

формування інфільтрату чи абсцесу при відсутності ознак високої активності запального процесу.

Використання наведених заходів профілактики гнійно—септичних ускладнень у хворих з гострим холециститом, поєднаним з аліментарним ожирінням, дозволило досягти первинного загоєння в усіх хворих. В контрольній групі (30 хворих) гнійні ускладнення констатовані у 5 хворих, що складає (16,6%), із них у 2 (6,6%) хворих після ЛХЕ нагноєння параумбілікальної рани і в 1 (3,3%) хворого після конверсії, у 2 (6,6%) хворих після лапаротомії було нагноєння серединної рани.

Висновки

1. Удосконалення методики ЛХЕ у хворих з гострим холециститом, поєднаним з аліментарним ожирінням, зменшує ризик розвитку гнійно—септичних ускладнень.

2. Використання сучасних методів гемостазу значно полегшує техніку операції і попереджує гнійно—септичні ускладнення.

3. Розширена консервативна терапія перед, під час і після операції значно покращує результати лікування хворих з гострим холециститом і аліментарним ожирінням.

ВИБІР СІТЧАСТОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ВЕЛИКИХ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ В СВІТЛІ ВИВЧЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

В. В. Грубник, А. В. Малиновський

Одеський державний медичний університет

В даний час операцією вибору в лікуванні гриж стравохідного отвору діафрагми (СОД) з діаметром грижового дефекту більш ніж 5 см є пластика СОД сітчастим трансплантатом. Відомо, що частота рецидивів грижі та розвитку дисфагії суттєво залежить від структури трансплантата. Дисфагія найбільш часто має місце за рахунок розвитку грубої рубцевої тканини у зоні трансплантата.

Метою дослідження було вивчення віддалених результатів пластики СОД (частоти рецидивів і дисфагії, пов'язаної з сітчастим трансплантатом) при лапароскопічних антирефлюксних операціях (ЛАРО) для вибору найбільш оптимального трансплантата.

З 1994 по 2007 р. в клініці виконано 608 ЛАРО, з яких пластика СОД була виконана у 350 хворих. З них фундоплікація за методикою флорру Nissen виконана у 294 пацієнтів, за Toupet — у 34 пацієнтів, за Rosetti — у 22 пацієнтів. У 273 пацієнтів, у яких розмір грижового дефекту коливався в межах 5 — 8 см, був використаний оригінальний спосіб пластики з фіксацією трансплантата позаду ніжок діафрагми в комбінації з крурорафією. Залежно від типу сітчастого трансплантата пацієнти були розділені на 3 групи: I групу склали 75 пацієнтів, у яких використовувалися сітки Prolene, II групу — 68 пацієнтів, у яких використовувалися "полегшені" сітки Vurgо, III групу — 130 пацієнтів, у яких використовувалися композитні сітки Ultrapro. Результати оцінювались за допомогою анкет, рентгенологічного, ендоскопічного обстеження, стравохідної манометрії та добового внутрішньостравохідного рН—моніторингу.

Віддалені результати вивчені у 70 пацієнтів I групи, у 65 пацієнтів II групи і у 123 пацієнтів III групи в середньому впродовж 4 років (1 — 14). Рецидиви мали місце: у I групі — в 1 (1,4%), в II групі — в 1 (1,5%), в III групі — у 2 (1,6%) хворих.

Таким чином, з одного боку, при використанні пластики СОД сітчастим трансплантатом частота рецидивів була загалом невеликою — 1,5%, що не поступається результатам, що описані в літературі. З іншого боку, різниця між частотою рецидивів між групами була недовірною, тобто, усі три види сітчастих трансплантатів суттєво не відрізняються за ефективністю у профілактиці рецидивів гриж СОД. Проте, при вивченні частоти дисфагії ми отримали наступні результати. Сійка дисфагія, пов'язана із звуженням стравоходу на рівні СОД за рахунок сітчастого трансплантата, мала місце: у I групі — у 4 (5,7%), в II групі — у 3 (4,6%) хворих, в III групі дисфагії не було. Тобто, лише при використанні композитних сіток Ultrapro дисфагія була відсутня.

Висновки

1. Лапароскопічна пластика сітчастим трансплантатом є високо ефективною операцією в лікуванні гриж СОД з діаметром грижового дефекту більш ніж 5 см.

2. Найбільш оптимальним сітчастим трансплантатом для лапароскопічної пластики великих гриж СОД за оригінальною методикою є композитна сітка Ultrapro.