

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Галимов О.В., Ханов В.О., Шкундин А.В., Зиганшин Д.М.

Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

За последние годы в мире значительно вырос интерес врачей к проблеме ожирения. Это обусловлено значительным увеличением частоты этого заболевания. У людей с избыточной массой тела, брюшина становится более подверженной растяжению и брюшная стенка теряет свою прочность, что часто приводит к появлению вентральных грыж. На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий БГМУ, были проведены клинические исследования по проблемам лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением и применены самые современные методы лечения.

Хирургическое лечение больных с ожирением, требует особого подхода в лечении, что связано с наличием выявляемой у них сопутствующей патологии жизненно важных органов и систем организма.

Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связанными, прежде всего с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время число осложнений после лапароскопических операций встречается достаточно часто. Одним из послеоперационных осложнений, существенно снижающих качество жизни пациентов, является образование послеоперационных грыж. По литературным данным, грыжи после лапароскопических вмешательств возникают в 0,23 % случаев в месте установки 10 мм порта, в 1,9 % случаев на участке 12 мм порта и в 6,3% случаев на участке 20 мм порта. Эти цифры заметно увеличиваются до 12 % у пациентов с индексом массы тела больше 30 кг/м².

На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета было прооперировано 34 пациента с избыточной массой тела и ожирением, у которых были выявлены послеоперационные вентральные грыжи, возникшие после выполнения лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство пациентов были женщины - 26 (76,5%), мужчин было 8 (23,5%) , все больные в возрасте от 33 до 70 лет. В процессе проведенного ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число больных с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных - 24 человека (70,6%), которым ранее производилась лапароскопическая холецистэктомия. У 6 пациенток в анамнезе были гинекологические операции, у 4-диагностическая лапароскопия.

Грыжевой дефект, как правило, локализовался в параумбиликальной области (в месте введения 10 мм троакара, откуда извлекали желчный пузырь). У 17 больных из этой группы в послеоперационном периоде отмечались различного рода воспалительные осложнения со стороны доступа в виде образования инфильтрата операционной раны, либо ее нагноения. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроке от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5х1,5см до 5,5х5,5см. У 25 (73,5%) пациентов наблюдались вправимые послеоперационные вентральные грыжи, у 9 (26,5%) пациентов были невправимые послеоперационные вентральные грыжи. Случаев ущемления мы не наблюдали, и все

выявленные нами пациенты с троакарными грыжами оперированы в плановом порядке. Плановые оперативные вмешательства выполнялись под местной инфильтративной анестезией или комбинированным эндотрахеальным наркозом. Всем пациентам, оперированным в плановом порядке, выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки сетчатым аллотрансплантатом по методике «onlay». Применялись полипропиленовые эндопротезы с фиксацией эндопротеза проленовой нитью отдельными узловыми швами. При контрольном обследовании пациентов в сроки до 5 лет после операции рецидивов грыж не выявлено.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ С ФИКСАЦИЕЙ ЭНДОПРОТЕЗОВ КЛЕЕВЫМИ КОМПОЗИЦИЯМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Галимов О.В., Шкундин А.В., Ханов В.О., Туйсин С.Р., Завьялов К.И., Ибрагимов Т.Р.

*Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО
«Башкирский государственный медицинский университет»*

Весьма актуальной и до конца нерешенной в настоящее время является проблема развития осложнений после установки сетчатых эндопротезов при герниопластики. Развитие данных осложнений связано с возможным инфицированием протеза, уменьшением его размеров, отторжением, образованием серомы или гематомы, снижением физиологической подвижности брюшной стенки. Авторами работы, были проведены экспериментальные исследования по возможности применения клеевых композиций для фиксации эндопротезов.

Совершенно очевидно, что объем повреждения тканей при небольших открытых разрезах или эндоскопических вмешательствах значительно меньше, чем при операции из классического доступа. Но, к сожалению, и эти методики выполнения операций не лишены такого недостатка, как образование послеоперационных грыж. На сегодняшний день все большую популярность набирает применение эндопротезов для лечения и профилактики грыж. Однако использование эндопротезов, связано с необходимостью его фиксации шовным материалом. В результате этого, существует высокий риск формирования лигатурных свищей, вследствие прорезывания нитей, сморщивания сетки или «отхождения» её от одного из краёв апоневроза. Важным аспектом является проблема снижения продолжительности операции, в частности - сокращение времени, необходимого для фиксации эндопротеза.

Определенный интерес для хирургии представляет возможность использования клеевых композиций для фиксации эндопротезов. Сейчас, использование клеевых композиций в хирургии получает все более широкое распространение, поскольку они обладают рядом преимуществ по сравнению с традиционными методами закрытия ран.

На базе кафедры хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета, экспериментально на лабораторных животных (крысы линии «Вистар») были изучены сравнительные особенности морфологических изменений, особенности репаративных процессов при использовании эндопротезов на основе полипропилена и политетрафторэтилена фиксированных клеевыми композициями (сульфакрилатный клей и клей латексный тканевой), а так же проведена оценка их эффективности для профилактики послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Разработано и применено "Устройство для введения медицинского клея при оперативных вмешательствах" (Патент РФ на полезную модель №107059), а так же "Способ точного нанесения клеевой композиции в хирургической практике" (Патент РФ на изобретение №2449812), позволяющий доставлять медицинский клей в необходимую локальную область, уменьшить трудоемкость, снизить риски возникновения послеоперационных осложнений. Разработана оригинальная хирургическая технология «Способ профилактики и хирургического лечения послеоперационных грыж малых доступов» позволяющая сократить время проведения оперативного вмешательства и провести эффективную профилактику послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

В результате исследований, было доказано, что применение клеевых композиций позволяет прочно фиксировать сетчатый эндопротез, а использование сульфакрилатного клея позволяет сократить число гнойных осложнений в послеоперационном периоде.

К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕЙ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

*Власов В.В., Калиновский С.В.
Хмельницкая областная больница*

В работе приведены результаты исследования передней брюшной стенки 51 больного с грыжей белой линии живота с помощью ультразвукового метода и компьютерной томографии. Доказана ценность ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике и лечении таких пациентов. Полученные данные применяли для дооперационной классификации грыжевых дефектов и использовались при выборе метода оперативного вмешательства.

Вступление. В литературе много авторов указывает необходимость использования ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) в комплексном обследовании пациентов с грыжами передней брюшной стенки (ПБС).

Цель исследования – изучить возможности использования УЗД и КТ ПБС в диагностике и лечении больных с грыжевыми дефектами (ГД) белой линии живота (БЛЖ).

Материалы и методы. Проанализировано хирургическое лечение 51 больного с грыжей БЛЖ. Средний возраст составил $52,7 \pm 13,56$ лет. БЛЖ и ГД у всех больных перед операцией исследованы с помощью УЗИ, у 18 пациентов – с помощью КТ, которая выполнялась для исключения патологии органов брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждения. Среди больных, которые оперированы по поводу грыжи БЛЖ женщины преобладали (54,9 %). Больше их было в возрасте 51 – 60 лет (16).

По данным УЗИ и КТ ГД малых размеров выявлены у 45,09 % больных, средних – у 49,01 %, а больших – у 5,9 % пациентов. У 41 (80,4 %) пациентов ГД не превышал размеры БЛЖ, у 7 (13,7 %) его размеры соответствовали ширине БЛЖ и только у 3 больных ГД был шире чем БЛЖ.

При УЗИ установлено, что БЛЖ шире у большинства пациентов (54,9 %) на уровне пупка ($2,6 \pm 0,99$ см). Отмечается достоверное сужение БЛЖ в направлении к гипогастрию. При БЛЖ у пациентов больше 3,5 – 4 см отмечались технические трудности в измерении ее ширины (из-за малых размеров ультразвукового датчика). Наибольшую ширину БЛЖ по данным КТ имела на уровне пупка ($3,4 \pm 1,27$ см) и наименьшую на l. bispinalis ($1,9 \pm 1,51$ см) ($p < 0,05$). Интраоперационно преобладали грыжи БЛЖ средних размеров (58,8 %), малых и больших грыж было соответственно 16 (29,4 %) и 6 (11,8 %). У 4 больных наблюдались множественные ГД БЛЖ, выявленные с помощью УЗИ БЛЖ. Большинству больных (68,6 %) выполнена аллопластика ГД с расположением сетчатого имплантата (СИ) предбрюшинно (34) и у 1 больного ретромускулярно. При выборе размера СИ для пластики ГД полагались на результаты УЗИ и КТ. СИ в краниально-каудальном направлении выкраивали на 2,5 – 3 см большим чем соответствующий размер ГД. В тех случаях, когда размеры ГД соответствовали или превышали ширину БЛЖ, размеры СИ были большими на 3 - 4 см чем поперечный диаметр ГД. Если же диаметр ГД был уже, чем БЛЖ, а также имелся диастаз прямых мышц живота, размер СИ выступал на 3 – 4 см за край БЛЖ. При выявлении у больных множественных ГД БЛЖ использовали один СИ для нескольких ГД. СИ как правило фиксировали 1 полипропиленовым узловым швом за его краниальный край, а также подхватывали в шов при зашивании краев ГД встык. В послеоперационный период у 1 пациентки отмечено серому послеоперационной раны. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $8,53 \pm 2,27$ дня.

Выводы:

1. Ультразвуковое исследование и КТ передней брюшной стенки позволяют детально ее изучить до оперативного вмешательства.
2. Белая линия живота на уровне пупка шире чем на остальных уровнях. Аллопластика грыжевого дефекта белой линии живота позволяет избежать рецидива грыжи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В СОЧЕТАНИИ С ПРОФИЛАКТИКОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Михин И.В., Панчишкин А.С., Михин А.И.
ВолгГМУ, кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов*

Широкое внедрение в хирургическую герниологию аллопластических материалов значительно улучшило результаты оперативного лечения пациентов с большими и гигантскими грыжами. Однако имплантация в ткани передней брюшной стенки аллотрансплантата иногда приводит к возникновению осложнений со стороны раны и рецидиву заболевания. Несмотря на активное использование малоинвазивных лапароскопических технологий число больных, нуждающихся в операциях по поводу послеоперационных вентральных грыж, значительно не уменьшилось, а собственно грыжи переднебоковой стенки живота выступают фактором, провоцирующим внутрибрюшную адгезию.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем применения современных аллотрансплантатов с антиадгезивным покрытием и противоспаечных барьерных средств.

Материалы и методы: мы имеем опыт хирургического лечения 32 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами большого и гигантского размера с применения современных аллотрансплантатов и средств профилактики рецидивного образования спаечной болезни. Группу А исследования составили 24 пациента с послеоперационными вентральными грыжами, которым после грыжесечения и адгеолизиса в брюшную полость инстиллировали препарат «Мезогель», а затем выполнили аллопластику передней брюшной стенки комбинированным способом. В группу Б были включены 8 пациентов, которым выполняли ненатяжную герниопластику с применением композитной полипропиленовой сетки, имеющей антиадгезивное покрытие.

Результаты работы оценивали комплексно, по совокупности клинических и ультразвуковых исследований. У 23 пациентов группы А послеоперационный период протекал без осложнений. У 1 пациента в ближайшем послеоперационном периоде диагностировали нагноение гематомы, расположенной под трансплантатом, которую санировали. В группе Б у 6 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. У 1 пациента на 3 сутки послеоперационного периода диагностировали подкожную эвентерацию с явлениями острой странгуляционной кишечной непроходимости, ввиду грубо нарушения пациентом строгого постельного режима в раннем послеоперационном периоде, данное осложнение послужило выполнению повторной операции. При релапаротомии выявили выход петель тонкой кишки в подкожное пространство в нижнем углу раны над аллотрансплантатом. Петли тонкого кишечника признаны жизнеспособными. Выполнили ненатяжную реаллопластику грыжевых ворот полипропиленовой сеткой, имеющей антиадгезивное покрытие (sub-lay), а также дублировали зону аллопластики полипропиленовой сеткой (on-lay). После повторной операции у пациента развился некроз кожи в нижней трети послеоперационной раны, вследствие снижения регенераторных способностей и дистрофических изменений в рубцово-измененных тканях. Больному выполнили некрэктомию, дном являлась полипропиленовая сетка с активными грануляциями, ежедневно выполняли перевязки с мазью «Левомеколь». Средняя и верхняя трети раны зажили первичным натяжением. При контрольном обследовании через два месяца нижняя треть послеоперационной раны зажила вторичным натяжением. При ультразвуковом мониторинге зоны аллопластики сохранялся незначительный диастаз между аллотрансплантатами, жидкостных образований не выявлено, смещаемость петель тонкого кишечника относительно композитной полипропиленовой сетки в верхней трети зоны аллопластики составила 1,0 см, в средней и нижней третях - более 2 см. У 1 пациентки, которой выполнили лапароскопическую холецистэктомию, грыжесечение с ненатяжной герниопластикой с применением композитной полипропиленовой сетки по поводу хронического калькулезного холецистита и гигантской послеоперационной грыжи, в послеоперационном периоде отметили обширный некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, по поводу чего выполнили некрэктомию до полипропиленовой сетки. В последующем проводили ФТЛ, ежедневные перевязки с мазью «Левомеколь». За время наблюдения гнойного отделяемого из раны не было, на 40 сутки послеоперационного периода наложили вторичные швы. При ультразвуковом мониторинге брюшной полости остальных пациентов (n=31), выполненном на 5-7 сутки послеоперационного периода выявлено, что в 25 наблюдениях смещаемость полых органов относительно передней брюшной стенки составила более 2,0 см., что свидетельствует об отсутствии висцеро-париетальных сращений полых органов, а в 6 наблюдениях – от 1,0 до 2,0 см., что говорит о возможном наличии подвижных пленчатых сращений.

Вывод: современные методики хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж различными аллотрансплантатами в сочетании с профилактикой спаечной болезни брюшной полости снижают риск развития осложнений со стороны послеоперационной раны, рецидива образования грыж и спаечной болезни брюшной полости.

ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИЕ ГРЫЖИ

Майоров Р.В., Лагун М.А., Харитонов Б.С., Амиров Э.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Кафедра факультетской хирургии и онкологии

Предложен алгоритм лечения параколотомических грыж с учетом их анатомо-топографических особенностей.

Цель. В общей структуре грыж живота параколотомические грыжи занимают менее 1%, что и объясняет, по нашему мнению, недостаточный опыт лечения данной патологии в хирургических отделениях общего профиля.

Параколотомические грыжи часто приводят к нарушению опорожнения кишечной стомы, спаиваются со структурными образованиями, относящимися к стоме, вызывая ее пролапс. Кроме того, наличие грыжевого выпячивания в области колостомы затрудняет или делает невозможным использование калоприемников в связи с изменением угла их фиксации и нарушением герметичности. В связи с этим поставлена задача выработать алгоритм лечения таких грыж.

Материалы и методы. За период 2005-2012 гг. прооперировано 42 пациента с параколотомическими грыжами.

В исследуемой группе пациентов с малыми грыжами было 11, со средними грыжами – 21, с большими – 8, с гигантской грыжей – 2 (классификация К.Д. Тоскина и В.В. Желтоского, 1979). У большей части больных причиной грыжеобразования явилось выполнение неадекватного широкого рассечения апоневроза при выведении колостомы, а также наложение колостомы без учета анатомо-топографических характеристик передней брюшной стенки. В большинстве случаев колостомы были выведены на границе спигелевой линии, являющейся "слабым" местом передней брюшной стенки.

Наиболее часто нами применялась пластика грыжевого дефекта местными тканями (37 случаев). При этом в 8 случаях в качестве дополнительного укрепляющего материала использованы ткани грыжевого мешка по разработанному в клинике способу. У 6 пациентов в связи с опасностью или невозможностью сведения краев грыжевого дефекта выполнена ненатяжная аллопластика полипропиленовым сетчатым эндопротезом. Данная методика выполнялась только в сочетании с ликвидацией колостомы при радикальных или реконструктивно-восстановительных операциях. Методы, связанные с имплантацией протезов вокруг стомы, а так же транспозиций стомы мы не применяли в связи с высоким риском послеоперационных осложнений.

При выборе способа вентропластики учитывали локализацию и размеры грыжевого дефекта, степень атрофии передней брюшной стенки, которые уточняли интраоперационно. При выполнении аутопластической герниопластики применяли

разработанную нами послойную мышечно-апоневротическую пластику П-образными гофрирующими швами, что позволяет уменьшить линейный размер дефекта и общее количество шовного материала в ране. При наличии во всех случаях пластики избыточного натяжения тканей прибегаем к дополнительному укреплению основных швов элементами грыжевого мешка. Необходимость применения тканей грыжевого мешка или выполнения аллопластики уточняли интраоперационно на основе оценки морфофункционального состояния тканей передней брюшной стенки. С этой целью нами разработана проба с применением двойной разрушающей линейной нагрузки, позволяющая оценить прочностные свойства шиваемых тканей.

Направление пластики при аутопластических методах выполняли параллельно волокнам плоских мышц в той или иной области, что позволяет избежать разрушающего действия мышечной силы на зону венетроластики. Суть аллопластического метода заключается в закрытии дефекта в апоневрозе трансплантатом в виде заплаты без ушивания грыжевых ворот.

Заключение. В результате применения разработанного алгоритма хирургического лечения мы успешно выполнили пластику брюшной стенки с минимальным числом осложнений (2 инфильтрата и 1 нагноение раны, не приведшие к рецидиву грыжи), несмотря на открытую кишку в ране.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАСПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТАРП) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

Таргон Р.И., Боур А.В.

Государственный Университет Медицины и Фармации "Николае Тестемицану"

В работе представлен опыт применения лапароскопической трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики (ТАРП) у 87 пациентов с диагнозом паховая грыжа за период 2008-2011 гг. Произведена оценка результатов использования и определение места лапароскопической герниопластики трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики в лечении паховых грыж.

Цель: оценка результатов использования и определение места лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж.

Материалы и методы: Трансабдоминальная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика (ТАРП) использована за период 2008-2011 гг. у 87 больных. Гендерная структура: мужчин 82(94,25%), женщин – 5(5,75%). Средний возраст пациентов составил 29,77±11,78 лет. Первичная односторонняя грыжа наблюдалась в 73(83,90%) случаях, рецидивная грыжа в 5 (5,75%) случаях, двухсторонняя в 8(9, 20%) случаях, у 1(1,15%) больного отмечена первичная грыжа ассоциированная с рецидивной контрлатеральной грыжей. Операция проводилась под общей анестезией, выполнялось вскрытие брюшины, выделение грыжевого мешка, идентификация куперовой связки и апоневротических структур передней брюшной стенки, париеализация элементов семенного канатика. Сетчатый протез размером 10x15 см. устанавливали предбрюшинно без выкраивания окна для элементов семенного канатика. Фиксация сетчатого эндопротеза с помощью спирального герниостеплера Гера-5 мм проводилась у 60(72,41%) пациентов, герниостеплера Stapler Endo Universal™ у 3(3,69%) пациентов и интракорпорального шва у 3(3,45%) пациентов. У 20(22,98%) пациентов у пациентов с расширением внутреннего пахового кольца менее 3 см и без дислокации структур пахового канала

сетку не фиксировали. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным интракорпоральным двухрядным швом. В 16 случаях выполнялись симультанные операции: в 5 случаях - видеолапароскопическое клипирование вен семенного канатика, в 2 - резекция яичника по поводу кисты, в 2 - лапароскопическая аппендэктомия и в 1 случае - лапароскопический адгезиолиз. Критерием оценки результатов оперативного вмешательства являлись частота и структура наблюдаемых осложнений и степень выраженности болевого синдрома.

Результаты: Медиана периода наблюдения составила 24 месяца (диапазон 3-48 месяцев). Средняя продолжительность операции составила $73,17 \pm 22,18$ мин. (диапазон 45-180 мин). Интраоперационно были отмечены кровотечения из нижних надчревных сосудов и предпузырного клетчаточного пространства в 3-х случаях, все они были устранены из лапароскопического доступа. Средний срок госпитализации составил $4,15 \pm 0,99$ дня. Период временной нетрудоспособности в среднем не превышал 10 дней. Средний уровень болевого синдрома (оценивали по цифровой рейтинговой болевой шкале NRS-11 от 0 до 10) составил $3,12 \pm 1,03$ в 1-й день после операции, с его регрессом до $1,31 \pm 0,89$ на 7-й день после операции. Альгофункциональный индекс PDI в сроке 3 мес. после операции составил $1,72 \pm 2,095$. Из послеоперационных осложнений были отмечены 3 случая образования сером в предбрюшинном пространстве в ложе бывшего грыжевого мешка. Серомы были устранены при помощи чрескожной пункции под УЗ контролем. Транзиторная дизурия наблюдалась у 3 больных в связи с вынужденной интраоперационной катетеризацией мочевого пузыря. Невралгия полово-бедренного нерва была отмечена у 1 пациента. Рецидив возник у одного пациента, был устранен лапароскопически.

Выводы: TAPP является технически сложным оперативным вмешательством и требует длительного периода обучения. Тем не менее, при наличии достаточного опыта, данная операция может представлять альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, короткий период нетрудоспособности, возможность осуществления симультанных операций.

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Митин С.Е.

г.Луга, Лен.область

Введение: Несмотря на существенный прогресс в лечении грыж живота за последние десятилетия, многие проблемные вопросы этой патологии остаются нерешёнными. Мы попытались проанализировать результаты внедрения современных технологий при лечении грыж передней брюшной стенки в условиях ЦРБ.

Цель: Улучшение результатов лечения грыж живота.

Материалы и методы: За 4 года, с июля 2008 года по июнь 2012 года в хирургическом отделении Лужской ЦРБ оперировано 516 больных с различными видами грыж передней брюшной стенки. Средний возраст больных составил 67,3 лет (от 16 до 98). Мужчин было 205, женщин – 311. У 273 больных грыжи были рецидивными. По виду грыжи больные были распределены следующим образом: паховые и бедренные – 278, пупочные – 81, послеоперационные вентральные грыжи – 155, грыжи другой локализации у 5 больных. Экстренных больных было 219, плановых

– 297. Все больные разделены на две группы. I группа – 244 больных оперированных с июля 2008 по июнь 2010 года. Для лечения применялись традиционные герниопластики местными тканями. II группа – 272 больных оперированных с июля 2010 по июнь 2012 года. у которых использовались современные методы герниопластики «без натяжения», в том числе эндоскопические.

Результаты: Летальных исходов не было. Осложнения возникли у 16 больных (6,6%) в I-ой группе, и 4-х больных (1,5%) во II –ой. Рецидив грыжи отмечен у 23 (9,4%) больных в I-ой группе, и 6-и больных (2,2%) Средний койко-день при всех видах грыж составил 8,6 определялся в основном требованиями страховых компаний. При изучении послеоперационной реабилитации больных установлено, что сроки выхода на работу во второй группе оказались в 3,2 раза короче, чем после аналогичных традиционных операций, как при «тяжёлом» физическом, так и при «легком» умственном труде.

Выводы: Широкое использование современных технологий в лечении грыж передней брюшной стенки позволяет уменьшить число осложнений и рецидивов, а также существенно ускорить процесс реабилитации работающих пациентов.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА КОРРЕЦИИ ПАХОВОМОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ.

Аболмасов А.В.

Плещеевская ЦРБ, Орловская Областная больница. г.Орел.

Современные подходы к лечению паховых грыж в большинстве случаев дают отличные результаты. Доминирующие открытые и лапароскопические методики с использованием сетчатых протезов характеризуются низким процентом как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, чего, к сожалению, нельзя сказать о лечении паховомошоночных грыж, особенно у лиц пожилого возраста. Если проблема рецидивов у данной категории пациентов, после использования аллопротеза практически решена, то большое число осложнений, связанных с отеком мошонки, длительно персистирующими серомами, инфицированием остаточной полости грыжевого мешка, заставляют хирургов искать пути оптимизации оперативного пособия.

Был проведен анализ результатов лечения больных пожилого возраста с паховомошоночной грыжей. К паховомошоночной грыже были отнесены все пациенты, у которых дистальная граница грыжевого мешка располагалась на уровне или ниже нижнего полюса яичка одноименной стороны.

Больные оперированы четырьмя способами: лапароскопическая ТАПП герниопластика с выделением мешка (I), лапароскопическая ТАПП герниопластика без выделения мешка (II), лапароскопическая ТАПП герниопластика с коагуляцией мезотелия грыжевого мешка (III) и классическая операция Лихтенштейна (IV).

Техника ТАПП герниопластики с оставлением грыжевого мешка заключалась в циркулярном отсечении мешка на уровне внутреннего грыжевого отверстия и дальнейшей классической преперитонеальной герниопластикой. Коагуляция мезотелия грыжевого мешка выполнялась лапароскопическим способом после ручного пособия со стороны передней брюшной стенки, которое помогает «вывернуть» мешок в брюшную полость на коагулирующем пуговчатом электроде. При этом мезотелий мешка обрабатывался на всем протяжении в режиме коагуляции. Далее выполнялось

циркулярное отсечение по окружности внутреннего грыжевого отверстия, как и в группе I. В первой группе оперировано 23 пациента, 16 во второй, 8 и 19 в третьей и четвертой соответственно. Все пациенты были старше 60 лет. Все операции были выполнены в плановом порядке.

Результаты: среднее время вмешательства составило в группе I – 54 мин. (от 38 – 82 мин.), во II группе 43 мин. (от 36 до 140 мин.), 45 мин. (31 до 90 мин.), в IV группе 58 мин. (от 44 до 123 мин.)

В раннем послеоперационном периоде, в той или иной степени, у всех пациентов отмечено формирование сером мошонки. При этом реактивный постоперационный орхит выявлен у 5 пациентов I группы, 3 – II, 1 – III, 4 – IV.

У одного пациента из II группы, оперированного одновременно с двух сторон (продолжительность операции 140 мин), по поводу гигантских невралимических паховомошоночных грыж, в послеоперационном периоде выявлено инфицирование остаточной полости грыжевого мешка, вызванное, многократными аспирационными пункциями. Выполнено иссечение грыжевого мешка, который через 2 месяца после первичной операции представлял собой фиброзную ткань толщиной до 10 мм, плотно спаянную с элементами канатика. Посев содержимого верифицировал штамм стрептококка, чувствительный к ванкомицину. У данного пациента впервые диагностирован диабет 2 типа. Рецидивов ни в одной группе не выявлено.

Выводы: лечение паховомошоночных грыж в большинстве случаев осложняется формированием сером в раннем послеоперационном периоде вне зависимости от метода оперативного вмешательства. Для выбора оптимального метода коррекции данной патологии у лиц старше 60 лет требуется мультицентровое рандомизированное исследование.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И СИЛЫ НАТЯЖЕНИЯ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР

*Каниковский О.Е., Кадошук Т.А., Харчук О.В., Павлик И.В.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Выбор метода лечения послеоперационных и рецидивных грыж в зависимости от динамики показателей внутрибрюшного давления и силы натяжения мышечно-апоневротических структур.

Цели. Обоснование выбора метода лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж в зависимости от динамики показателей внутрибрюшного давления и силы натяжения мышечно-апоневротических структур брюшной стенки.

Материалы и методы. В хирургической клинике медицинского факультета № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова за 10 лет прооперировано 199 больных с послеоперационными и рецидивирующими вентральными грыжами. Среди обследованных 28,6% мужчин и 71,4% женщин, средний возраст (56,1±5,4) года. Диагностическая программа включала физикальное обследование больных с использованием SWR-классификации, лабораторные, морфологические и бактериологические исследования, инструментальные методы (рентгенологические, компьютерная томография, МРТ, ультрасонография). Проводили

измерение силы натяжения при сближении краев грыжевых ворот с использованием динамометра растяжения ДПУ-0,02-2, определение внутрибрюшного давления через полость мочевого пузыря с использованием прибора для измерения давления в полых органах (патент Украины на полезную модель №59204), расчет абдоминального перфузионного давления, статистический метод обработки материала.

Результаты и обсуждение. Больных разделили на две группы: в первой группе интраоперационно измеренное внутрибрюшное давление не превышало 1,6 кПа, во второй группе – больше 1,6 кПа. В первой группе 26,3% пациентов выполнена аутопластика грыжевых ворот, у 73,6% – аллопластика (sub lay или intra lay). Во второй группе аутопластики и аллопластики выполнены в 31,6% и 68,4% случаях соответственно. Пластика собственными тканями выполнялась в случае категорического отказа пациента от использования аллопластического материала. Сила натяжения при интраоперационном сопоставлении краёв раневого дефекта больше 29,0 ньютон в первой и второй группах выявлена соответственно в 18,4% и 78,9% случаев. В первой группе на протяжении первых двух суток у 21,1% больных отмечена интраабдоминальная гипертензия, регрессировавшая в дальнейшем. Во второй группе у 26,3% больных в первые сутки после операции выявлена интраабдоминальная гипертензия, нарастающая до пятых суток, у 15,8% больных диагностирован компартмен-синдром, констатирован 1 летальный исход (5,3%). Информативной в отношении прогнозирования нарастающей интраабдоминальной гипертензии оказалась величина разности внутрибрюшного давления, определенного интраоперационно, и перед операцией, - пограничное значение этой разницы 0,79 кПа, что является показанием к безнатяжной ластике грыжевых ворот.

Выводы. Определение силы натяжения краев раневого дефекта вместе с интраоперационным определением внутрибрюшного давления и расчетом абдоминального перфузионного давления позволяет прогнозировать динамику интраабдоминальной гипертензии и развитие компартмент-синдрома в послеоперационном периоде, что позволяет их оценивать как предикторы интраабдоминальной гипертензии и оптимизировать выбор метода пластики грыжевых ворот и прогноз результата.

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТОВ С ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

*Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Феоктистов Д.В., Шавалеев Р.Р., Хакамов Т.Ш.
Клиника Башкирского государственного медицинского университета*

Проведены исследования по разработке импланта с противомикробным действием для герниопластики на основе применяемых полипропиленовых протезов и полимерных покрытий, импрегнированных антибиотиком.

Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ), несмотря на разработку большого количества новых методов и способов герниопластики, остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии (Г.И. Веронский и соавт., 2002; J.J.Bauer et al., 2002). Частота рецидива заболевания у больных ПВГ даже при протезирующей герниопластике достигает значительной величины - 24-44% (А.И.Гузеев, 2004; F.Ferranti et al., 2003). Основными причинами значительного количества рецидивов грыж являются: выраженное натяжение тканей брюшной стенки и гнойные раневые осложнения (Р.А.Женчевский,

2005; G.Veillette et al., 2001). Гнойные осложнения при герниопластике по значимости находятся на третьем месте после рецидивов и хронической боли (И.В.Федоров, А.Н.Чугунов, 2004, К. Junge, U.Klinge, 2005). Успешное решение проблемы хирургической реабилитации больных ПВГ видится в применении новых видов имплантов с пролонгированным противомикробным действием.

Цель исследования - улучшения результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем применения имплантов с противомикробным действием.

Материалы и методы. В клинике Башкирского государственного медицинского университета разработан и широко применялся на практике имплант, представляющий собой синтетическую сетку из antimicrobial капроновых нитей "Абакталат". С использованием указанного вида протеза (Патент РФ № 2126694) проведено лечение 500 больных ПВГ с хорошими отдаленными результатами. Однако, на современном этапе развития герниологии, основанном на использовании имплантов из монофиламентных волокон, возникают проблемы их применения. Недостатком является невозможность прямого насыщения антибактериальными препаратами, протезов из монофиламентных нитей. Наличие "дремлющей" лигатурной инфекции в зоне герниопластики, растущая резистентность основных госпитальных штаммов приводит к неэффективной антибиотикопрофилактике и, как следствие, возрастанию вероятности гнойно-воспалительных раневых осложнений.

В настоящее время в клинике ведутся работы по применению на практике импланта из монофиламентных нитей (полипропилена) с антибактериальными свойствами (решение о выдаче патента по заявке № 2012119133/15(028813)). Антибактериальные средства могут входить в структуру нити, или быть на ней зафиксированы с помощью полимерных покрытий (матриц) или низкомолекулярных посредников. Данный протез из монофиламентных волокон покрыт полимером с импрегнированным в него антибиотиком цефалоспоринового ряда. В качестве матрицы, несущей заданную концентрацию антибиотика, используется поливиниловый спирт (ПВС), раствор которого пролонгирует действие антибиотиков благодаря образованию легкоподвижных комплексов за счет водородных связей (А.И.Тенцева, М.Т.Алюшина, 1985). Полимеризуясь, раствор ПВС образует на импланте пленку, которая подвергаясь постепенной фрагментации обеспечивает длительную диффузию антибиотика в окружающие ткани. Результаты изучения противомикробных свойств, прочностных характеристик и тканевой реакции на имплантацию данного эндопротеза показали, что антибактериальное действие его сохраняется до 5 суток, а сам имплант отвечает всем требованиям, предъявляемым к современным пластическим материалам для герниопластики.

Результаты. Первые выполненные операции позволяют говорить о перспективности применения разработанной методики в хирургии ПВГ.

Выводы. Таким образом использование разработанного импланта с противомикробным действием обеспечивает надежную профилактику послеоперационных гнойных раневых осложнений при хирургическом лечении больных ПВГ, обеспечивая надежные результаты лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Гецадзе Г.Н.

Витебский государственный медицинский университет.

Приведен опыт лечения грыж передней брюшной стенки в больнице скорой медицинской помощи города Витебска за 9 лет. Всего выполнено 1010 операций.

Актуальность. «Частота грыж является хорошим показателем общей культурности населения» (П.И.Тихов. 1914). Почти через 100 лет стало очевидным, что этот показатель отражает и здоровье населения, и уровень здравоохранения.

Цель исследования. Оценка эффективности различных вариантов герниопластики в зависимости от локализации грыжи и течения послеоперационного периода.

Материалы и методы исследования. Использовались материалы хирургического лечения грыж различной локализации в клинике факультетской клинике ВГМУ на базе УЗ ВГК БСМП г. Витебска в период с 2000 по 2008 годы.

Результаты и их обсуждение. За указанный период времени проведено 1010 операций. С 2003 года стали широко применяться пластики грыжевых ворот по Шолдаису, полипропиленовой сеткой (по Лихтенштейну, «on lay», «in lay on lay»).

- паховые грыжи – 533(52,8%), из них ущемленные - 160
- рецидивные паховые грыжи- 64(6,3%), из них ущемленные - 11
- бедренные – 52(5,1%), из них ущемленные - 42
- послеоперационные вентральные грыжи – 183(18,1%), из них ущемленные - 73
- рецидивные послеоперационные вентральные грыжи – 4(0,4%)
- пупочные грыжи- 153(15,1%), из них ущемленные - 74
- грыжи белой линии живота — 17(1,7%), из них ущемленные - 7
- грыжи Спигелевой линии – 2(0,2%)
- поясничные грыжи – 2(0,2%)

Применялись следующие виды пластики:

При паховых грыжах натяжные методы пластики грыжевых ворот выполнялись у 441(82,7%), ненатяжные методы у 92(17,3%); при рецидивных паховых грыжах натяжные методы использовались в 18(28,1%) случаях, ненатяжные методы – 46(71,9%); при бедренных грыжах во всех случаях использовались натяжные методы; при послеоперационных вентральных грыжах применялись натяжные методы в 123(67,2%) случаях, ненатяжные – 60(32,8%); при рецидивных послеоперационных грыжах во всех случаях использовались ненатяжные методы пластики; при пупочных, грыжах белой линии, грыжах Спигелевой линии использовались натяжные методы во всех случаях; при поясничных грыжах в одном случае ненатяжная пластика, в другом натяжная. Всем больным, оперированным по поводу послеоперационных вентральных грыж с применением полипропиленовой сетки, производилось УЗИ области операционной раны. Первое УЗИ области операционной раны производилось на 3-5 сутки. При обнаружении скопления жидкости более 150 мл вокруг сетки нами производилась пункция серомы со срочным цитологическим контролем.

Гематомы области операционной раны отмечались в 25(2,5%) случаях. Специальных методов лечения не проводилось. В 2(0,2%) случаях наблюдалось нагноение операционной раны.

Выводы.

1. До сих пор сохраняется высокий уровень применения натяжных методов пластики грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах.
2. Высокий процент ущемленных грыж свидетельствует о низкой выявляемости и несвоевременного лечения грыженосителей.

О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СПОСОБОМ ЛИХТЕНШТЕЙНА

*Капустин Б.Б., Мингазова Г.Ф., Елхов И.В., Анисимов А.В.
ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия"*

На основании дооперационного клинического и ультразвукового исследования; интраоперационных изменений и морфологического изучения рубца определены причины формирования рецидива паховой грыжи у 7 больных через 6-12 месяцев после герниопластики по Лихтенштейну.

Цель работы: определить наиболее вероятные причины рецидивов заболевания после ненатяжной герниопластики у больных с паховыми грыжами.

В ходе исследования у 7 больных с рецидивом грыжи были проанализированы и сопоставлены дооперационные клинические данные, результаты ультразвукового исследования области имплантации полипропиленового эндопротеза; интраоперационные изменения в зоне сформированного рубца с последующим морфологическим изучением операционного материала.

Пациенты предъявляли жалобы на выраженное уплотнение по ходу рубца и постоянные тянущие боли, сопровождающие весь послеоперационный период. Нестойкое купирование болевого синдрома достигалось лазеротерапией. Рецидив грыжи достоверно формировался к 6-12 месяцу. При ультразвуковом мониторинге зона имплантации полипропиленового эндопротеза выглядела как неоднородное с неровным, четким контуром образование, по эхогенности приближающееся к эхогенности соединительной ткани с высотой $6,2 \pm 0,11$ мм и гипозоногенным периферическим ободком высотой до $1,55 \pm 0,24$ мм. Представленная ультрасонографическая картина позволяла предположить сохраняющееся продуктивное асептическое воспаление в зоне установленного полипропиленового эндопротеза с окружением его соединительно-тканной капсулой.

В процессе реконструктивной операции у 4 мужчин грыжевой мешок небольших размеров располагался в месте выхода семенного канатика; диаметр внутреннего отверстия составлял от 1,5 до 2,0 см. В 3 наблюдениях рецидивная грыжа выходила через наружное отверстие пахового канала; высота от лонного бугорка до рубцово сморщенного эндопротеза составляла не менее 2,0 см. При морфологическом исследовании частично иссеченного рубца выявлено формирование соединительно-тканной капсулы вокруг сетчатого эндопротеза из рубчоволокнистой соединительной

ткани с фокусами некроза, тканевого детрита и гиалиноза клеточных структур, развитием перипротезных гранулем.

Выводы: рецидив паховой грыжи после протезирующей герниопластики в наших наблюдениях наступил из-за миграции эндопротеза вследствие потери прочной связи с мышечно-апоневротическими и надкостнично-связочными структурами пахового канала, обусловленной рубцовой деформацией и «секвестрацией» протезирующего материала.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕПЕСТКОВОГО МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Малков И.С., Садыков Р.Р., Филиппов В.А.
Кафедра хирургии ГОУ ДПО КГМА, ректор – Зыятдинов К.Ш.
ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани, гл. врач – Садыков М.Н.*

Актуальность проблемы: Несмотря на достигнутые успехи в лечении грыж передней брюшной стенки с использованием синтетических имплантатов, это заболевание остается одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии, многие вопросы остаются нерешенными и спорными. Заболевание сопровождается как летальными исходами, так и большими трудопотерями, связанными с инвалидизацией человека. В настоящее время основными методами лечения грыж передней брюшной стенки являются способы закрытия грыжевого дефекта путем наложения эндопротезов. Формирование ложа для эндопротеза, его размещение и фиксация повышают сложность, травматичность и длительность вмешательств. Некоторые из оперированных пациентов испытывают дискомфорт и чувство инородного тела в области оперативного вмешательства. Наблюдаются осложнения, связанные с подшиванием сеток лигатурами к окружающим тканям с повреждениями органов, расположенных глубже протеза; захватывание в шов сосудов и нервов. На поздних сроках происходит формирование лигатурных свищей или рецидивы грыж вследствие прорезывания нитей, гофрирования и дислокации эндопротеза.

Для достижения минимальных осложнений при лечении грыж передней брюшной стенки в клинике ГАУЗ ГКБ №7 на кафедре хирургии ГОУ ДПО КГМА разработан лепестковый метод герниопластики (заявка на изобретение 2010150436 от 8.12.2010). Существенным отличием от традиционных методик является способ фиксации эндопротеза в передней брюшной стенке.

Цель исследования: Провести анализ результатов применения лепесткового метода герниопластики при лечении грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы: За период с 2010 по 2012 года в ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани лепестковый метод герниопластики выполнен 22 больным с грыжами передней брюшной стенки. Для пластики грыжевых ворот передней брюшной стенки в основном использовались полипропиленовые эндопротезы отечественного производства Линтекс, применялась легкая и стандартная сетка Эсфил. В 15 (68.2%) наблюдениях выполнена пластика грыжевого дефекта sub lay и 7 (31.8%) in lay. Женщин было – 17 (77.3%) , мужчин – 5 (22.7%). Средний возраст пациентов составил – 52.3 года. При этом послеоперационные вентральные грыжи отмечались у 15 (68.2%) больных, грыжи белой линии живота – 5 (22.7%), параумбиликальные - 2 (9.1%). Из них оперированы в плановом порядке 13 (59.1%) пациентов, в экстренном (ущемленные

грыжи) – 40,9 (35,7%). По локализации верхнесрединные – 11 (50,0%), нижнесрединные – 3 (13,6%), окологруничные – 7 (31,8%), боковая – 1 (4,6%). По размеру малая грыжа – 1 (4,6%), средняя – 13 (59,1%), большая – 5 (22,7%), гигантская – 3 (13,6%). Рецидивные грыжи наблюдались в 9 (40,9%) случаях. Среднее время пребывания в стационаре составило 11,6 койко-дней. Средняя продолжительность операции составила 1 час 59 мин. При определении размеров, локализации и частоты рецидивов послеоперационных вентральных грыж использовали классификацию J.P. Chevrel et A.M. Rath (SWR classification 1999).

Результаты: Во всех случаях произведено вскрытие и иссечение грыжевого мешка, с последующим ушиванием дефекта апоневроза однорядными узловыми швами. При ущемленных грыжах проводилась ревизия содержимого грыжевого мешка. Для фиксации лепесткового сетчатого имплантата использовали полипропиленовую нить с наложением редких отдельных узловых швов по краю лепестков эндопротеза. Операцию заканчивали послойным ушиванием раны и “суточным” дренированием области сетки.

С первых суток послеоперационного периода обеспечивали компрессию зоны раны при помощи эластического бандажа и обезболивание ненаркотическими анальгетиками (кеторол и его аналоги). Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде назначается дифференцированно. На 3–5 сутки обязательно проводили ультразвуковой контроль послеоперационной раны. При обнаружении скопления жидкости, проводили однократную пункцию под ультразвуковым контролем. У одного больного, с ожирением 3 степени наблюдалась серома послеоперационного рубца, у другого – тромбофлебит глубоких вен обеих голеней. Рецидива грыж не выявлено.

Выводы: Таким образом, начальный опыт применения лепесткового метода герниопластики позволяет улучшить результаты лечения грыж передней брюшной стенки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЛЕГКИХ» СЕТЧАТЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ

Ромашкин-Тиманов М.В. (1), Белоусов И.С. (2), Иванов А.В. (3)

1) СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

2) ЦБ Ломоносовского района ЛО, Санкт-Петербург

3) ЦСМ “Титан-мед”, Сосновый Бор

Актуальность. Создание сетчатых эксплантатов нового поколения на основе полипропиленовой мононити и их использование в хирургии привело к появлению новой группы хирургических методов устранения наружных грыж, получивших название «ненатяжных способов пластики». Однако, их широкое применение послужило причиной возникновения такого специфического осложнения, как скопление серозной жидкости в околотетчатом пространстве и возникновение большого числа сером.

Материалы и методы. При устранении послеоперационных вентральных грыж в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И.Джанелидзе с 2004 года применялась ненатяжная герниопластика с использованием отечественного сетчатого полипропиленового эксплантата «ЭСФИЛ - стандартный» (диаметр нити 0,12 – 0,14 мм) и «ЭСФИЛ-тяжелый» (диаметр нити 0,15 – 0,17 мм) производства ООО «ЛИНТЕКС» (г.С.-Петербург). С использованием этих сеток оперировано 176 больных с

послеоперационными вентральными грыжами. Возраст больных составил от 44 до 75 лет. Среди оперированных было 155 женщин и 21 мужчина. 15 пациентов имели рецидивные послеоперационные вентральные грыжи и до нас были оперированы в других стационарах города. При этом однократное устранение послеоперационной вентральной грыжи натяжными методами герниопластики имело место у 9 больных, 2-х кратное – у 4 больных, а 2 пациента были оперированы до нас 4 и более раз. Грыжи удаляли по методу «on lay» и «in lay» с подшиванием протеза обвивным швом.

Результаты. Типичным осложнением послеоперационного периода при устранении послеоперационных вентральных грыж «тяжелыми» и «стандартными» сетчатыми эксплантатами была длительная (до 3-х недель) экссудация серозной жидкости из надсеточного пространства, что приводило к ее ограниченным скоплениям. Данное осложнение наблюдалось у 75% оперированных нами больных при постановке сетчатого эксплантата размерами более 15×15 см. Это требовало использования у больных в послеоперационном периоде пункционных методов лечения под контролем УЗД для эвакуации скоплений жидкости. Снижение экссудации из надсеточного пространства до 5-7 дней после операции при использовании одинаковой хирургической техники оказалось возможным благодаря использованию так называемых «легких» сетчатых эндопротезов с диаметром полипропиленовой нити 0,09 – 0,11 мм. Это произошло за счет уменьшения количества инородного материала, имплантируемого в ткани и лучшего прилегания к ним сетчатого протеза. С использованием этих эксплантатов за 2011 – 2012 год Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И.Джанелидзе и Центральной больнице Ломоносовского района нами оперировано 36 больных. При этом только у 6 (17%) больных с грыжами, оперированных по методу «in lay» возникла необходимость в применении пункционных методов лечения в послеоперационном периоде.

Выводы. Хороший клинический эффект от использования «легких» сетчатых протезов позволяет говорить об их преимуществах перед «стандартными» и «тяжелыми» сетчатыми эксплантатами и рекомендовать их как наиболее оптимальный вариант сетчатого протеза при хирургическом лечении грыж.

АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ НЕУДАЧ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК

Ромашкин-Тиманов М.В. (1), Белоусов И.С. (2), Иванов А.В. (3)

1) СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

2) ЦБ Ломоносовского района ЛО, Санкт-Петербург

3) ЦСМ "Титан-мед", Сосновый Бор

Актуальность. Пластика грыжевых дефектов с применением сетчатых эндопротезов в настоящее время прочно вошла в арсенал хирургических методов лечения грыж различных локализаций и является методом выбора. По данным различных авторов это позволяет снизить число рецидивов грыж до 0,5 – 1,1 %. Метод I. L. Lichtenstein с использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза упрощает оперативное вмешательство и сокращает сроки реабилитации пациента. Пластика послеоперационных вентральных грыж сетчатыми эксплантатами призвана была решить проблемы по предотвращению возврата заболевания.

Материалы и методы. Среди 258 больных, оперированных нами во 2-ой клинике (хирургии усовершенствования врачей) ВМЕДА и Центральной больнице

Ломоносовского района с грыжами различных локализаций, устраненных с использованием сетчатого эксплантата, наблюдались и неблагоприятные результаты.

Результаты. Так у 6 (2,3%) пациентов возник рецидив послеоперационной вентральной грыжи после пластики эксплантатом. Причиной рецидива было отхождение нижнее-бокового края эксплантата при фиксации его по методу «on lay» к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Этому способствовала низкая прочность апоневроза наружной косой мышцы живота, являющегося местом фиксации протеза. По той же причине у 1 (0,3%) больной, которой была выполнена «ненатяжная» герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза по поводу гигантской послеоперационной вентральной грыжи, занимающей 5-6 областей передней брюшной стенки возникла эвентрация на 2 сутки после операции, что потребовало повторного хирургического вмешательства. После устранения эвентрации и ушивания дефекта между сеткой и апоневрозом послеоперационная рана заживала вторичным натяжением, что, однако, не потребовало удаления эндопротеза. В удовлетворительном состоянии больная выписана на 14 сутки после операции. У 2 (0,7%) пациентов наблюдалось отторжение эксплантата с образованием очага хронического воспаления в окружающих тканях, что потребовало повторного оперативного вмешательства и удаления сетки. При фиксации эксплантата плетеным синтетическим шовным материалом наблюдали образование множественных лигатурных абсцессов по периферии протеза. Данное осложнение возникло у 2 (0,7%) оперированных больных. В последующем эндопротезы фиксировали только полипропиленовой мононитью. При устранении паховых грыж методом I. L. Lichtenstein наблюдали 3 (1,2%) рецидива, причиной которых был большой диаметр сформированного в эндопротезе отверстия для семенного канатика. Оба больных оперированы повторно с ликвидацией данного дефекта.

Выводы. Оперативные вмешательства по устранению грыж с использованием сетчатых эксплантатов имеют ряд особенностей, связанных с техникой выполнения операций, подбором размеров эндопротеза и фиксирующего его шовного материала, внимательной оценкой состояния собственных тканей больного и прогнозированием возможного отторжения имплантата.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ АБДОМЕНОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭВЕНТРАЦИИ

Ромашкин-Тиманов М.В. (1), Белоусов И.С. (2), Иванов А.В. (3)

1) СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

2) ЦБ Ломоносовского района ЛО, Санкт-Петербург

3) ЦСМ "Титан-мед", Сосновый Бор

Актуальность. Частота возникновения эвентраций после лапаротомий колеблется от 0,5 до 2%. Это одно из наиболее опасных осложнений в абдоминальной хирургии, при развитии которого отмечается довольно высокая летальность, достигающая 20–65%.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ случаев развития указанного осложнения после лапаротомий в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И.Джанелидзе и Центральной больнице Ломоносовского района с 2006 по 2011 год свидетельствует о наличии у каждого пациента с эвентрацией сочетания как минимум двух известных предрасполагающих или производящих факторов возникновения этого осложнения.

Хирургических больных с сочетанием трех и более описанных факторов, мы относим к группе высокого риска по развитию эвентрации органов брюшной полости. С 2011 года нами выполнена превентивная протезирующая абдоменопластика у 27 таких пациентов. Мужчин было 9, женщин – 18. Из них 5 человек были оперированы в плановом порядке, 19 – по неотложным показаниям. У всех пациентов ушивание лапаротомной раны мы дополняли укреплением передней брюшной стенки полипропиленовым сетчатым имплантом. При ушивании раны край в край с укреплением ее зоны сеткой полностью восстанавливается анатомическая целостность передней брюшной стенки. Несмотря на натяжение тканей, эндопротез перераспределяет часть нагрузки с линии швов, дублирует и укрепляет подлежащие ткани. Из 24 пациентов у семерых сетчатый эксплант был размещен под апоневрозом, у шестнадцати – фиксирован наапоневротически. У одного пациента с повторной эвентрацией после иссечения краев раны образовавшийся дефект тканей передней брюшной стенки был закрыт сетчатым эксплантом без натяжения. В трех наблюдениях нами был применен полипропиленовый Т-образный протез производства компании "Эргон-Эст". Во всех случаях операцию завершали активным дренированием подкожной клетчатки. С первого дня после операции применялся бандаж, назначение антибактериальных препаратов осуществлялось по схемам лечения основного заболевания. При отсутствии отделяемого из подкожной клетчатки дренажи удаляли на 2-3 сутки, при сохраняющейся экссудации оставляли на более продолжительный срок - до 6-10 суток.

Результаты. У четверых больных с наапоневротической фиксацией сетчатого экспланта отмечались повторные скопления серозной жидкости в околосоеточном пространстве, что требовало использования у больных в послеоперационном периоде пункционных методов лечения под контролем УЗИ для эвакуации скоплений жидкости. Нагноение послеоперационной раны мы наблюдали у трех пациентов. После ревизии и санации раны заживали вторичным натяжением, что, однако, не потребовало удаления эндопротеза. В удовлетворительном состоянии все пациенты выписаны на 14-20 сутки после операции. Во всех случаях в послеоперационном периоде эвентраций органов брюшной полости не выявлено. Летальных исходов не было.

Выводы. Полученные нами предварительные результаты недостаточны для многофакторного статистического исследовательского анализа. Первый положительный опыт позволяет считать выполнение превентивной протезирующей абдоменопластики обоснованной у хирургических пациентов с высоким риском развития эвентрации.

ГЕРНИОПЛАСТИКА НЕАДГЕЗИВНЫМ ПРОТЕЗОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Желябин Д.Г., Осокин Г.Ю., Ким Г.Г.

ДКБ им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД» г.Москва (директор д.м.н. Плохов В.Н.).

Актуальность проблемы. Заболеваемость грыжами превышает 50 случаев на 10000 населения, до четверти оперативных вмешательств выполняемых в хирургических стационарах составляют операции по поводу

грыж. Послеоперационные грыжи больших размеров необходимо считать отдельно стоящим комплексным заболеванием, с нарушением функций не только дыхательной системы, но и кожных покровов, мышц, внутренних органов, которые тем серьезнее, чем больше грыжа. Используемые в настоящее время «ненатяжные» методики, позволили на порядок уменьшить число рецидивов при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж, но являются сложными в техническом исполнении, что связано с необходимостью изоляции полпропиленового протеза от свободной брюшной полости.

Цель работы. Оценить эффективность использования неадгезивных аллотрансплантатов при оперативном лечении больших и гигантских грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы. С февраля 2009 по февраль 2011г оперировано 4 пациентов, трое из них были после перенесенных оперативных вмешательств по поводу острого деструктивного панкреатита (оментобурсостомии), один пациент перенес ряд оперативных вмешательств после проникающего ножевого ранения брюшной полости. Размер грыжевого дефекта которых по системе SWR был следующим: W3 – 1 пациент, W4 – 3 пациента. Локализация дефекта соответственно M и ML. При предоперационной подготовке выполнялись стандартные исследования: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, гастроскопия, компьютерная томография, обязательное исследование функции внешнего дыхания. Использованы силиконизированные стеки фирмы «Silpromesh», размером 20x30см. Особенностью оперативного вмешательства являлось выполнение тотального адгезиолиза. Фиксация трансплантата при первых двух операциях выполнялась частично с использованием Protac, затем полностью с использованием погружных трансабдоминальных швов, что по нашему мнению более предпочтительно, поскольку предотвращает деформацию протеза и транслокацию петель кишечника между протезом и передней брюшной стенкой. От подкожно-жировой клетчатки протез изолировался остатками грыжевого мешка.

Результаты. Средние сроки послеоперационного пребывания пациентов в стационаре составили 12,2 койко-дня. Ни в одном случае не зафиксировано признаков развития дыхательной недостаточности. Гнойно-воспалительных осложнений со стороны операционной раны не выявлено. Отдаленные результаты прослежены при активном патронаже в сроки от 4-х до 6-ти месяцев. Оценка результатов производилась по стандартизированной европейской шкале SF-36 оценки качества жизни, с опросом пациентов перед операцией, через 1мес, 3 и 6 месяцев после операции. Результаты положительные. Рецидивов не выявлено.

Заключение. Преимуществами протезирующей пластики передней брюшной стенки с использованием неадгезивных аллотрансплантатов, на наш взгляд, относительная простота выполнения оперативного вмешательства, хороший функциональный эффект. Методика требует продолжения исследования.

3-D ПОЛИМЕРНЫЕ КОНСТРУКЦИИ В АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

*Тарасов С.Л., Зайцев Д.В., Карташов К.И., Майбуров В.В., Халимов А.Э.
БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР*

Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов с бедренными грыжами. При грыжесечении использовали 3-D полимерные конструкции, последние моделировали из полипропиленовой сетки в виде «волана», который устанавливался в бедренный канал. В раннем послеоперационном периоде выявлены инфильтраты в ране, разрешенные консервативными методами. Оценено качество жизни и прослежены отдаленные результаты на протяжении 5 лет после герниопластики 3-D полимерными конструкциями.

Высокая частота рецидивов (30%), пожилой возраст, тяжелая сопутствующая патология свидетельствуют о том, что проблема реабилитации больных с бедренными грыжами остается актуальной и на современном этапе. Современные ненатяжные методы герниопластики при бедренной грыже практически не возможны в связи с анатомическими особенностями строения бедренного канала.

Цель исследования. Провести анализ практического применения 3-D полимерных конструкции, при лечении больных с бедренными грыжами.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения больных с бедренными грыжами за последние пять лет. В х/о БУЗ ГКБ №6 госпитализировано 62 пациента с бедренными грыжами, из них 25 с ущемленной бедренной грыжей. Средние сроки ущемления составили более 12 часов. Средний возраст составил 69,5 года. Среди больных преобладали женщины -55. Пациентам поступившим в плановом порядке грыжесечение заканчивали пластикой бедренного канала установкой 3-D конструкции, выполненной из полимерного сетчатого эксплантата. Использовали полипропиленовые сетки «флексилен» фирмы Линтекс размерами 8 на 12 см. Из протеза выкраивали квадратный сегмент, последний моделировали в виде «волана», который устанавливался в бедренный канал и фиксировался полипропиленовыми швами. Всем больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику по стандартной методике.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде раневые осложнения в виде инфильтрата возникли у 4 пациентов. Воспалительные изменения разрешены консервативными мероприятиями. Прослежены отдаленные результаты лечения и изучено качество жизни у всех 37 оперированных в плановом порядке. Сроки наблюдения составили от 1 года до 5 лет после операции. Критерии качества жизни оценивали с помощью опросника MOS SF-36. Результаты исследования качества жизни сравнивались у пациентов между групп сравнения и наблюдения. Проведенный сравнительный анализ показал, что достоверных различий в критериях оценки качества жизни у пациентов обеих групп нет, кроме больных у которых возник рецидив грыжи.

Заключение. Таким образом, применение 3-D полимерных конструкции в аллогерниопластике бедренных грыж способствует уменьшению количества рецидива грыж. Способ пластики грыжи не влияет на качество жизни пациентов, кроме тех у которых развился рецидив заболевания.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Шиленок В.Н., Гецадзе Г.Н.

Витебский государственный медицинский университет

Проанализированы результаты 35 операций, при которых была имплантирована полипропиленовая сетка.

В задачи исследования входила клиническая оценка типичных методов ненатяжной герниопластики, а также разработка новых вариантов применения аллопластического материала в герниологии.

Проанализированы результаты 35 операций, при которых была имплантирована полипропиленовая сетка. Из них: паховые грыжи -10, рецидивные паховые - 5, причём трижды рецидивная – 1, послеоперационные вентральные грыжи –12, послеоперационные вентральные рецидивные – 3, рецидивные пупочные -3, поясничная послеоперационная – 1.

Две операции выполнены по поводу тяжелейшей деструкции передней стенки живота:- у одной больной после анаэробного клостридиального перитонита, фасцита, миозита правой половины живота. Дефект в мезогастрии составлял 25 на 20 см, у второго больного после множественных операций по поводу рака предстательной железы, лучевой терапии, эпицистостомы отсутствовали плотные ткани в левой паховой области, включая пупартову связку. Дефект закрыт сеткой, фиксированной снизу к передней верхней ости и лонному бугорку. У двух больных при повторном рецидиве паховых грыж, после операции по Постемпскому сетка вшита без выделения семенного канатика из подкожной клетчатки.

Как видно, применение предлагаемых вариантов аллопластики позволяет расширить показания к хирургическому лечению в тех случаях, где использование натяжных способов невозможно.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Гецадзе Г.Н., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.

«Витебский государственный медицинский университет»

Материалы хирургического лечения грыж различной локализации в клинике факультетской клинике ВГМУ на базе УЗ ВГК БСМП г. Витебска в 2006-2008 гг. Проведен ретроспективный анализ 534 результатов грыжесечений, в том числе 177 по поводу ущемлённых грыж.

Актуальность. Грыжи самостоятельно не излечиваются. Лечение грыж всегда является актуальной проблемой. Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости ущемление грыжи по частоте занимает 2-е место после острого аппендицита. Известно, что способы пластики с использованием тканей организма, не всегда позволяют исключить рецидивы. В последние годы предпочтение отдается пластике грыж с использованием сетчатого протеза – эксплантата.

Цель исследования. Анализ лечения неосложнённых и ущемлённых грыж передней брюшной стенки и разработка наиболее рациональной хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Использовались материалы хирургического лечения грыж различной локализации в клинике факультетской клинике ВГМУ на базе УЗ ВГК БСМП г. Витебска в 2006-2008 гг. Проведен ретроспективный анализ 534 результатов грыжесечений, в том числе 177 по поводу ущемлённых грыж.

Результаты и их обсуждение. В 2006-2008 гг. отмечался рост оперированных паховых грыж (с 43,3% в 2006 г. до 63% в 2008г.), бедренных грыж (с 0% в 2006 г. до 2,3% в 2008 г.) на фоне снижения процента прооперированных пупочных (с 20% в 2006 г. до 13,3% в 2008 г.), послеоперационных вентральных (с 18,9% в 2006 г. до 7,5% а 2008 г.) грыж в общей структуре грыжесечений. Применялись следующие виды пластики:

- паховые грыжи: по Бассини – 40, Мартынову – 2, Шолдайсу – 20, Постемпскому – 31, Жирану – 4, Жирану – Спасокукоцкому – 4, Жирану-Спасокукоцкому – Кимбаровскому – 8, послойное ушивание без указания вида пластики – 10, Нихусу – 2, Лихтенштейну – 76

- бедренные грыжи: по Бассини – 3, Руджи – 2, послойное ушивание без указания вида пластики – 2

- пупочные грыжи: по Мейо – 46, Сапежко – 5, послойное ушивание без указания вида пластики – 4, Напалкову – 1

- послеоперационные вентральные грыжи: по Мейо – 9, Белоконеву – 2, швами Кунца – 1, послойное ушивание без указания вида пластики – 16, Сапежко – 18

- грыжи белой линии живота: по Мейо – 2, Сапежко – 4, послойное ушивание без указания вида пластики – 5, Напалкову – 1

- грыжи спигелевой линии: пластика швами Кунца – 1

- интерстициальные грыжи: послойное ушивание без указания вида пластики – 1

- рецидивные паховые грыжи: по Постемпскому – 3, послойное ушивание без указания вида пластики – 4, Бассини – 1, Лихтенштейну – 29

Общее число операций по поводу ущемленных грыж в 2006-2008 гг. составило 177 (паховые – 82, п/операционные вентральные – 39, пупочные – 29, бедренные – 11, рецидивные паховые – 9, белой линии живота – 7)

Произведены следующие пластики грыжевых ворот:

- при паховых грыжах: по Бассини – 18, Жирану – 8, Постемпскому – 21, Лихтенштейну – 24, Шолдайсу – 6, Мартынову – 1, послойное ушивание без указания вида пластики – 14.

- при рецидивных паховых грыжах: по Лихтенштейну – 5, Бассини – 1, Постемпскому – 2.

- при бедренных: по Бассини – 10.

- при послеоперационных вентральных: швами Кунца – 5, Сапежко – 5, Мейо – 2, послойное ушивание без указания вида пластики – 20.

- при пупочных: по Мейо – 23, Сапежко – 1, Кунцу – 2, МТ – 2.

- при грыжах белой линии живота: по Сапезко-1, Кунцу – 1, послыное ушивание без указания вида пластики – 3.

- при грыжах Спигелевой линии: по Кунцу-1, послыное ушивание без указания вида пластики – 1.

Выводы.

1. В хирургическом лечении грыж выявляется отчётливая тенденции к росту ненатяжных методов пластики грыжевых ворот.
2. К сожалению, сохраняется высокий уровень применения натяжных методов пластики грыжевых ворот при послеоперационных вентральных и рецидивных паховых грыжах.
3. Своевременная хирургическая санация грыж в плановом порядке позволит снизить количество экстренных вмешательств.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ОПЕРИРОВАННЫХ ПОСЛЕ ПРЕДБРЮШИННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ

Власов В.В.^{1,2}, Бабий И.В.²

*¹Кафедра хирургии ФПО (зав. кафедрой – проф. А.И. Суходоля)
Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова,*

²Хмельницкая областная больница.

Вступление. Грыжи передней брюшной стенки являются частой хирургической патологией, которыми страдают 3 – 4% взрослого населения.

Цель исследования. Изучить особенности телосложения у больных с паховой грыжей (ПГ) после предбрюшинной аллопластики.

Материалы и методы. Исследовано 104 больных после предбрюшинной аллопластики (ПА) грыжевого дефекта (ГД) ПГ. Возраст пациентов составил от 19 до 87 лет (средний возраст $59,4 \pm 11,56$ лет). Мужчины (95,2%) количественно преобладали. Все исследования начинались с антропометрических измерений с целью определения типа телосложения (ТТ) по В.Н. Шевкуненко.

Результаты исследования и их обсуждения. В клинике прооперировано 104 больных по поводу ПГ с использованием авторской ПА стенок пахового канала. Больных работоспособного возраста было больше половины (54,8%). Однако большинство женщин (1:4) были пенсионного возраста. Количество больных с ПГ с возрастом увеличивается, у мужчин достигая пика в возрастных группах 51 - 60 лет и 61 - 70 лет, у женщин – свыше 70 лет. При изучении ТТ по В.Н. Шевкуненко подавляющее количество пациентов (71,15%) имели брахиоморфный ТТ (БТТ) и только 0,99% - имели долихоморфный ТТ (ДТТ). Отношение БТТ к МТТ у женщин с ПГ составило 4: 1. ПГ у женщин ДТТ мы не наблюдали. Соотношение БТТ, МТТ и ДТТ у мужчин составило 23,3: 8,7: 1. Согласно кормического индекса пациенты с ПГ чаще имели туловище коротких (37,5%) и длинных размеров (34,6%). Женщины в большинстве имели длинное туловище (3,85%), а мужчины - туловище коротких размеров (37,5%). У больных с ПГ трапециеподобная форма туловища (ФТ) была у

65,4% случаев, промежуточная и прямоугольная – соответственно у 29,8% и 4,8% пациентов. У мужчин и женщин с ПГ трапециевидная ФТ наблюдается чаще всего (соответственно 61,53% и 3,85%). Сравнивая ТТ по В.Н. Шевкуненко с ФТ у больных с ПГ было установлено, что для мужчин БТТ (44,23%) и МТТ (14,45%) и женщин БТТ (3,85%) чаще характерна трапециевидная ФТ. При сравнении ТТ по В.Н.Шевкуненко выявлено, что у больных с ПГ мужского пола БТТ (26,92%) и МТТ (8,65%) чаще наблюдается короткое туловище, а у женщин – длинное туловище (БТТ и МТТ по 1,92%). Изучение формы живота (ФЖ) у больных с ПГ показало, что доминировала мужская ФЖ (91,35%). У большинства женщин (2,88%) с ПГ наблюдалась мужская ФЖ. Оценивая связанность ТТ по В.Н. Шевкуненко с вертикальным индексом живота (ВИЖ) установлено, что для мужчин (42,31%) и женщин (3,85%) БТТ чаще характерен малый ВИЖ (46,16%). У большинства больных с ПГ БТТ была мужская форма подчревья (68,27%) (мужчины – 66,35%, женщины – 1,92%). У 104 больных было 120 ПГ согласно классификации EHS, то есть у некоторых больных были двусторонние (16) и комбинированные ПГ (3). Прямая ПГ (М) встречалась чаще (60,83%), чем косая (Л). Чаще встречались ПГ с ГД > 3 см (69,23%) при БТТ и МТТ. Процент ПГ больших размеров у мужчин составил 66,35% (соответственно ЛЗ – 30,77 % и МЗ – 35,58 %). Женщины БТТ имели грыжи ЛЗ – 2,5%, МЗ – 0,83%. Всем больным выполнена ПА. Больные осмотрены в сроки 1-3 года, рецидива грыжи нет.

Выводы:

1. Проведенные исследования показали, что паховая грыжа чаще встречается у мужчин работоспособного возраста, брахиоморфного телосложения.
2. У женщин долихоморфного телосложения паховой грыжи не наблюдалось.
3. Независимо от телосложения у больных с паховой грыжей чаще встречается мужская форма живота и подчревья.
4. Паховая грыжа больших размеров преимущественно встречается у людей брахиоморфного и мезоморфного типа телосложения с мужской формой живота и подчревья.

К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕЙ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Власов В.В., Калиновский С.В.

Кафедра хирургии факультета последипломного образования Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

В работе приведены результаты исследования передней брюшной стенки 51 больного с грыжей белой линии живота с помощью ультразвукового метода и компьютерной томографии. Доказана ценность ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике и лечении таких пациентов. Полученные данные применяли для дооперационной классификации грыжевых дефектов и использовались при выборе метода оперативного вмешательства.

Вступление. В литературе много авторов указывает необходимость использования ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) в комплексном обследовании пациентов с грыжами передней брюшной стенки (ПБС), применяя их преимущественно у больных послеоперационной грыжей.

Цель исследования – изучить возможности использования УЗИ и КТ ПБС в диагностике и лечении больных с грыжевыми дефектами (ГД) белой линии живота (БЛЖ).

Материалы и методы. Проанализировано хирургическое лечение 51 больного с грыжей БЛЖ. Средний возраст составил $52,7 \pm 13,56$ лет. БЛЖ и ГД у всех больных перед операцией исследованы с помощью УЗИ, у 18 пациентов – с помощью КТ, которая выполнялась для исключения патологии органов брюшной полости. БЛЖ исследовали на всем протяжении, измеряли ширину на уровнях l. bicostalis, пупка и l. bispinalis.

Результаты исследования и их обсуждения. Среди больных, которые оперированы по поводу грыжи БЛЖ женщины преобладали (54,9 %). Больше их было в возрасте 51 – 60 лет (16). По данным УЗИ и КТ ГД малых размеров выявлены у 45,09 % больных, средних – у 49,01 %, а больших – у 5,9 % пациентов. У 41 (80,4 %) пациентов ГД не превышал размеры БЛЖ, у 7 (13,7 %) его размеры соответствовали ширине БЛЖ и только у 3 больных ГД был шире чем БЛЖ. При УЗИ установлено, что БЛЖ шире у большинства пациентов (54,9 %) на уровне пупка ($2,6 \pm 0,99$ см), хотя достоверного различия с шириной на уровне l. bicostalis ($2,3 \pm 0,99$ см) нет. Отмечается достоверное сужение БЛЖ в направлении к гипогастрию. При БЛЖ у пациентов больше 3,5 – 4 см отмечались технические трудности в измерении ее ширины (из-за малых размеров ультразвукового датчика). Наибольшую ширину БЛЖ по данным КТ имела на уровне пупка ($3,4 \pm 1,27$ см) и наименьшую на l. bispinalis ($1,9 \pm 1,51$ см) ($p < 0,05$). Интраоперационно преобладали грыжи БЛЖ средних размеров (58,8 %), малых и больших грыж было соответственно 16 (29,4 %) и 6 (11,8 %). У 4 больных наблюдались множественные ГД БЛЖ, выявленные с помощью УЗИ БЛЖ. Большинству больных (68,6 %) выполнена аллопластика ГД с расположением сетчатого имплантата (СИ) предбрюшинно (34) и у 1 больного ретромукулярно. При выборе размера СИ для пластики ГД полагались на результаты УЗИ и КТ. СИ в краниально-каудальном направлении выкраивали на 2,5 – 3 см большим чем соответствующий размер ГД. В тех случаях, когда размеры ГД соответствовали или превышали ширину БЛЖ, размеры СИ были большими на 3 - 4 см чем поперечный диаметр ГД. Если же диаметр ГД был уже, чем БЛЖ, а также имелся диастаз прямых мышц живота, размер СИ выступал на 3 – 4 см за край БЛЖ. При выявлении у больных множественных ГД БЛЖ использовали один СИ для нескольких ГД. В поперечном размере он должен выступать на 3 – 4 см за край большего ГД или БЛЖ, а в краниально-каудальном направлении – на 2,5 – 3 см за ГД. СИ как правило фиксировали 1 полипропиленовым узловым швом за его краниальный край, а также подхватывали в шов при зашивании краев ГД встык. В послеоперационный период у 1 пациентки отмечено серому послеоперационной раны. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $8,53 \pm 2,27$ дня.

Выводы:

3. Ультразвуковое исследование и КТ передней брюшной стенки позволяют детально ее изучить до оперативного вмешательства.
4. Белая линия живота на уровне пупка шире чем на остальных уровнях.
5. Аллопластика грыжевого дефекта белой линии живота позволяет избежать рецидива грыжи.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОДЕРМАЛЬНОГО ЛОСКУТА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С.
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,
кафедра хирургических болезней*

Аннотация. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж, в сроки 5-10 лет, составляет 20%-70%. В работе проведен ретроспективный анализ результатов 1034 грыжесечений выполненных с применением аутодермопластики. Показано, что данный метод обладает относительно низкой частотой раневых осложнений и рецидивов (11,8% и 3,9%, соответственно). Использование аутодермального лоскута является эффективным методом в лечении послеоперационных вентральных грыж, простой в использовании и не требует значительных экономических затрат.

Введение. Частота рецидива вентральной грыжи (ВГ) после аутопластических операций в сроки 5 и 10 лет составляет 20% и 40-70% (Жебровский В.В., 2003; Halm J.A., 2009), соответственно. Аллопластические методы позволяют снизить частоту рецидивов до 6-32% (Kogenkov M. и соавт., 2001). Однако, проблема развития местных осложнений, связанных с применением сетчатых имплантатов до сих пор не решена. Недостаточная изученность и ограниченное применение аутодермального лоскута (АДЛ), требует более углубленного изучения данного вопроса.

Цель исследования – ретроспективный анализ результатов и эффективности применения АДЛ у больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 1034 больных с послеоперационными ВГ у которых использовали АДЛ. Мужчин было 440 (42,6%), женщин 594 (57,4%). Возраст больных находился в пределах от 32 до 75 лет, средний возраст 56,4±8,7 года. В соответствии с индексом массы тела, больных распределили следующим образом: нормальный вес 18,5-25кг/м² – 168 (16,3%) пациентов, избыточный вес 25,1-29,9кг/м² – 301 (29,2%), ожирение 30-39,9кг/м² – 332 (32,0%), морбидное ожирение 40кг/м² и выше – 233 (22,5%). Размеры грыжевых ворот ранжировали согласно SWR классификации Chevrel J.P., Rath A.M.: до 5см (W1) – 216 (20,8%) пациентов, до 10 см (W2) – 366 (35,4%), до 15см (W3) – 295 (28,6%), свыше 15 см (W4) – 157 (15,2%). Обработка АДЛ проводилась по методу, рекомендованному экспертной комиссией Европейской ассоциации герниологов (2001 г.), который незначительно отличается от метода, предложенного Яновым В.Н. (1978). Пластику грыжевых ворот с дубликатурой краев и размещением АДЛ onlay выполняли при массе в пределах нормы и размерах грыжевых ворот W1-W2, а также при избыточном весе и размерах грыжевых ворот W1. Пластику грыжевых ворот край в край с размещением АДЛ onlay выполняли при нормальном весе и грыжевых воротах W3, при избыточном весе тела и грыжевых воротах W1-W2, при ожирении и грыжевых воротах W1. Пластику грыжевых ворот ушиванием край в край с размещением АДЛ sublay выполняли при избыточном весе тела и грыжевых воротах W3, при ожирении и грыжевых воротах W2, при морбидном ожирении и грыжевых воротах W1. Закрытие грыжевых ворот АДЛ, размещенным inlay, выполняли при избыточном весе и грыжевых воротах W4, при ожирении и грыжевых воротах W3-W4, при морбидном ожирении и грыжевых воротах W2-W4.

Результаты. Осложнения со стороны послеоперационной раны наблюдались у 122 (11,8%) пациента. Средний койко-день составил $16,4 \pm 2,1$ ($p < 0,005$). Летальный исход отмечен в 12 (1,1%) случаях, причинами послужили тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 5 лет после выполнения операции, при этом рецидив грыжи отмечен у 41 (3,9%) пациентов с ожирением.

Выводы. Таким образом, применение АДЛ обеспечивает относительно низкую частоту раневых осложнений (11,8%) и рецидивов (3,9%). Аутодермальная пластика является методом выбора при наличии больших и гигантских послеоперационных ВГ. АДЛ рекомендуем располагать по методике onlay.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО (АНТИМИКРОБНОГО) ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Мохов Е.М., Евтушенко Н.Г.

Кафедра общей хирургии Тверской государственной медицинской академии

Оперативное лечение больных с грыжами передней брюшной стенки относится к сложным проблемам абдоминальной хирургии. Высокий уровень рецидивов после традиционных видов герниопластики способствовал разработке и внедрению протезирующих методик, благодаря которым стало возможно оперативное лечение гигантских грыж передней брюшной стенки без развития таких фатальных состояний, как абдоминальный compartment syndrome. Однако повсеместное внедрение аллопластических методик повлекло за собой увеличение количества раневых осложнений, таких как нагноение, серома, кожно-протезные свищи и т.д. С нашей точки зрения представляется перспективным использование при герниопластике шовных материалов с антимикробными свойствами, что позволило бы снизить уровень осложнений со стороны операционной раны и снизить процент рецидивов грыж в отдаленном периоде.

Целью исследования было изучить влияние вида шовного материала и результаты оперативного лечения больных после планового и экстренного устранения грыж передней брюшной стенки с использованием биологически активного и стандартного шовных материалов.

В группы клинического наблюдения вошли 207 больных с грыжами передней брюшной стенки, находившиеся на лечении в хирургическом отделении Центральной районной больницы г. Бологое Тверской области в период с января 2008 г. по январь 2011 г. 171 пациент был оперирован в плановом порядке и 36 – в экстренном. В контрольной группе ($n=111$) был использован шовный материал, не обладающий биологической активностью, в основной группе ($n=96$) был применен шовный материал с антимикробными свойствами «Никант», разработанный во Всероссийском научно-исследовательском институте синтетических волокон (ВНИИСВ). Выбор метода герниопластики был индивидуален в каждом конкретном случае и определялся степенью разрушения опорных структур передней брюшной стенки и размерами грыжи. При протезирующей операции на брюшной стенке во всех случаях использовался полипропиленовый сетчатый эксплант «Эсфил» производства ООО «Линтекс». Структура герниологической патологии была следующей: паховые грыжи – 62,3%, из них рецидивные 2,9% , вентральные – 4,3%, послеоперационные – 12,6%,

пупочные – 15,5%, бедренные – 1,4%. Средний возраст пациентов в основной группе составил $59,4 \pm 1,7$ лет, в контрольной – $58,9 \pm 1,3$ лет ($p > 0,05$). Среди пациентов основной группы мужчин было 70 (69,8%), женщин – 26 (30,2%). В контрольную группу вошли 80 (72,1%) мужчин и 31 женщина (27,9%). Больные были сопоставимы по полу и возрасту. Общий срок пребывания больных в стационаре был следующим: в основной группе средний койко-день составил $11,1 \pm 0,4$ суток, в контрольной – $13,3 \pm 0,5$ суток ($p < 0,05$). Аутопластические методики устранения грыжи применены у 61,6% больных основной группы и у 66,7% контрольной, а аллопластические – соответственно у 38,4% основной группы и 33,3% пациентов контрольной. Пациенты были сопоставимы по применению различных методик устранения грыжи ($p > 0,05$). Всем пациентам выполняли антибиотикопрофилактику согласно общепринятым стандартам.

Результаты: структура и характер осложнений представлены в таблице №1.

Вид осложнения	Аутопластика				Аллопластика			
	Основная группа		Контрольная группа		Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Серома	5	3,6	5	3,6	5	7,1*	11	15,7*
Инфильтрат	4	2,9*	13	9,5*	4	5,7*	7	10*
Нагноение послеоперационной раны	1	0,7*	12	8,6*	0	0*	3	4,3*
Наружный лигатурный свищ	0	0*	8	5,8*	0	0	3*	4,3*
Рецидив грыжи	2	1,5*	12	8,8*	0	0	2	2,9

* $p < 0,05$ (достоверная разница)

Таким образом, структура осложнений в исследуемых группах оказалась различной. Отмечено достоверное уменьшение количества ранних и поздних осложнений в контрольной группе. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что применение биологически активного (антимикробного) шовного материала в плановой и экстренной герниологии позволяет уменьшить количество раневых осложнений и, как следствие, снизить процент рецидивов.

БЕЛКОВО-ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ПОКРЫТИЯ ДЛЯ СЕТЧАТЫХ МАТЕРИАЛОВ В ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

*Крайник И.В.¹, Ремизов А.С.¹, Михайлов В.В.¹, Лодыгин А.В.¹, Сияевский Э.А.¹. Желнинов М.Г.¹, Маркин М.А.¹, Деев Р.В.², Ильин А.В.³.
(Дорожная клиническая больница¹ г. Санкт-Петербург, Институт стволовых клеток², Москва, Эндокринологический научный центр³, Москва),*

В современной герниопластике наиболее часто используются операции с укреплением передней брюшной стенки сетчатыми алломатериалами. Существующие виды сетчатых эндопротезов разрабатываются с учетом их биосовместимости и максимально адекватных возможностей интеграции в ткани организма. Несмотря на это, количество осложнений остается достаточно большим. Наиболее часто встречающимся осложнением являются серомы.

Цель нашей работы – разработать технологию интраоперационного покрытия сетчатых эндопротезов аутологичными белково-тромбоцитарными оболочками, в эксперименте на кроликах изучить сроки существования белкового свертка в ране и его влияние на раневой процесс, в лаборатории изучить динамику выделения тромбоцитарных факторов роста из белкового свертка.

Методика покрытия сетчатых материалов белково-тромбоцитарной оболочкой (заявка на патент РФ №2011129719). Цитратную кровь центрифугировали при 2000 об./мин. Плазму помещали в стерильную емкость в количестве 0,5-1,0 мл на 1 см² сетчатого эндопротеза, куда помещался эндопротез необходимой формы и размера. Полимеризация белков плазмы осуществлялась под воздействием ионов кальция. К плазме добавляли 10% раствор кальция хлорида в соотношении 4 капли на 1 мл. Спустя несколько минут по всей поверхности сетки образовывался гелеобразный белковый свертки, в состав которого входили все находящиеся в плазме тромбоциты. Покрытая белком сетка помещалась в рану. Полимеризованный белок плазмы склеивает рану, склеивает алломатериалы, соединяет клетки и графты используемых для аутотрансплантации тканей.

Связанные с белком плазмы тромбоциты начинают дегранулировать и выделяют факторы роста, стимулирующие процессы регенерации. Концентрация тромбоцитарного фактора роста (ТФР) в сыворотке после образования свертка составила 30843,8 пикограмм/мл, что во много раз больше естественной его концентрации в плазме. Экскреция ТФР из белкового свертка сохранялась в течение всей недели и была наиболее выражена в первые двое суток. Уже через 6-7 дней после имплантации сетки в белково-тромбоцитарной оболочке в ране начинала образовываться молодая соединительная ткань, а к двум неделям белковая оболочка замещалась ею полностью.

Покрытые аутологичным содержащим тромбоциты белком сетчатые материалы показали высокую степень их интеграции в ткани пациента при выполнении герниопластик. Уменьшалась, а в ряде случаев исчезала необходимость в дренировании послеоперационных ран. Существенно уменьшилось число таких осложнений, как серомы, а в случае возникновения, течение их всегда было не долгим и благоприятным.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ДВУХСЛОЙНЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Чижов Д.В., Шурыгин С.Н.
ГКБ № 12 г. Москва

Одним из направлений развития герниологии является разработка и внедрение в клиническую практику малоинвазивных видеоассистированных вмешательств с использованием синтетических эндопротезов при лечении больных паховыми грыжами. Нами с 2005 года при лечении паховых грыж применяется разработанная нами видеоассистированная методика пластики пахового канала с использованием двухслойной полипропиленовой сетки.

Техника операции: доступ к паховому каналу осуществляется рассечением кожи, подкожной клетчатки, на 2 см выше и параллельно паховой складке. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается в латеральную сторону на 1, 5 см. от внутреннего пахового кольца в медиальную сторону до наружного пахового кольца. Семенной канатик выделяется, берется на держалку. Волокна мышцы, поднимающей яичко пересекаются до уровня внутреннего пахового кольца. Производится обработка грыжевого мешка. Поперечная фасция рассекается на всем протяжении пахового канала от внутреннего его отверстия до наружного края прямой мышцы живота. Далее подготавливается ложе для размещения внутренней пластины эндопротеза с использованием крючков-подъемников «Mini Harvest». Под визуальным контролем 5 мм. лапароскопа поперечную фасцию препаровочным эндоскопическим диссектором отделяют от париетальной брюшины на площади 10 см по вертикали и 15 по горизонтали, формируя таким образом ложе для внутренней пластины двухслойного эндопротеза. Нижний край внутренней пластины эндопротеза фиксируют к связке Купера герниостеплером «Versa Tack» от наружной поверхности апоневротического влагалища прямой мышцы живота до бедренных сосудов. Под контролем лапароскопа располагают внутреннюю пластину эндопротеза в подготовленном ложе и, осуществляя коррекцию расположению пластины по ходу фиксации, фиксируют медиальный край внутренней пластины эндопротеза к влагалищу прямой мышцы живота. Верхний край внутренней пластины эндопротеза фиксируют к поперечной мышце живота и внутренней косой мышце живота одновременно. Латеральный край внутренней пластины не фиксируют. Далее с наружной пластины двухслойного эндопротеза снимают фиксирующие лигатуры, наружную пластину расправляют. Семенной канатик или круглую связку матки располагают в отверстии наружной пластины эндопротеза, фиксируют отдельными швами к паховой связке, апоневротическому влагалищу прямой мышцы живота, внутренней косой мышце живота. Апоневроз наружной косой мышцы живота ушивают непрерывным швом нерассасывающимся шовным материалом.

Видеоассистированная методика пластики пахового канала двухслойным эндопротезом использовалась нами в 37 случаях. В 29 случаях в качестве пластического материала использовалась "тяжелая" полипропиленовая сетка, в 8 случаях - "легкая" полипропиленовая сетка. В послеоперационном периоде отмечены осложнения со стороны раны: Гематома послеоперационной раны выявлена в группе «тяжелых» полипропиленовых сеток в 2 случаях, в группе «облегченных» сеток в 1 случаях, серома послеоперационной раны не наблюдалась, инфильтрат послеоперационной раны в 3 и 1 случае соответственно, нагноений

послеоперационной раны не отмечено, в двух случаях в группе «тяжелых» полипропиленовых сеток мы столкнулись с невралгией в раннем послеоперационном периоде. Во всех случаях разница в группах статистически недостоверна ($\chi^2 = 0,172$ с 1 ст. свободы Р (критерий Фишера) = 0,678 при уровне значимости $\alpha = 0,05$). В позднем послеоперационном периоде в 1 случае в группе «тяжелых» полипропиленовых сеток мы столкнулись с развитием хронической невралгии, в группе «облегченных» сеток явлений невралгии не было (разница не достоверна $\chi^2 = 0,488$ с 1 ст. свободы Р (критерий Фишера) = 0,485). В одном случае отмечено развитие рецидива паховой грыжи после применения «тяжелой» полипропиленовой сетки. Статистически достоверной разницы в двух группах не отмечено ($\chi^2 = 0,014$ с 1 ст. свободы Р (критерий Фишера) = 0,905).

Т.о. опыт применения методики позволяет говорить о хороших непосредственных и отдаленных результатах ее применения и рекомендовать данный способ герниопластики к использованию как альтернативу лапароскопическим герниопластикам и способу Дарци.

ВАРИАНТЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Егиев В.Н., Шрайнер И.В.

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития, Москва

Введение: Одним из ведущих осложнений после лапароскопической пластики паховых грыж является развитие синдрома хронической послеоперационной боли. Международная ассоциация по изучению боли (International Association of the Study of Pain (IASP)) определяет хроническую послеоперационную боль как любую боль, возникшую после операции и продолжающуюся 3 и более месяца. Одной из основных причин формирования хронической боли после лапароскопической герниопластики является повреждение нервов при фиксации скрепками сетчатого протеза. Использование клеевой фиксации позволяет избежать этих повреждений. Нами проведено сравнительное исследование по изучению результатов скрепочной и клеевой фиксации имплантатов при лапароскопической аллопластике пахового промежутка.

Цели исследования: Оценить безопасность клеевой фиксации сетчатого протеза при лапароскопической пластики паховых грыж.

Материалы и методы: С июля 2009 года по декабрь 2011 года в ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития проводится проспективное рандомизированное исследование. На данный момент в исследование включено 70 пациентов с паховыми грыжами, из них 36 пациентов включено в основную группу (фиксация сетчатого протеза клеем), а – 34 в контрольную (фиксация протеза титановыми спиралями). В исследование не включались пациенты с рецидивными паховыми грыжами, пахово-мошоночными грыжами и прямыми грыжами с размером дефекта более 3 см. Исследуемые группы сопоставимы по возрасту ($48,6 \pm 13,8$ и $51,4 \pm 13,5$ лет соответственно), полу (М/Ж – 34/2 и 34/0), диагнозу (односторонняя/двусторонняя грыжа – 26/9 и 25/9, косая/прямая грыжа – 26/18 и 22/21). С учетом двустороннего характера грыж общее количество герниопластик в основной группе составило – 44, в контрольной – 43. Для клеевой фиксации использовался фибриновый клей Тиссукол (14 пациентов, у 3 из них при

двусторонней грыже) и сульфакрилатный клей (30 пациентов, у 6 из них при двусторонней грыже). У всех пациентов мы использовали методику пластики пахового промежутка без выкраивания аллотрансплантата с обширной мобилизацией париетальной брюшины (до уровня подвздошных сосудов). На фиксацию сетчатого протеза размером 15x10 см затрачивалось 2 мл клея. Клеевая фиксация проводилась нанесением капель клея на сетчатый протез с помощью тонкого катетера, введенного через троакар. Клей наносился как на типичные точки фиксации (связка Купера, паховая связка, мышцы), так и на участки сетчатого протеза ниже паховой связки. Тем самым достигалась фиксация всей поверхности сетчатого протеза. При использовании сульфакрилатного клея наступала моментальная фиксация сетчатого протеза, фибриновый клей требовал экспозиции в течение 1-2 минут. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным швом рассасывающейся нитью 3/0. Кроме оценки синдрома хронической послеоперационной боли также оценивалось выраженность острого болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале через 3 ч, 6 ч, 12 ч, 1 сут, 2 сут, 3 сут, 1 неделю после операции.

Результаты: При промежуточном анализе не выявлено статистически значимых различий в количестве интра- и послеоперационных осложнений, продолжительности операций, продолжительности послеоперационного периода. Интраоперационное осложнение встретилось только 1 раз в основной группе – кровотечение из нижней эпигастральной артерии, остановленное прошиванием. В группе клеевой фиксации дважды отмечено попадание сульфакрилатного клея в брюшную полость с развитием выраженного болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Продолжительность операции составила в основной группе: односторонняя герниопластика - $82,4 \pm 30$ мин, двусторонняя герниопластика – $114,4 \pm 12,6$ мин; в контрольной группе: односторонняя герниопластика – $74,8 \pm 38$ мин, двусторонняя герниопластика – $108,0 \pm 28,9$ мин. Продолжительность госпитализации в основной группе составила – $1,03 \pm 0,59$ койко/дней, в контрольной – $1,38 \pm 1,16$ койко-дней. Послеоперационные осложнения выявлены в основной группе – в 2 (5,5%) случаях (1 серома, 1 гематома мягких тканей в области грыжевого выпячивания), в контрольной – в 3 (8,8%) случаях (1 серома, 1 гематома области удаленного грыжевого мешка, 1 нагноение троакарной раны). Различий в выраженности острого болевого синдрома в обеих группах (по ВАШ) выявлено не было: спустя 3 ч - 54,9 и 59,0 баллов; 6 ч - 46,5 и 52,1 баллов; 12 ч - 32,7 и 39,1 баллов; 3 сут - 21,1 и 24,3 баллов, через 1 неделю - 14,4 и 14,7 баллов. Однако в группе клеевой фиксации отмечалось значительное снижение выраженности острого болевого синдрома через 1 сутки (25,0 и 46,0 баллов) и 2 суток (24,4 и 37,4 баллов) после операции. Период наблюдения пациентов после операции составляет от 1 года до 2,5 лет, рецидивов паховых грыж в обеих группах не выявлено. Сохранение хронического послеоперационного болевого синдрома через 3 и более месяцев после операции было отмечено у 2 (5,5%) пациентов в основной группе и у 4 (11,7%) пациентов в контрольной группе.

Заключение: Применение клеевой фиксации при лапароскопической пластике паховых грыж безопасно и не сопровождается увеличением числа рецидивов и послеоперационных осложнений. Использование клеевой фиксации приводит к снижению частоты хронической послеоперационной боли по сравнению с механической фиксацией. Для выявления влияния клеевого способа фиксации сетчатого протеза на качество жизни пациентов проводится дальнейшее исследование с оценкой отдаленных результатов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ С АЛЛОПЛАСТИКОЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ БОЛЬШИХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.

Егиев В.Н., Зорин Е.А., Алещенко В.И.

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Введение. Большие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) остаются достаточно сложной проблемой для хирурга. До сих пор не существует ни точного определения больших ГПОД, ни стандартов их хирургического лечения. Наиболее часто встречающееся в литературе признак ГПОД больших размеров – наличие диастаза ножек диафрагмы более 5 см, при этом грыжа может быть I, II и III типа [1].

По данным мировой литературы процент рецидива после хирургического лечения ГПОД больших размеров варьирует от 1,9 до 42% [2,3]. В 2007 году Rather с соавторами опубликовал результат метаанализа 13 исследований, включающих 965 пациентов перенесших лапароскопическую фундопликацию по поводу ГПОД больших размеров с средним процентом рецидива 25,5%. По причине столь высокого процента рецидива с 2000-х годов стали появляться работы о применении алломатериалов для лечения ГПОД больших размеров. В 2006 году Jonson с соавторами на основании проведенного исследования существующих публикаций (результаты лечения около 2000 пациентов с большими ГПОД) показал положительное влияние применения алломатериала при лечении ГПОД больших размеров [4].

Целью нашей работы провести анализ собственных результатов оперативного лечения ГПОД больших размеров.

Материалы и методы С января 2010 по октябрь 2012 года нами выполнено 58 лапароскопических фундопликаций по поводу ГПОД. В 12 случаях (20%) по поводу ГПОД больших размеров операции были дополнены аллопластикой ПОД. Все фундопликации выполнены по методике Nissen. В 2-х случаях по причине истинно короткого пищевода дополнительно произведено удлинение пищевода (1 - операция Коллиса, 1 – парциальная фундэктомия). В качестве алломатериала использовались: Ultrapro (ETHICON), Proceed (ETHICON), Parietex Composite (COVIDIEN).

Результаты. Среднее время операции с аллопластикой – 130±27 мин (без аллопластики - 75±20 мин). Средний койко-день 1,7±0,4. (без аллопластики 1,2±0,4). 1 осложнение возникло в раннем послеоперационном периоде – несостоятельность скрепочного шва желудка с формированием абсцесса средостенья, прорывом абсцесса в брюшную полость, перитонитом, медиастинитом после выполнения парциальной фундэктомии у пациентки из группы с аллопластикой ПОД. Пациентка трижды повторно оперирована, выписана.

Рецидив при фундопликации с аллопластикой возник в 1 (8,3%) случае через 3 месяца после операции (без аллопластики - в 2 (4,3%) случаях через 6 и 18 месяцев). Пациенты повторно оперированы – выполнена рефундопликация с аллопластикой ПОД.

Заключение. Проведенный анализ собственных результатов показывает возможность и эффективность лапароскопической фундопликации с аллопластикой ПОД при больших ГПОД.

ВЫПОЛНЕНИЕ ФУНДОПЛИКАЦИИ ОДНОМОМЕНТНО С БАНДАЖИРОВАНИЕМ ЖЕЛУДКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

В.Н. Егизев, Е.А. Зорин, И.А. Карев

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва, Россия

Введение: Опирируя грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у пациента с избыточным весом, хирург сталкивается с рядом серьезных технических проблем. Это массивные жировые отложения в области пищеводно-желудочного перехода, больших (иногда гигантских) размеров желудок, большое количество висцерального жира, не позволяющее создать достаточное пространство для манипуляций. Тем не менее, большое количество пациентов с ожирением страдает от симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В 2006 году нами разработан и внедрен комбинированный лапароскопический метод оперативного лечения этой сложной группы пациентов.

Методы: осуществлен ретроспективный обзор всех пациентов с ожирением, оперированных нами с 2006 года. Всего оперировано 265 пациентов (168 женщин) с ожирением и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Как метод лечения ожирения мы использовали лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка, в качестве антирефлюксной операции мы выполняли фундопликацию по Toupet (270°). Средний возраст пациентов составил 38 лет (диапазон 22-62 лет), средний индекс массы тела составлял 39 кг/м² (диапазон 31-51 кг/м²). Мы использовали 4-х троакарную технику. В ходе операции производилась мобилизация ножек диафрагмы, абдоминального отдела пищевода, угла Гиса, малой кривизны и дна желудка. Затем выполнялась задняя крурорафия, проведение манжеты бандажа через канал позади желудка с последующей фундопликацией (270 °) над бандажом. В послеоперационном периоде наблюдению доступен 81% пациентов. Медиана наблюдения составила 27 месяцев.

Результаты: средняя продолжительность операции (лапароскопическая часть) составила 39 минут (24-110 мин). Интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составляет 1,1±0,3 день. Осложнений, связанных с антирефлюксной операцией бы не наблюдали. В течение 1 года наблюдения всем пациентам выполнялась контрольная рентгенография - рецидивов грыжи или рефлюкса не выявлено. Проведена оценка качества жизни по анкете SF-36, выявлено повышение суммарного балла в среднем с 24 до 56 в течение первого года наблюдения. Рецидивов в исследованной группе выявлено не было.

Выводы: - оперативное лечение ГПОД у пациентов с ожирением является сложной задачей для хирурга ввиду анатомических особенностей пациентов с ожирением;

- фундопликация по Toupet 270° является достаточным антирефлюксным механизмом, выполнима и безопасна для пациентов с сочетанием ГПОД и ожирения.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of horizontal dashed lines for taking notes.