

СРЕДНЕ—СРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

В. В. Грубник, А. В. Малиновский

Одесский национальный медицинский университет

Частота рецидивов после существующих сегодня методик аллопластики гигантских (с площадью поверхности пищеводного отверстия диафрагмы (ПППОД) более 20 см²) грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 40%.

Цель работы — изучение средне—срочных результатов пластики гигантских грыж с помощью нового трансплантата, основанного на принципе каркасной ненапряжной пластики.

С ноября 2010 по февраль 2013 г. по новой методике было прооперировано 44 пациента с гигантскими ГПОД II, III и IV типов. Средняя ПППОД составила $37,5 \pm 15,6$ (21,7 — 75,4) см². Трансплантат Rebound HRD—Hiatus hernia представляет собой облегченную ПТФЭ стеку треугольной формы с вырезкой для пищевода (в форме сердца) размером $5,5 \times 6,0$ или $4,5 \times 5,5$ см, натянутую на нитиоловую рамку с памятью формы. Он фиксировался к краям пищеводного отверстия диафрагмы позади пищевода 3—5 узловыми швами, таким образом обеспечивая реальную ненапряжную пластику. У всех пациентов выполнена фундопликация по Ниссену с фиксацией манжетки к диафрагме таким образом, чтобы избежать прямого контакта трансплантата с пищеводом.

Среднее время постановки трансплантата составило $24,8 \pm 5,6$ минут (15 — 35). Интраоперационных осложнений, связанных с пластикой, не было. Средний послеоперационный койко—день составил $5,0 \pm 1,5$ (1 — 8) дней. Средне—срочные результаты изучены у 27 пациентов [мужчин — 9,

женщин — 18, средний возраст — $54,2 \pm 8,2$ (44 — 73) года] в среднем через $14,1 \pm 5,0$ (6 — 24) мес. Анализ симптомов по визуальным аналоговым шкалам до и после операции показал достоверное снижение интенсивности изжоги (с $5,5 \pm 2,1$ до $0,4 \pm 1,2$ баллов), болей (с $5,3 \pm 1,8$ до $0,4 \pm 1,0$ баллов), дисфагии (с $2,2 \pm 1,7$ до $0,03 \pm 0,2$ баллов) и интенсивности внепищеводных симптомов (с $1,9 \pm 2,8$ до $0,3 \pm 0,8$ баллов). Качество жизни по шкале GERD—HRQL достоверно улучшилось с $18,8 \pm 11,6$ до $1,5 \pm 3,4$ баллов. Рефлюкс—эзофагит стадии LA A и B после операции присутствовал только у 2 больных, в то время как перед операцией он отсутствовал лишь у 9% пациентов. Индекс DeMeester достоверно снизился с $93,9 \pm 74,3$ до $19,6 \pm 26,7$. При рентгенологическом обследовании истинных анатомических рецидивов не было. Было обнаружено 2 ложных анатомических рецидива в виде небольшого аксиального выскальзывания абдоминального отдела пищевода и кардии (ни симптомов, ни изменений объективных показателей у этих больных нет). Имело место 2 симптомных и 1 бессимптомный функциональный рецидив (11,1%), успешно поддавшиеся медикаментозной коррекции. Длительной функциональной дисфагии и стриктур пищевода не было ни в одном случае.

Выводы

При оценке средне—срочных результатов, новая методика характеризуется отсутствием анатомических рецидивов и пищеводных осложнений, и требует дальнейшей разработки и сравнения со стандартными методиками.

НЕСТАНДАРТНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТЕХНИЧЕСКИ СЛОЖНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко, К. О. Воротишцева

Одесский национальный медицинский университет

В настоящее время в большинстве стран лапароскопическая холецистэктомия стала "золотым стандартом" в желчнокаменной болезни. По данным мультицентрических исследований проведенных ассоциациями лапароскопических хирургов во многих развитых странах Европы частота повреждения желчных протоков составляет 0,6—1,2%. Нестандартным выходом из положения при выполнении технически сложных лапароскопических холецистэктомий является проведение субтотального удаления желчного пузыря, с иссечением всей его передней стенки и кармана Гартмана.

При проведении данного исследования мы сравнили результаты использования лапароскопических холецистэктомий при лечении 5648 больных. В период с 2005 по 2008 го-

да мы использовали стандартную лапароскопическую холецистэктомию и переходили к открытым операциям при возникновении технических. В период с 2009 по 2012 года мы применяли нестандартную тактику лечения, в технически сложных случаях выполняли лапароскопическую субтотальную холецистэктомию. В случаях, когда достоверно идентифицировать пузырную проток и пузырную артерию не удавалось, принималось решение приступить к выполнению субтотальной лапароскопической холецистэктомии. С помощью диатермического крючка или ультразвуковых ножниц рассекалась стенка пузыря, используя ультразвуковые инструменты, выполнялось иссечение свободной части желчного пузыря. Операцию заканчивали дренированием подпеченочного пространства.