

О.В.Галимов, Е.И. Сендерович (Уфа). Аутодермальная пластика в хирургии послеоперационных вентральных грыж

При герниопластике для закрытия мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки различной величины, а также для укрепления и замещения слабых и поврежденных анатомических образований используются различные трансплантаты. Применение для пластики грыжевых ворот чужеродных материалов нередко приводит к возникновению инфильтратов, нагноений, лигатурных свищей. При обширных нагноениях появляется необходимость удаления трансплантатов (особенно синтетических), что, как правило, осложняется рецидивом грыжи. В этой связи несомненным преимуществом использования аутодермальных трансплантатов, прежде всего аутодермальных лоскутов в силу их большой прочности, эластичности, стойкости к инфекции.

В нашей клинике в 1987—1992 гг. аутодермальные имплантаты при оперативных вмешательствах по поводу послеоперационных вентральных грыж применены у 75 больных (женщин — 59, мужчин — 16) в возрасте от 27 до 72 лет. Послеоперационные вентральные грыжи имели различную локализацию (на средней линии — 49, в правом подреберье — 13, подвздошной области — 10, паховой области — 3) и различные размеры (максимальный — 30 × 20 см). 22 пациента прооперированы по поводу рецидивных послеоперационных вентральных грыж.

Для аутодермопластики мы иссекали кожу в области операционной раны, при этом всегда удавалось заготовить лоскут, достаточный для закрытия имеющихся дефектов тканей и тем самым избежать дополнительной травмы. Наличие рубцов в трансплантатах и атрофия кожи, по нашему мнению, не препятствуют их использованию, а рубцовая ткань вживается так же хорошо, как и ткань без рубцов. Аутодермальный лоскут обрабатывали по В.Н. Янову (1978), затем эпидермис легко удаляли путем соскабливания. Тщательно иссекали и подкожную клетчатку. Оставшийся лоскут перфорировали и помещали до момента его использования в теплый физиологический раствор.

После грыжесечения апоневроз брюшной стенки вместе с париетальной брюшиной сшивали узловыми капроновыми швами до соприкосновения краев либо создавали его дубликатуру (при достаточной подвижности краев апоневроза). Приготовленный кожный лоскут укладывали поверх апоневроза в перевернутом положении, дермальной поверхностью к апоневрозу, что способствует лучшему приживлению лоскута. В растянутом положении узловыми капроновыми швами лоскут фиксировали к подлежащим тканям. Перфорация кожного лоскута позволяет увеличить его площадь, препятствует скоплению под ним раневого отделяемого, а в последующем способствует проращению сосудов в лоскут из подлежащих тканей. Кожу над апоневрозом и лоскутом ушивали узловыми шелковыми швами. Рану дренировали через отдельный разрез. Дренаж уда-

ляли в зависимости от количества раневого отделяемого на 2—4-е сутки.

Все операции были выполнены в плановом порядке. Мы являемся противниками аутодермопластики при ущемлении и других осложнениях грыж, связанных с возможным инфицированием операционной раны. Большинство вмешательств (72) производились под общим обезболиванием. Местная анестезия была применена только у 3 пациентов с рецидивными паховыми грыжами небольших размеров. Пересадка аутодермального трансплантата даже при значительных его размерах не сопровождалась заметной общей реакцией организма больного. При возникновении пастозности или небольших безболезненных инфильтратов в области операционной раны температурной реакции и каких-либо изменений в картине крови не наблюдалось. У 65 (86,7%) пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, все они были выписаны через 6—10 дней после вмешательства с первичным заживлением раны. У 4 (5,3%) больных образовался инфильтрат, у 3 (5%) возникла лимфома с кожного лоскута, не потребовавшие каких-либо дополнительных вмешательств и раскрытия раны. Рана нагноилась у 3 прооперированных.

Отдаленные результаты аутодермопластики прослежены у 61 (79,3%) больного в сроки от одного до 5 лет. Рецидив грыжи выявлен лишь у 2 (2,6%) пациентов и у 2 — грыжи возникли в других областях брюшной стенки.

Наш опыт показывает, что аутодермальная пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах обладает целым рядом достоинств, проста в техническом исполнении, не требует каких-либо дополнительных затрат. Материал для пластики — всегда в руках хирурга, причем надежный и устойчивый к раневой инфекции. Наблюдаются хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Считаем, что аутодермальная пластика должна занять достойное место в практике восстановительной хирургии.

УДК 616.366—002.2—089.87

Ю.Н. Копылов, А.В. Белов, М.В. Четин (г. Бакал, Челябинской обл.). Хронический калькулезный холецистит при полном обратном расположении внутренних органов

В хирургическом отделении нашей медсанчасти за последние 10 лет было прооперировано 118 пациентов с хроническим калькулезным холециститом. Из них у одной больной было обнаружено левостороннее расположение печени и желчного пузыря.

Приводим наше наблюдение.

Больная Ш., 41 года, поступила в хирургическое отделение 24.10.1988 г. в плановом порядке для оперативного лечения. При клиническом и рентгенологическом обследовании у нее было выявлено обратное расположение внутренних органов с наличием конкремента в желчном пузыре.

Общий и биохимический анализы крови: Hb — 136 г/л, л. — 7,6 · 10⁹/л; СОЭ — 4 мм/ч;