

использовали лабораторные, рентгенологические и инструментальные методы. Продолжительность операции составила в среднем (192 ± 57) мин; ИК — (90 ± 43) мин. Фракция выброса пациентов до операции была от 34 до 68%, в среднем 51%, НОМИ возникла в сроки от 2 до 7 сут.

Причиной возникновения НОМИ явилась выраженная сердечная дисфункция у 6 больных, у 2 — после операции отмечен инсульт, у 1 — двусторонняя сливная пневмония и полиорганная недостаточность. Причина НОМИ у 2 больных не установлена. Ведущими клиническими признаками НОМИ являлись нарастающая динамическая непроходимость кишечника, боль в животе, лейкоцитоз, увеличение содержания лактата более 1,2 ммоль/л. Из 11 больных селективная брыжеечная ангиография выполнена у 4 (36,4%), диагноз НОМИ подтвержден на основании выраженного спазма основных ветвей верхней брыжеечной артерии, аркад и интраму-

ральных сосудов. Селективное пролонгированное внутриартериальное введение папаверина выполнено у 2 больных, у 1 — в течение 8 сут в дозе 40—60 мг/ч. Диагноз острой НОМИ предположительно установлен при жизни у 9 больных, у 2 — верифицирован по данным патологоанатомического исследования. Умерли 7 больных, 3 из них оперированы по поводу гангрены тонкой и толстой кишки, 4 (36,4%) пациента выздоровели на фоне консервативной внутриартериальной спазмолитической терапии. Летальность в группе больных с НОМИ составила 63,6%, послеоперационная летальность после кардиохирургических операций от острой НОМИ составила 0,95%.

Висцеральная ангиография является высокоинформативным методом диагностики острой НОМИ у данной категории больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ ОБЛЕГЧЕННЫХ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНОВЫХ СЕТОК С НИТИНОЛОВЫМ КАРКАСОМ

В. В. Грубник, Р. С. Парфентьев, К. О. Воротынцева

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Грыжи брюшной стенки — одно из наиболее частых осложнений в абдоминальной хирургии. Целью исследования являются сравнение и анализ результатов лапароскопической герниопластики с использованием политетрафторэтиленовых (ПТФЭ) сеток фирмы Gore—Tex и облегченных ПТФЭ сеток американской фирмы MMDI.

Перспективное рандомизированное исследование проведено в период 2009 — 2010 гг. В исследовании участвовали 54 пациента (мужчин — 27, женщин — 27) в возрасте в среднем ($56,4 \pm 11,5$) года. Пупочные грыжи были у 13 пациентов, околопупочные — у 5, послеоперационные грыжи брюшной стенки — у 36. У 28 пациентов (группа I) выполнены лапароскопические операции с использованием ПТФЭ сеток Gore—Tex, которые фиксировали к передней брюшной стенке с помощью металлических спиралей (такеров) методом "двойная корона"; у 26 пациентов (группа II) — использовали сетки MMDI (облегченные ПТФЭ сетки нового поколения, натянутые на нитиноловый каркас). Эти сетки адекватно фиксировали к передней брюшной стенке, накладывали 3—4 трансфасциальных шва.

Пациенты обеих групп по возрасту, размерам грыжевого дефекта, наличию сопутствующей патологии существенно не различались. Длительность операции составила в среднем 115 мин — в группе I и 74 мин — в группе II ($P < 0,05$). Болевой синдром через 24 и 48 ч был намного меньше выражен у пациентов группы II (группа I — 3,82, группа II — 2,74; $P < 0,01$). При наблюдении за пациентами в течение 12,5 мес рецидив грыжи выявлен у 2 пациентов группы I и отсутствовал у пациентов группы II.

Сетки нового поколения с нитиноловой рамкой американской фирмы MMDI могут значительно улучшить результаты лапароскопической герниопластики грыж брюшной стенки. Фиксация сеток проста, используют несколько трансфасциальных швов. Отсутствие сморщивания сеток при прорастании их тканями минимизирует вероятность рецидивов грыж. Отсутствие такеров при фиксации сеток предотвращает возникновение болевого синдрома. Считаем, что новые сетки с нитиноловым каркасом могут сделать революцию в лапароскопическом лечении грыж брюшной стенки.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

В. В. Грубник, А. И. Ткаченко

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Выбор метода оперативного вмешательства при холедохолитиазе (лапароскопическая и открытая холедохолитотомия) в настоящее время широко дискутируется. Большинство хирургов предпочитают открытые операции при данной патологии.

Нами проанализированы результаты лечения 256 пациентов с холедохолитиазом, оперированных в период с 2005

по 2009 г. Установлено, что открытые операции на желчных протоках не всегда гарантируют полноценное устранение холедохолитиаза.

Целью исследования был анализ эффективности лапароскопического лечения холедохолитиаза по сравнению с таковой открытых оперативных вмешательств.

Возраст пациентов в среднем ($62,3 \pm 5,8$) года. Мужчин

было 82, женщин — 174. Выделены две группы. Группа I — больные, оперированные лапароскопически (n=138), группа II — больные, оперированные открытым методом (n=118). При сравнении ранних послеоперационных осложнений у пациентов обеих групп установлено, что дислокация дренажа при лапароскопических операциях возникла у 1 пациента, при открытых вмешательствах — у 2. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние наблюдали у 1 пациента в каждой группе, подтекание желчи — у 2 пациентов группы I и у 1 — группы II, инфицирование раны — соответственно у 2 и 7.

Открытые операции выполнены у 118 пациентов. Успешно удалить конкременты удалось у 113 из них. У 12 пациентов камни удаляли через пузырный проток, остальным — выполнены холецистэктомия и холедохотомия. У одного пациента при вклиненном конкременте в ампуле большого сосочка двенадцатиперстной кишки выполнено трансдуоденальное вмешательство, у 4 пациентов с резидуальным холедохо-

литолизом — эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией конкрементов.

Частота послеоперационных осложнений при открытых оперативных вмешательствах составила 12,7%, при лапароскопических — 6,5%.

В наших исследованиях частота выявления "забытых" камней составила 2,8%. Для уменьшения риска такого осложнения необходимо у всех пациентов после экстракции конкрементов выполнять интраоперационную холедохоскопию и холангиографию.

Лапароскопические методы удаления конкрементов имеют преимущества по сравнению с удалением камней открытым способом как менее травматичные, а также сопровождающиеся меньшей частотой послеоперационных осложнений и меньшей продолжительностью лечения больных в стационаре.

ВЫБОР МЕТОДА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО—СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. В. Губка, С. Н. Завгородний, Н. Г. Головки, В. А. Грушка, А. В. Клименко, Е. И. Гайдаржи, Д. А. Децык, И. В. Русанов, А. А. Подлужный

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Цель работы — улучшить результаты лечения пациентов с калькулезным холециститом и сопутствующей сердечно—сосудистой патологией.

Основу работы составляет анализ лечения 421 пациента с калькулезным холециститом и сопутствующей сердечно—сосудистой патологией, которые были распределены на 2 группы: I — 299 пациентов и II — 122. В зависимости от формы калькулезного холецистита каждая группа разделена на две подгруппы: Ia (68,2%) и IIa (71,1%) — пациенты с хроническим (ХКХ), Ib (31,8%) и IIb (28,9%) — с острым (ОКХ) калькулезным холециститом. В I группе холецистэктомию (ХЭ) выполняли в основном лапароскопическим методом, при конверсии — путем лапаротомии. Во II группе ХЭ выполняли лапароскопически, по показаниям — с использованием минимального лапаротомного доступа (МЛД). При конверсии ХЭ заканчивали путем минимальной лапаротомии.

В I группе сердечно—сосудистые осложнения после лапароскопической холецистэктомии (нарушения ритма, проводимости, изменения конечной части желудочкового комплекса в виде отрицательного зубца Т, депрессия сегмента ST, снижение вольтажа, удлинение электрической систолы, миграция водителя ритма, стойкая артериальная гипертензия, снижение сократительной способности миокарда, инфаркт миокарда, инсульт) наблюдали у 45 (22,1%) больных ХКХ и у 37 (38,9%) — ОКХ. Детальный анализ хирургического лечения больных в I группе показал, что основными факторами риска сердечно—сосудистых осложнений ЛХЭ является продолжительность операции в течение 80 мин и более при

внутрибрюшном давлении 13—15 мм рт. ст., несвоевременная конверсия (позже чем через 15—20 мин безуспешной попытки выполнения ЛХЭ), фракция выброса менее 50%, пожилой и старческий возраст, сопутствующая сердечно—сосудистая патология в стадии суб— и декомпенсации, высокий операционно—анестезиологический риск (ASA 3—4), сочетание нескольких сопутствующих заболеваний (индекс полиморбидности 2—5).

Исходя из полученных данных, у пациентов II группы использовали дифференцированный подход к методу ХЭ (ЛХЭ, МЛД), который выбирали в зависимости от выявленных факторов риска, их различное сочетание определяли как компенсированный, субкомпенсированный и суб—, декомпенсированный типы функционального состояния сердечно—сосудистой системы. У больных при компенсированном типе применяли следующую тактику: 1) ЛХЭ (10—12 мм рт. ст.) (в типичных случаях); 2) ЛХЭ (10—12 мм рт. ст. → конверсия → МЛД (при необходимости)). У больных при субкомпенсированном типе: 1) ЛХЭ (до 10 мм рт. ст.) (в типичных случаях); 2) ЛХЭ → конверсия → МЛД (при необходимости). У пациентов при суб—, декомпенсированном типе — ХЭ из МЛД.

Применение дифференцированного подхода к выбору метода ХЭ позволило достоверно снизить частоту сердечно—сосудистых осложнений ЛХЭ у больных с ХКХ с 22,1 до 9,2%, у больных с ОКХ — с 38,9 до 14,3%, что соответственно в 2,4 и 2,7 раза меньше, чем в контрольной группе, а также избежать их смерти.

