиническим примером. Больной Л., 48 лет, (история болезни № 17356/07), поступил в клинику с диагнозом желчнокаменная болезнь. Масса тела пациента составляла 110 кг. После осмотра и предоперационной подготовки произведено хирургическое вмешательство.

Под общей анестезией выполнена обработка операционного поля. После проведения троакарного лапароцентеза и холецистэктомии произведено удаление расширителя для извлечения желчного пузыря, после чего подготовлен протез для бесшовной герниопластики круглой формы размером 3см в диаметре, по всей площади которого на расстоянии 0.5 см друг от друга выполнены перфоративные отверстия диаметром 3мм. Протез размещен без фиксации в области троакарной раны под апоневроз, затем апоневроз ушит узловыми швами, после чего ушиты подкожная клетчатка и кожа.

В послеоперационном периоде течение гладкое, больной выписан на 5-е сутки после операции. Кожные швы были сняты на 7 сутки.

Предлагаемый способ применили в клинике у 10 пациентов с желчнокаменной болезнью и избыточной массой тела. Каких-либо осложнений с применением способа не выявлено.

Таким образом, результаты клинических исследований показывают, что предлагаемый спо-

соб бесшовной профилактики троакарных грыж с применением имплантата из биоматериала «Аллоплант» предупреждает осложнения, связанные с рецидивами грыж, а также сокращает сроки пребывания в стационаре и вследствие клипирования кожи придает ране косметический эффект. После пересадки биоматериал не вызывает воспали-

тельной локальной и общей реакции. Постепенно биоматериал замещается плотным соединительно-тканым регенератом, что обеспечивает высокую прочность тканей в области послеоперационной троакарной раны.

О.В. Буторина (г. Уфа)