

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 прорастанию 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;

содержание билирубина — 8,6 мкмоль/л, мочевины — 2,53 ммоль/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, отн. пл. — 1021, л. — 1—2 в поле зрения.

25.10.1988 г. под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесредне-срединная лапаротомия с ревизией внутренних органов брюшной полости. Желчный пузырь расположен слева, содержит конкремент.

Произведена холецистэктомия от шейки, ложе пузыря перитонизировано кетгутowymi швами. Рана последней ушита наглухо.

Препарат: желчный пузырь (8 x 4 x 4 см) с плотными толстыми стенками, содержит желчь оливкового цвета и пигментный конкремент (1,5 x 1 см).

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 10-е сутки, заживление произошло первичным натяжением. Пациентка выписана 04.11.1988 г. в удовлетворительном состоянии.

Анализ крови и мочи: Нв — 132 г/л, л. — $7,4 \cdot 10^9$ /л; уровень мочевины — 3,3 ммоль/л, билирубина — 8,9 мкмоль/л. Моча светло желтая, прозрачная, отн. пл. — 1024, л. — 1—2 в поле зрения.

Больная была осмотрена через 4 года: жалоб нет; послеоперационный рубец гладкий.

УДК 616.342+616.37—089.85—06:616.34—007.253—08—059

А.Л. Ломоносов, Ю.С. Соколов, А.А. Голубев, А.Г. Еремеев, С.П. Бондаренко, С.В. Волков (Тверь). Комплексное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами после панкреатодуоденальной резекции

Актуальность проблемы лечения несформированных наружных кишечных свищей (ННКС) не вызывает сомнений, поскольку общая летальность колеблется от 2,8 до 34%, а послеоперационная — достигает 72%. Обоснована необходимость проведения комплексной терапии, выбор элементов которой определяется в каждом конкретном случае. Важной составной частью этого комплекса являются мероприятия по созданию и поддержанию гипералиментации путем сочетания различных вариантов энтерального и парентерального питания, что наиболее приемлемо в сложных экономических условиях. Закрывание больших дефектов передней брюшной стенки представляется не менее важной проблемой лечения ННКС и требует поиска новых подходов в своем решении. В этой связи представляет интерес следующее клиническое наблюдение.

В., 57 лет, 11. 01.1989 г. оперирован по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи. Произведены холецистэктомия, идеальная холедохолитотомия, биопсия ткани фатерова соска. При гистологическом исследовании выявлен рак фатерова соска, по поводу которого 06.02.1989 г. выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Течение послеоперационного периода осложнилось аррозивными наружными и внутренними кровотечениями из ветвей панкреато-двенадцатиперстной и собственной печеночной артерий,

что потребовало операций 11 и 24 февраля, а также 2 марта 1989 г.

08.03.1989 г. у пациента открылись несформированные тощекишечные свищи, свищ поперечной ободочной кишки и панкреатический свищ, сообщавшиеся с внешней средой через большой дефект передней брюшной стенки (эпигастральная область). В связи с этим пациент был переведен в отделение хирургической инфекции ОКБ. В эпигастральной области у него была обнаружена рана (20x15 см), дном которой являлись печень, петля тощей кишки с двумя свищами диаметром до 5 см, культи желудка и поперечная ободочная кишка. Дебит свища достигал до 2100 мл/сут. При приеме красителя через рот изменение цвета химуса наступило через 10 минут.

Анализ крови: Нв — 91 г/л, л. — $4,3 \cdot 10^9$ /л, п. — 8%, с. — 77%, лимф. — 10%; СОЭ — 33 мм/час.

Умеренная гипопропротеинемия (общий белок — 51,5 г/л). За сутки с мочой выделилось 339,5 ммоль мочевины и 9,9 ммоль креатинина.

При поступлении в отводящую свищесущую петлю при помощи гастроскопа был установлен назоэюнальный зонд, а также выполнена внекишечная обтурация. В последующем трансфистулярно в отводящую свищесущую петлю был введен питательный зонд с раздувным баллончиком на конце. В течение 65 дней больному проводилась предоперационная подготовка, включавшая жидкостно-электролитную реанимацию, комбинированное энтеральное и парентеральное питание. Внутривенно вводилось до 2000 ккал в сутки и до 11 г азота в виде смесей аминокислот; трансфистулярно — 20% белковой энпиты, гидролизат казеина, консервированная свинья и собственная желчь, ферменты поджелудочной железы, энтерально — до 3100 ккал и 120—140 г белка в сутки (режим гипералиментации).

После очищения гнойной раны и заполнения ее грануляциями 12.05.1989 г. пациент был прооперирован. В процессе операции поперечная ободочная кишка со свищом, петля тощей свищесущей кишки и культи желудка были отделены от краев дефекта передней брюшной стенки. Выявлено, что культи поджелудочной железы открывалась в гнойную полость. Отдельно на тощей кишке обнаружены 2 свища, в которые открывались гастроэюно- и холедохоэюноанастомозы. Кишечный свищ тощей кишки в области "малой кривизны" культи желудка иссечен с резекцией тощей кишки в этом месте, концы пересеченной кишечной петли ушиты наглухо. Свищ тощей кишки в области холедохоэюноанастомоза и свищ поперечной ободочной кишки ушиты узловым двухрядным швом. Дефект передней брюшной стенки закрыт развернутой сверху брыжейкой поперечной ободочной кишки, самой кишкой и односторонне отключенной петлей тощей кишки между холедохоэюноанастомозом и культей желудка путем подшивания их к краям дефекта. Панкреатический свищ дренирован через верхний угол раны. Выполнена свободная электродерматомная пластика раны кожей левого бедра.

В комплексе послеоперационной терапии в течение 6 суток пациенту внутривенно были введены до 2000 ккал/сут 20% раствор глюкозы и