



Российская академия медицинских наук
Российский научный центр хирургии
Общество герниологов



МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

АКТУАЛЬНЫЕ

ВОПРОСЫ

ГЕРНИОЛОГИИ

Москва, 9-10 октября 2002

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕРНИОЛОГИИ

Ответственный редактор:
Проф. А.Д. Тимошин

Редакционная коллегия:
д.м.н. А.Л. Шестаков
д.м.г. А.В. Юрасов
к.м.н. Д.А. Федоров

Представлены материалы конференции,
посвященной применению современных технологий
в герниологии.

Основное внимание уделено аллопластическим методам
в герниологии, сочетанным операциям и операциям по поводу
обширных послеоперационных рецидивных грыж.

Москва, 9-10 октября 2002

К ВОПРОСУ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Б.Р. Бабаджанов, Б.Н. Курьязов, Ф.Р. Якубов (г. Ургенч)

Хирургия послеоперационных грыж в своем арсенале имеет многочисленные методики операций, подавляющее большинство которых представляет пластику собственными тканями. При таких операциях в послеоперационном периоде ткани всегда испытывают натяжение, а частота рецидивов достигает 22%. При значительных дефектах передней брюшной стенки закрыть грыжевые ворота собственными тканями не представляется возможным. Это и послужило причиной поиска способов закрытия грыжевых ворот без натяжения собственных тканей с использованием аллопластических материалов.

В данный момент в распоряжении хирургов имеется два материала которые не вызывают реакцию тканей и применяется для закрытия грыжевых ворот. Это полипропилен и политетрафлюорэтилен. Они являются полностью инертными к тканям организма, и не происходит отторжения. Из пропилена изготавливается сетка, которая в короткие сроки прорастает соединительной тканью. Полипропиленовую сетку "Surgimesh" мы использовали в своей работе.

С 1999 по 2001 гг. в нашей клинике прооперированы 102 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Пациенты разделены на две группы. В первой группе больных было 28 пациентов, у которых пластика произведена без натяжения полипропиленовой сеткой. Во вторую группу вошли 74 больных, у которых герниопластика произведена местными тканями. Средний возраст пациентов составил 51 год, среди них 33 мужчины и 69 женщин.

У пациентов первой группы грыжевой мешок вместе с содержимым погружали в брюшную полость и полипропиленовую сетку накладывали на грыжевые ворота. К апоневрозу сетку фиксировали по окружности грыжевых ворот полипропиленовой нитью. Потом ушивали подкожную жировую клетчатку и кожу.

У пациентов второй группы использовали традиционные методы пластики с натяжением.

В первой группе больных послеоперационных осложнений не было. Во первой группе у 3 больных отмечена гематома в ране, у 1 – инфильтрат, рецидивов грыжи не было. При традиционных методиках послеоперационные осложнения встречались чаще: гематома подкожной клетчатки – у 12 больных, инфильтрат – у 8 больных, рецидив грыжи возник у 9 пациентов.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что герниопластика с использованием полипропиленовой сетки может широко применяться с хорошим результатом, а к традиционным методам пластики послеоперационных грыж передней брюшной стенки, следует относиться с осторожностью.

ПОЛИЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Б.Р. Бабаджанов, Ф.Р. Якубов, М.Б. Бабаджанов (г. Ургенч)

Развитие научно-технической отрасли привело к созданию нового поколения лазерных и плазменных установок и внедрению их в хирургическую практику. Наряду с высокоинтенсивными лазерами, в хирургии широкое распространение получили и низкоинтенсивные, — а точнее терапевтические лазеры, обладающие противовоспалительными, иммуностимулирующими, анальгезирующими свойствами, стимулирующие репаративные процессы.

Целью работы стало улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, путём применения высоко- и низкоинтенсивного лазера.

Проанализированы результаты хирургического лечения 87 больных с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 23 до 75 лет. Из них 28 мужчин и 59 женщин.

Первую группу составили 43 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у которых при операции и в послеоперационном периоде использовали высоко- и низкоинтенсивные лазеры. Во вторую группу включены 44 больных, которым операцию проводили без применения лазеров. Группы были сопоставимыми по возрасту, полу, тяжести основной и сопутствующей патологии. Больше половины (48 больных) были в трудоспособном возрасте (от 23 до 45 лет). Соотношение сельских и городских жителей составило 2:1.

Послеоперационные вентральные грыжи огромных размеров (больше 25 — 30 см) наблюдались у 52 больных, причем у большинства больных были многокамерные грыжи. Чаще всего грыжи локализовались в области белой линии живота (78), реже в правом подреберье (6) и у 3 больных — в левом подреберье.

В первой группе применяли полилазерное облучение. Термин "полилазерное облучение" означает применение двух и более лазеров в процессе лечения у одного пациента. После иссечения кожи, дальнейшие этапы операции выполняли высокоинтенсивным СО₂ лазером. Это позволило предотвратить кровотечение, образование гематомы и дальнейшее нагноение операционной раны. В послеоперационном периоде наружное лазерное облучение проводили с помощью аппарата "УЗОР" в импульсном режиме, методом сканирования скоростью 0,5 — 0,6 см/сек, по всей поверхности раны 3 — 5 минут, продолжительность курса лечения составила 5 — 7 дней.

Исследования показали, что при применении полилазерного облучения несколько сокращается число послеоперационных осложнений, в отличие от традиционного метода. В первой группе было 1 нагноение раны и 2 рецидива грыжи. При традиционном методе лечения наблюдали 5 нагноений ран, у 12 больных возникли лигатурные свищи и у 8 — рецидив грыжи.

Таким образом, изучение результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж показало, что применение лазерного скальпеля позволяет сократить количество послеоперационных осложнений. Послеоперационное полилазерное облучение активизирует иммунную систему, что способствует к сокращению сроков пребывания больных в стационаре 1,5 раза.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

В.И. Белоконев, А.А. Сूपильников (г. Самара)

Закрытие грыжевых дефектов при послеоперационных вентральных грыжах (ПВГ) в настоящее время с успехом решается с помощью способов ненатяжной пластики с использованием синтетических имплантатов. Для оценки эффективности хирургических методик важное значение имеет изучение отдаленных результатов их применения.

Методом случайной выборки было выделено 250 больных, пролеченных по поводу ПВГ в разных стационарах города. У 103 больных выполнена пластика ПВГ комбинированным способом с использованием полипропиленового трансплантата, у 30 больных – комбинированным способом с применением аутокожи, у 91 пациента – по Янову, местными тканями грыжевой дефект был закрыт у 30 больных. Сроки наблюдения составили от 1 до 11 лет.

Из 250 высланных анкет ответ получен от 114 (45,6%) больных. Возраст опрошенных больных составил от 20 до 84 лет. Анкета содержала вопросы, направленные на выявление рецидива грыжи, поздних осложнений, а также тесты по качеству жизни. Из 114 полученных анкет способ Янова применен у 37 пациентов, рецидивы составили 16,7% (у 19 больных), выявлено также 5 (4,3%) рецидивов у больных, оперированных комбинированным методом, с использованием аутокожи в качестве трансплантата. У 58 ответивших на анкеты пациентов, оперированных комбинированным способом с использованием полипропиленового трансплантата, рецидивов не выявлено. Рецидивы грыжи выявлены у 4 (3,5%) пациентов после пластики ПВГ местными тканями (на анкеты ответили 8 пациентов).

На вопросы по качеству жизни ответили 70 больных. У 25 пациентов интегральный показатель качества жизни улучшился, у 31 больного – не изменился, у 14 больных – ухудшился. Качество жизни улучшилось у 20 пациентов после пластики ПВГ комбинированным способом и у 5 больных после операции по Янову.

Снижение интегрального показателя качества жизни отмечено у 9 больных после пластики ПВГ по Янову. Причинами были появление грыжи новой локализации (5 пациентов), сопутствующая патология (ожирение IV степени, заболевания сердечно-сосудистой системы, сексуальные нарушения).

Таким образом, отсутствие рецидивов и улучшение качества жизни больных после пластики ПВГ комбинированным способом с применением полипропиленового трансплантата, позволяют говорить о преимуществе этого метода перед закрытием грыжевого дефекта по Янову, местными тканями, а также с использованием в качестве трансплантата аутокожи.

ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБОРА СПОСОБА ПЛАСТИКИ И ОБЪЕМА ВНУТРИБРЮШНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ

В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин, С.В. Нагапетян,
О.А. Пономарев, Р.И. Кочетков (г. Самара)

Оперативное лечение больных с грыжами относится к сложным проблемам абдоминальной хирургии. Полное представление о патогенезе заболевания позволило сформулировать основной принцип закрытия грыжевых дефектов – выполнение пластики без натяжения. Эта задача с успехом может быть решена только с помощью трансплантатов. Современные пластические материалы (полипропиленовая сетка, политетрафторэтилен) обладают свойствами, позволяющими добиться приживления эксплантата даже в условиях гнойной раны. В связи с этим тезис о том, что при грыжесечении не должны выполняться какие-либо другие вмешательства, кроме пластики, уходит в прошлое. Осознание этого положения позволяет рассматривать операции у больных с грыжами как реконструктивные вмешательства на брюшной стенке и органах брюшной полости.

Цель исследования – разработать алгоритм объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости и брюшной стенке у больных с грыжами.

Проведен анализ лечения 282 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Мужчин было 51 (18,1%), женщин – 251 (81,9%) в возрасте от 30 до 82 лет. Грыжи средних размеров были у 40 (14,2%) пациентов, больших – у 139 (49,3%), огромных – у 46 (16,3%), гигантских – у 57 (20,2%). При помощи клинических, рентгенологических, ультрасонографических методов и КТ патология органов брюшной полости у больных с грыжами была выявлена у 111 (39,4%) пациентов. ЖКБ имела место у 30 (10,6%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 5 (1,8%), заболевания матки с придатками (фиброма, кисты яичников с явлениями пролиферации) – у 10 (3,5%), опухоли брюшной полости – у 3 (1,1%), кишечные свищи – у 4 (1,4%), спаечная болезнь – у 55 (19,5%) пациентов. Всем больным с грыжами, у которых была выявлена внутрибрюшная патология, выполняли симультанные операции. Характер их указан в таблице 1. У многократно оперированных по поводу рецидивов грыж в обязательном порядке выполняли превентивную аппендэктомию. Нередко у одного больного проводили несколько симультанных операций.

Таблица 1

Симультанные операции у больных с послеоперационными
вентральными грыжами.

Характер симультанных операций	Количество	%
Холецистэктомия	30	12,9
Холедохолитотомия	5	2,2
Резекция желудка	1	0,4
Стволовая ваготомия с пилоропластикой	4	1,7
Закрытие кишечных свищей	4	1,7
Ампутация матки с придатками	8	3,4
Удаление кист яичника	2	0,9
Фундопликация	1	0,4
Дренирование кист печени	1	0,4
Удаление опухоли брюшной полости	3	1,3
Резекция сальника	36	15,5
Рассечение спаек	44	19,0
Резекция тонкой кишки	11	4,7
Аппендэктомия	15	6,5
Иссечение жирового фартука	17	7,3
ИТОГО:	232	100

По окончании внутрибрюшного этапа операции пластику брюшной стенки выполняли комбинированным способом с использованием полипропиленового эксплантата по 1 или 2 варианту. При этом 1 вариант был возможен у больных с размерами грыжевых ворот до 15 см и выполнен у 269 (95,4%) пациентов. Вариант 2 (при грыжевых воротах более 15 см) использован у 13 (4,6%) пациентов. Показанием к пластике передней брюшной стенки комбинированным способом считаем грыжи средних размеров с грыжевыми воротами более 5 см в наибольшем диаметре.

Все 282 пациента перенесли вмешательства, несмотря на обширные объемы оперативного пособия. Выписан 281 больной, умерла 1 (0,3%) больная с ожирением IV степени, оперированная на фоне острой кишечной непроходимости на 4 сутки после операции. 1 (0,3%) больной умер после выписки от тромбоэмболии легочной артерии. Без раневых осложнений выписан 271 (96,1%) пациент, повторно оперировано 7 (2,5%) больных в связи с развитием асептического некроза подкожной клетчатки, но у них так же удалось добиться первичного заживления ран, у 4 (1,4%) больных возник ог-

раниченный некроз кожи, повторно оперирована 1 больная в связи с развитием острой спаечной кишечной непроходимости. В отдаленные сроки образование кожного свища, сообщающегося с трансплантатом отмечено у 4 (1,4%) больных, что потребовало их удаления, но без разрушения пластики. Рецидивов грыж на месте вшитого имплантата не было. Образование новых грыж вне зоны операции имело место у 3 (1,1%) пациентов. Все они были оперированы с положительным результатом комбинированным способом с использованием полипропиленовой сетки.

Таким образом, результаты нашей работы позволяют утверждать, что симультанные операции, выполненные у больных с послеоперационными вентральными грыжами одновременно с пластикой передней брюшной стенки комбинированными способами, не ухудшают результаты пластики, а, наоборот, способствуют радикальному излечению больных.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

А.Е. Борисов, С.Е. Митин (г. Санкт-Петербург)

Количество методов и способов оперативного лечения паховых грыж (самой частой хирургической патологии) с каждым годом увеличивается. Отдельные авторы приводят превосходные результаты внедрения своих "новых" методов лечения. Однако, по сводным статистикам больших городов и регионов, современное состояние герниологии не столь радужное. Это касается и плановой санации грыженосителей (свыше 30-40% больных оперируются в экстренном порядке), и результатов плановых герниопластик (рецидивы от 5 до 19% при простых грыжах и от 15 до 46% при сложных).

Несмотря на то, что последние 15 лет в США и Европе основным методом оперативного лечения паховых грыж (70-80%) стал "нелатяжной" метод, в большинстве лечебных учреждений нашей страны до сих пор продолжают широко использоваться методы герниопластики местными тканями. Более того, в некоторых клиниках упорно применяются различные методы укрепления передней стенки пахового канала, хотя ещё на Тульской конференции хирургов 1984 года было указано на порочность этой методики.

По объективным и субъективным причинам отсутствуют единый реестр больных грыженосителей, стандарты или протоколы оперативного лечения, нет научно-методологических центров герниологии. Поэтому внедрение новых передовых технологий происходит порой волюнтаристски, что ведёт к дискредитации перспективных методов лечения паховых грыж (открытые и лапароскопические "нелатяжные" операции). Это относится и к амбулаторному лечению паховых грыж в тех поликлиниках, в которых отсутствуют условия для краткосрочной госпитализации больных.

Отсутствует единая общепризнанная классификация грыж, поэтому одни и те же термины трактуются по-разному. Это касается таких понятий, как: простые, сложные, осложнённые, сочетанные и комбинированные грыжи.

Диагностика грыж неоправданно упрощена, а специальные методы, такие как ультразвуковое исследование, герниография и герниоскопия, применяются лишь в отдельных клиниках.

В настоящее время нарушена система диспансеризации населения, что ведёт к неудовлетворительной плановой санации грыженосителей, отсюда большой процент сложных форм. По этой же причине позорно высокой является частота ущемлённых грыж.

Для решения выше указанных проблем в ближайшее время необходимо проведение ряда мероприятий как методологического, так организационно-административного характера.

1. Создание герниологических центров на базе клиник учебных медицинских учреждений и общехирургических отделений обладающих наибольшим опытом оперативного лечения паховых грыж.

2. Отработка единого реестра учета и наблюдения за больными с грыжами и перенесшими операции по поводу грыж.

3. Создание и утверждение протоколов по лечению больных с грыжами.

4. Усовершенствование учебных программ сертификационного цикла "хирургия" с учётом последних достижений герниологии.

5. Провести совместную работу с производственными фирмами по выпуску современных отечественных инструментов и материалов для герниопластики, не уступающих по качеству зарубежным аналогам.

Решение проблем современной герниологии является важнейшей социальной задачей, которую необходимо решать в рамках государственной программы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе (г. Санкт-Петербург)

В последние годы для укрепления задней стенки пахового канала широко стала использоваться полипропиленовая сетка. Ее использование, в основном, при сложных формах паховых грыж мы начали с 1996 года. За 5 лет нами оперировано 108 больных в возрасте от 32 до 82 лет, из которых мужчин было 92, женщин – 16. У 58 больных были первичные большие и гигантские грыжи, у 26 – скользящие и у 24 – рецидивные паховые грыжи. Правосторонние грыжи были у 83 и левосторонние – у 25 пациентов.

У всех больных были сопутствующие заболевания: ИБС и атеросклеротический кардиосклероз (81), ожирение (38), хронический бронхит (62), неврологические заболевания (24), сахарный диабет (29). Почти все операции проводились под эндотрахеальным наркозом и только у 8 больных – под местной анестезией.

После выделения грыжевого мешка, его перевязки и отсечения (при косых грыжах) или погружения в брюшную полость (при прямых), произво-

дили ушивание поперечной фасции по Иоффе. Затем выкраивали из полипропиленовой сетки эндопротез нужной формы и величины с отверстием для семенного канатика. Далее фиксировали эндопротез узловыми швами из нерассасывающихся нитей к лонному бугорку, к паховой связке и к внутренней косой мышце живота. Над семенным канатиком ушивали апоневроз отдельными швами. Активное дренирование остаточной полости осуществлялось в течение суток. Вставать разрешали в день операции. При пластике применяли полипропиленовые сетчатые эндопротезы Prolene фирмы Ethicon, которые обладают инертностью, биосовместимостью, резистентностью к инфекции, механической прочностью.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. Время пребывания в стационаре составило от 2 до 7 суток.

Отдалённые результаты прослежены нами у 87 больных в сроки от 1 до 3 лет. Рецидивов не выявлено.

Таким образом, герниопластика без натяжения местных тканей по Lichtenstein с использованием полипропиленовой сетки технически проста и малотравматична, даёт хорошие ближайшие и отдалённые результаты. Она с успехом может использоваться при трудных формах паховых грыж.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.Е. Борисов, В.П. Акимов, А.К. Рыбкин (г. Санкт-Петербург)

Использование эндоскопической техники в лечении грыж осуществляется в основном только при паховых и бедренных грыжах, а при грыжах другой локализации — крайне редко. Возможность применения эндовидеохирургических методик при грыжах спигелиевой линии, пупочных, параумбиликальных, белой линии живота многие хирурги оценивают скептически.

Нами разработан и апробирован метод эндовидеохирургически ассистированной герниопластики, который позволяет менее травматично и более эффективно выполнять операции при редких формах вентральных грыж.

Операция начинается с диагностической лапароскопии с применением боковой оптики. Место введение лапароскопа и манипулятора зависит от локализации грыжи. После вправления грыжевого содержимого, если это возможно, осматривается грыжевой мешок, выполняется диафаноскопия, что помогает у тучных больных точно выйти на грыжу из оптимального разреза на передней брюшной стенке. Затем выполняется пластика грыжевых ворот с иссечением грыжевого мешка или, не вскрывая последний при небольших грыжах. В последнем варианте после снижения давления CO₂ до 4 — 5 мм рт.ст. (для снижения напряжения мышц передней брюшной стенки) лапароскопически контролируем движения иглы для предупреждения повреждения внутренних органов. По данной методике нами оперировано 12 больных по поводу грыжи спигелиевой линии с хорошими непосредственными

и отдаленными (до 21 месяца) результатами. В 3 случаях мы использовали ассистированную лапароскопию при паховых грыжах, когда во время традиционной операции возникло подозрение на наличие скользящей грыжи. Это позволило уточнить диагноз, исключить повреждение "скользящего" органа и обеспечило надежный визуальный контроль правильного расположения и расправления сетчатого трансплантата при герниопластике по Лихтенштейну.

Таким образом, использование лапароскопии позволяет уточнить локализацию, размер и содержимое грыжи, выяснить характер сопутствующей патологии органов брюшной полости. Осуществить надежную герниопластику при минимальном разрезе на брюшной стенке и травматизации тканей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

А.П. Власов, В.К. Константинов, С.Н. Земсков, О.Ю. Рубцов, Ю.П. Степанов
(г. Саранск)

За последние пять лет в клинику факультетской хирургии с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости поступило 9486 больных, из них 592 с ущемленными грыжами различных локализаций, что составляет 6,2%. Мужчин было 389 (65%), женщин – 203 (35%). Преобладали больные с ущемленными паховыми грыжами. Так, в наших наблюдениях у 367 (62%) больных были ущемленные паховые грыжи, у 108 (18,2%) – бедренные, у 65 (11%) – пупочные, у 25 (4,2%) – белой линии живота, у 27 (4,6%) больных – послеоперационные.

Оказалось, что из 367 больных с ущемленными паховыми грыжами правосторонняя локализация отмечена у 220 (60%), левосторонняя – у 147 (40%). У пациентов с ущемленными бедренными грыжами правостороннее расположение было у 69 (63,8%), левостороннее – у 39 (36,2%) наблюдений. Ущемленные грыжи встречались у лиц различных возрастных групп – от 25 до 75 лет, а чаще (у 426 (72%)) у пациентов трудоспособного возраста.

Среди причин, влияющих на исход хирургического лечения больных с ущемленными грыжами, большое, а порой определяющее значение имел фактор времени. Статистика подтвердила, что чем меньше прошло времени с момента ущемления до поступления в хирургический стационар, тем благоприятнее результаты оперативного лечения. Так, в клинику за 5 лет позже 24 часов поступили 106 (17,9%) больных, у которых эффективность хирургического лечения оказалась наименьшая. На результаты влияли наличие у больных сопутствующих заболеваний, а также вид и характер ущемления.

Наиболее часто ущемлялись тонкая кишка – у 254 (43%) больных, петли тонкой кишки и большой сальник – у 126 (21,2%), большой сальник – у 165 (27,8%), другие органы (слепая кишка, поперечно-ободочная, сигмовидная ободочная кишки, тонкая и толстая кишка, мочевого пузыря, предбрюшинная липома) – у 47 (8%) больных.

Оперировано 536 (90,5%) больных с ущемленными грыжами различных локализаций, не оперировано – 56 (9,5%). При ущемленных паховых грыжах наиболее часто применяемыми способами хирургического лечения были пластика пахового канала по По-стемпски – у 207 (56,9%); по Мартынову – у 130 (35,4 %). Другие способы (пластика по Жирару-Спасокукоцкого-Кимбаровскому и др.) применены у 28 (7,7%) больных. При ущемленных бедренных грыжах пластика грыжевых ворот по Бассини выполнена у 107 (99,1%) больных, грыжесечение без пластики грыжевых ворот произведено в 1 (0,9%) случае. При ущемленных пупочных грыжах у 30 (46%) больных пластику передней брюшной стенки проводили по способу Мейо, у 24 (37%) – по Сапезко и у 11 (17%) – местными тканями. При грыжах белой линии живота у 8 (32%) больных выполнена пластика передней брюшной стенки по Мейо, у 17 (68%) – местными тканями. При послеоперационных грыжах у 25 (92,5%) больных производилась пластика грыжевых ворот местными тканями, у 2 (7,5%) – применена аллопластика.

Из 18 больных с некрозом кишки 17 выполнена резекция тонкой кишки, одной больной резекция сигмовидной ободочной кишки.

Из 536 больных, оперированных с ущемленными грыжами, в послеоперационном периоде умерли 16 (2,7%). Причинами смерти у 9 больных был перитонит, у 5 – сердечная недостаточность, у 2 – пневмония. Из 56 не оперированных больных летальный исход отмечен в одном случае.

Безусловно, предрасполагающим фоном в танатогенезе явились синдромы эндогенной интоксикации, регенераторно-пластической недостаточности, которые при прогрессировании влекли за собой быструю депрессию систем жизнеобеспечения организма и были обусловлены, как отмечено выше, поздним поступлением больных в хирургическое отделение и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Результаты подтверждают чрезвычайную важность профилактики ущемления грыж путем улучшения санитарно-просветительной работы среди населения, диспансерной работы хирургических кабинетов поликлиник и медсанчастей, что позволит проводить плановую санацию грыженосителей, особенно лиц пожилого и старческого возраста.

АМБУЛАТОРНАЯ ГЕРНИОЛОГИЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.В. Воробьев, К.В. Новиков, А.С. Лисицын, Н.К. Феодориди, В.Н. Строй, А.А.Барков (г. Санкт-Петербург)

Хирургическое лечение паховых грыж в амбулаторных условиях в развитых странах мира осуществляется у 18 – 36% больных от общего числа пациентов с данной патологией. Наши расчеты показывают, что на сегодняшнем этапе развития "большой амбулаторной хирургии" в круп-

ных городах России удельный вес этой группы может быть не менее 40%. Соотношение же числа герниологических больных, подлежащих лечению в амбулаторных условиях и в специализированных стационарах, может составить 3:2.

Обоснованность такого разделения потоков подтверждается результатами хирургического лечения пациентов с наружными грыжами живота в условиях Центров амбулаторной хирургии, а также психологическим и экономическим эффектами, которые при этом достигаются.

Необходима тщательная разработка системы организации хирургической службы практического здравоохранения, обеспечивающей формирование адресного направления герниологических больных в соответствующие амбулаторные и стационарные специализированные учреждения.

В клинике амбулаторной хирургии и на её базах – Центрах амбулаторной хирургии Санкт-Петербурга – в течении последних 10 лет накоплен опыт работы с больными этого профиля. Отработаны принципы отбора пациентов, сформулированы противопоказания для лечения в амбулаторных условиях. Используются современные подходы, позволяющие снизить послеоперационный болевой синдром. После операции ни одному больному не было необходимости использовать не только наркотические средства, но и сильные ненаркотические анальгетики.

К настоящему времени изучено более 700 способов и методик, предложенных за последние 100 лет для хирургического лечения паховых грыж. Некоторые из них выполняются в соответствии с оригинальным описанием. Чаще всего, в зависимости от топографо-анатомических условий, используются отдельные их элементы. Проанализировано более 5000 операций по поводу паховых грыж. Число рецидивов заболевания составило менее 2%, а осложнений – около 1% (нагноений – 0,4%). В клинике используются только открытые методики герниопластики без натяжения тканей.

Опыт лечения больных с паховыми грыжами в амбулаторных условиях свидетельствует о перспективности не только самого направления в системе хирургической службы, но и выделения его в самостоятельную ветвь общей хирургии. Этим разделом должны заниматься опытные герниологи в специализированных герниологических Центрах.

В Санкт-Петербурге в декабре 2001 года начал работать Центр амбулаторной герниологии, в котором продолжается совершенствование и дальнейшая отработка принципиальных вопросов организации всех звеньев деятельности такого учреждения и практического использования достижений герниологии.

С целью координации деятельности хирургов в этом важном разделе хирургии и серьезного улучшения качества оказания помощи больным с наружными грыжами живота назрела настоятельная необходимость в создании в России и, прежде всего, в крупных городах, Общества герниологов. Эта организация, базируясь на ведущих учебно-методических учреждениях страны и соблюдая единую концепцию и идеологию, смогла бы внести существенный вклад в хирургическую науку.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В КЛИНИКАХ ТВМедИ

Е.Л. Гафгер, Е.А. Бабяк, В.М. Воробьев, В.А. Бауэр
(г. Томск)

Освоение нового метода лечения наружных грыж живота – эндоскопической герниопластики – начато в клинике военно-полевой хирургии Томского военно-медицинского института с апреля 1998 года.

Показанием к выполнению эндоскопической герниопластики считали наличие паховой или бедренной грыжи, рецидивной паховой грыжи. В качестве противопоказаний расценивали невозможность проведения общей анестезии и создания пневмоперитонеума, гигантские и невосправляемые паховые грыжи, наличие спаечного процесса в нижнем этаже брюшной полости. Ущемление расценивали как относительное противопоказание.

За период с 28 апреля 1998 года по 1 января 2002 года выполнено 234 лапароскопические герниопластики по поводу паховых и бедренных грыж. Средний возраст пациентов составил 44 года (от 16 до 82 лет). Среди пациентов, прооперированных по поводу паховых грыж преобладали лица мужского пола (75,6%), среди прооперированных по поводу бедренных грыж – женского (98,3%). Оперативные вмешательства выполнены по методике трансабдоминальной предбрюшинной пластики сетчатым протезом с использованием методических разработок городского центра лапароскопической хирургии Елизаветинской больницы г. Санкт-Петербурга. Из общего числа прооперированных больных у 42 (17,9%) грыжи носили двусторонний характер, 35 (14,9%) больных прооперированы по поводу рецидивной грыжи. Интраоперационных внутрибрюшных осложнений не наблюдалось. У одного больного со скользящей грыжей стенки мочевого пузыря выполнено выделение стенки и открытое ушивание наружного пахового кольца из разреза кожи над ним длиной 4 см.

В послеоперационном периоде назначения наркотических анальгетиков не требовалось, средняя продолжительность пребывания больных на койке после операции – 4,0 суток. Все больные осматривались на 10-е сутки, оценивалось течение ближайшего послеоперационного периода.

Гнойных осложнений не было. У 6 (2,5%) больных отмечены серомы, в основном после паховомошоночных грыж, у 1 (0,4%) – гематома, разрешившаяся на фоне консервативного лечения. Рецидив зафиксирован у 10 (4,3%) пациентов, все эти пациенты оперированы в течение первого года освоения методики. Восстановление полной работоспособности отмечено на 10 – 15 сутки после операции (при неосложненных формах грыж).

Таким образом, анализ проведенной работы позволяет сделать вывод о преимуществах этого метода операции, при наличии одинаковых показа-

ний, по сравнению с традиционными методами герниопластики. Теперь, рассматривая эндоскопическую герниопластику как перспективную малоинвазивную технологию, предполагаем ее внедрение в амбулаторно-поликлинических условиях.

ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ И БЕЗ НИХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов
(г. Москва)

Проанализирована хирургическая тактика у 262 больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, находившихся на лечении в отделении пластической хирургии Института хирургии им.А.В.Вишневского РАМН. У 138 больных были большие и гигантские грыжи, у 124 – малые и средние послеоперационные грыжи. При больших и гигантских грыжах значительно чаще (46,1%) прибегали к комбинированному методу пластики передней брюшной стенки с использованием эндопротезов из полипропилена – Prolene (Ethicon) и лавсана – ПОСМ-4 (Россия), чем при малых и средних грыжах (21,5%), где у подавляющего большинства (78,5%) была выполнена аутопластика.

В отдаленные сроки у больных большими и гигантскими грыжами в 9 наблюдениях отмечены рецидивы грыж. Среди больных, оперированных аутопластическим способом, рецидивы грыж возникли в 7 (10,1%) наблюдениях, и только в 2-х – после комбинированного способа (3,4%). Рецидивы возникли у больных, у которых был применен лавсановый эндопротез. Причиной рецидива у этих больных послужил разрыв лавсанового протеза из-за его биодegradации. Рецидивов у больных, которым применили протез Prolene, не было. Летальность после грыжесечений у больных с большими и гигантскими грыжами составила 2,2% (3 больных).

У больных с малыми и средними грыжами после аутопластического способа в 2-х наблюдениях (2,1%) наступил рецидив. При использовании сетчатых эндопротезов рецидив не отмечен.

Большое число рецидивов, возникших после применения аутопластического способа у больных с послеоперационными грыжами, указывает на неадекватность данной методики применительно к дефектам брюшной стенки.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что комбинированный способ пластики с использованием сетчатого протеза из полипропилена Prolene, позволяющий успешно ликвидировать обширные дефекты, обеспечивающий хорошие непосредственные и отдаленные результаты, является методом выбора при лечении больных с послеоперационными грыжами.

НОВЫЙ МЕТОД ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СИСТЕМЫ (PHS)

Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов (г. Москва)

Пластика "без натяжения" за последние годы стала золотым стандартом в хирургии паховых грыж.

Целью данного сообщения является представление предварительного опыта применения нового метода паховой герниопластики с применением имплантата "Проленовая система" (PHS) фирмы Ethicone, лишенного недостатков других известных методов герниопластики без натяжения, в то же время, сочетающего в себе их преимущества. Проленовая система состоит из трех компонентов: 1) задний лепесток эндопротеза располагающийся позади поперечной фасции подобно сетке при лапароскопическом методе, 2)соединяющий цилиндр, закрывающий грыжевые ворота наподобие пробки, 3) передний лепесток эндопротеза, располагающийся под апоневрозом наружной косой мышцы живота, подобно сетке, при методе Лихтенштейна. Система изготовлена из высокопористого полипропилена и обеспечивает хорошее врастание соединительной ткани. Она может использоваться для пластики всех типов паховых грыж.

С мая 2001 г в Институте хирургии им.А.В.Вишневского РАМН с использованием Проленовой системы было оперировано 15 пациентов с первичными и рецидивными паховыми грыжами. Возраст больных колебался от 42 до 73 лет. У 10 больных грыжи были первичными, у – 4 рецидивными, у 1 пациента – многократно рецидивной. В 11 наблюдениях грыжи были косыми, в 3 случаях – прямыми и в 1 наблюдении грыжа была комбинированной. У 14 больных операции выполнили под местным обезболиванием и только в 1 наблюдении – под наркозом.

Результаты вмешательств оценены как отличные. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. Контрольный осмотр проводили через 1 месяц после операции и в последующем – через каждые 3 месяца. Рецидивов не отмечено. Все пациенты смогли вернуться к своей обычной физической активности через 1 – 2 недели после операции.

Простота использования системы PHS и достигнутые результаты свидетельствуют о перспективности данного метода герниопластики, явившегося серьезным шагом на пути дальнейшего совершенствования способов открытой пластики паховых грыж "без натяжения".

ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С ПЛАСТИКОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПО NYLUS ПРИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖАХ

Б.С. Данзанов, Е.Н. Цыбиков (г. Улан-Удэ)

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что интерес к проблеме лечения паховых и бедренных грыж не ослабевает, так как частота ре-

цидивов после операции колеблется от 5.4 до 21 %, при прямых от 11-37 % и при рецидивных грыжах от 13 до 42 %.

К причинам рецидивов, помимо технических погрешностей, осложнений при заживлении операционной раны и ранней физической нагрузки, следует отнести недостаточную патогенетическую обоснованность традиционных пластик местными тканями.

Среди способов устранения паховых и бедренных грыж заслуживает внимание методика Nyhus (1967), которая имеет ряд преимуществ. Мы несколько видоизменили этот метод. Разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 8-10 см производим в подвздошной области, начиная от срединной линии выше лона на 4 см по направлению к передней подвздошной ости. Рассекаем переднюю стенку прямой мышцы живота, апоневроз наружной косой мышцы. Внутреннюю косую и поперечную мышцы живота разводим тупым путем. После рассечения поперечной фасции ее тупо отслаиваем от брюшины по направлению к грыжевым воротам и обнажаем предбрюшинное пространство. Пластику задней стенки пахового канала при паховых грыжах выполняем путем подшивания края поперечной мышцы и дубликатуры поперечной фасции к паховой связке двумя – тремя швами, а при прямой паховой грыже медиальным швом захватывается связка Купера и наружный край влагалища прямой мышцы живота. При бедренной грыже подшиваем паховую связку к надкостнице лонной кости двумя – тремя швами. Во всех случаях предварительно выделяем грыжевой мешок тупым путем и отсекаем после прошивания. Операционную рану послойно ушиваем без образования дубликатуры. При ущемленных грыжах при традиционном грыжесечении приходится рассекать ущемляющее кольцо, при необходимости выполнять резекцию кишечника и большого сальника. При узких грыжевых воротах выполнение этих процедур крайне затруднительно. Еще труднее провести вправление в брюшную полость межкишечного анастомоза с сохранением целостности его швов. Описанный метод эти отрицательные моменты полностью исключает. Нами оперированы больные с косыми паховыми грыжами (21), с прямыми (19), с бедренными (13), с рецидивными (25), с ущемленными (9).

В раннем послеоперационном периоде были 2 рецидива грыжи в период освоения методики под местным обезболиванием. После этого мы исключили применение местного обезболивания в чистом виде. Отек мошонки наблюдался у 2х больных, который со временем рассасался.

Таким образом, преперитониальное грыжесечение с пластикой задней стенки грыжевых ворот по Nyhus является патогенетически обоснованным, технически простым оперативным вмешательством, показанным при всех видах паховых и бедренных грыж (ущемленных и не ущемленных).

ПОКАЗАНИЯ К МИОПЛАСТИКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У МУЖЧИН

С.В. Дергачев, А.С. Лисицын, А.Ю. Поляков
(г. Санкт-Петербург)

Проблема пластики пахового канала при различных видах паховых грыж сохраняет свое значение, на что указывает большое число предлагаемых новых способов укрепления его стенок. Особую актуальность она приобретает в настоящее время в связи с развитием амбулаторной герниохирургии, в концепции которой существует акцент на широкую санацию грыженосителей с использованием наиболее простых и надежных приемов пластики.

В течение 7 лет (1995-2001гг.) в хирургическом стационаре краткосрочного пребывания Диагностического центра № 85 Санкт-Петербурга оперирован 241 больной с паховыми грыжами (мужчин 215, женщин 26).

Из 215 мужчин косые грыжи были у 109 (50,7%), прямые – у 77 (35,8%), рецидивные – у 29 (13,5%). Необходимость дополнительных мер по укреплению задней стенки пахового канала из-за практически полного разрушения поперечной фасции возникла у 22 человек, что составило 10,2%. Среди этих больных косая грыжа была у 11, прямая у 8, рецидивная у 3 пациентов.

После реконструкции остатков поперечной фасции, не создававшей уверенности в её надежности, мы прибегали к миопластике задней стенки пахового канала. При этом выкраивались два фасциально-мышечных лоскута из проксимального отдела фасциально-мышечных оболочек семенного канатика, которые подшивались к задней стенке по разработанной нами методике, изложенной в практическом руководстве для врачей "Специализированная амбулаторная хирургия" (СПб, 1999, стр.201-220). При этом передний лоскут как бы воссоздавал связку Гессельбаха, а задний – поперечную фасцию.

Получены хорошие результаты практически у самой сложной группы больных, прослеженные от 1 до 7 лет. Ни у одного из них рецидива не выявлено, что позволяет нам рекомендовать использовать предложенный дополнительный прием для укрепления задней стенки пахового канала – миопластику пахового промежутка, – в следующих ситуациях: при всех видах паховых грыж с выраженными дегенеративными изменениями тканей пахового канала; при широком паховом промежутке, а также у лиц, вынужденных заниматься тяжелым физическим трудом после операции.

В настоящее время нами изучаются возможности использования миопластики пахового промежутка для выполнения ненатяжной герниопластики у пожилых больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ФИРМЫ "ЭТИКОН" В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Ю.Е. Кармазов, Р.Д. Ибатуллин, А.Г. Сауткин
(г. Челябинск)

В хирургическом отделении МУЗ ГКБ №6 г.Челябинска в период с февраля 2000 года по апрель 2002 года выполнено 37 герниотомий по поводу паховых грыж с пластикой пахового канала по Лихтенштейну с использованием сетчатого полипропиленового протеза фирмы "Этикон". Все оперированные пациенты мужчины, средний возраст которых составил 53 года (от 24 до 77 лет). 19 (51%) оперированных пациентов составили лица трудоспособного возраста. Первичные грыжи наблюдались у 33 (89%) больных, рецидивные — у 4 (10%) больных, двусторонние — у 2-х больных. В 25 (68%) наблюдениях грыжи были косые, в 12 (32%) наблюдениях — прямые. 36 (97%) пациентов оперированы в плановом порядке, 1 (3%) пациент оперирован экстренно по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи.

Большинство операций по методу Лихтенштейна мы выполняем под местной анестезией. При рецидивной грыже отдаем предпочтение эндотрахеальному наркозу. При косой паховой грыже выделяем, перевязываем и отсекаем грыжевой мешок, при прямой грыже считаем допустимым погружение грыжевого мешка в брюшную полость. Во всех случаях ушиваем поперечную фасцию по Иоффе, что, по нашему мнению дополнительно укрепляет заднюю стенку пахового канала и при прямой паховой грыже облегчает размещение проленовой сетки под семенным канатиком. Выкраивание сетчатого эндопротеза производили с формированием отверстия для семенного канатика. "Ножки" эндопротеза сшивали латеральнее семенного канатика между собой и паховой связкой. Фиксацию сетчатого эндопротеза в большинстве случаев производили отдельными узловыми швами с использованием капроновой нити 3/0, хотя, несомненно, предпочтительнее использовать мононить Prolen 2/0. В 35 наблюдениях листки апоневроза над семенным канатиком сшивали отдельными капроновыми швами. В 2-х случаях при рецидивной паховой грыже листки апоневроза наружной косой мышцы сшивались под семенным канатиком, соответственно, над сеткой.

В ближайшем послеоперационном периоде таких осложнений, как нагноение операционной раны, серома, водянка яичка мы не наблюдали. У 1 (3%) больного, оперированного по поводу двусторонней прямой паховой грыжи, через 3 недели после выписки из стационара с одной стороны вскрыт надaponевротический абсцесс. Заживление раны вторичным натяжением. Больной осмотрен через 3 месяца после операции — рецидива не выявлено.

Средний период пребывания больных в стационаре после операции составил 6 суток.

Сетчатый проленовый эндопротез фирмы "Этикон", как материал при пластических операциях по поводу послеоперационных грыж (особенно при рецидивных грыжах больших и гигантских размеров), используется нами с августа 2001 года. В период с августа 2001 года по апрель 2002 нами оперировано 16 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В 8 (50%) наблюдениях грыжи были рецидивными. В 8 (50%) случаях грыжи отнесены к большим и гигантским. Средний возраст пациентов составил 59 лет (от 36 до 73 лет). У 15 из 16 пациентов имела место сопутствующая патология (сахарный диабет, ожирение, хронические заболевания органов дыхания, ИБС, артериальная гипертензия). Пациентам, у которых послеоперационная вентральная грыжа сочеталась с большим кожно-жировым "фартуком", герниолапаротомия была дополнена вертикальной абдоминопластикой с иссечением избытков кожно-жирового лоскута.

Среди различных способов расположения имплантата отдавали предпочтение по-дапневротическому. Предпочтительнее ушивать апоневроз непрерывной проленовой нитью, хотя мы часто используем отдельные узловые капроновые швы.

Имели место 2 (12,5%) осложнения. В одном случае – расхождение швов апоневроза над сетчатым имплантатом на 3-и сутки после операции. Апоневроз вновь ушит проленовой нитью. В другом случае возникло внутрибрюшное кровотечение из сосуда большого сальника, поврежденного во время разделения многочисленных сращений. Больной оперирован повторно через сутки. Сетчатый протез удаляли, проводили ревизию брюшной полости, гемостаз. После этого проленовую сетку вновь фиксировали к задней поверхности апоневроза поверх большого сальника. Оба случая закончились выздоровлением с заживлением ран первичным натяжением. Средний период пребывания в стационаре после операции составил 15 суток.

Считаем проленовые сетчатые эндопротезы фирмы "Этикон" идеальным на сегодняшний день материалом, который используется при пластических операциях по поводу грыж передней брюшной стенки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

С.А. Касумьян, А.Ю. Некрасов, Б.А. Покусаев, А.В. Сергеев
(г. Смоленск)

Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки до настоящего времени не имеет альтернатив. Традиционное грыжесечение сопровождается довольно значительной травмой мягких тканей в области пахового канала, что приводит к выраженным болевым ощущениям в течение ближайшего послеоперационного периода и потере трудоспособности на срок до 1,5-2 мес. Новые перспективы в хирургии грыж открывает малоинвазивная лапароскопическая техника, которая позволяет избежать многих недостатков традиционной хирургии.

Лапароскопическая герниопластика применена у 38 больных с паховыми грыжами (26 мужчин и 12 женщин). Прямые паховые грыжи были у 12 больных, косые — у 26. У 6 больных лапароскопическая герниопластика выполнена по поводу пупочных грыж, у 4 больных по поводу послеоперационных вентральных грыж, у 2 — по поводу грыж белой линии живота, у 2 — при грыже спигелиевой линии.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом в условиях карбоксиперитонеума. Всем больным проводилась трансабдоминальная герниопластика проленовым раскроенным протезом. Длительность операции составила от 30 до 70 мин. При пупочных, послеоперационных и грыжах спигелиевой линии мы использовали сетчатый протез на 2-3 см больше, чем грыжевое кольцо, фиксацию сетки проводили скорняжной иглой через все слои (с узлами над апоневрозом). Больные активизировались в первые 12 часов после вмешательства, болевой синдром не был выражен, поэтому не требовалось назначения опиатных анальгетиков. Больные были выписаны на 4-5-е сутки. Интраоперационных осложнений не было.

Таким образом, оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургических технологий эффективны, патогенетически обоснованы, обеспечивают комфортность послеоперационного периода и возможность ранней реабилитации. Наряду с общеизвестными преимуществами малоинвазивных оперативных вмешательств, считаем важным отметить специфические достоинства лапароскопической герниопластики перед традиционными методами — это возможность осмотра брюшной полости, одномоментная пластика двусторонних грыж, одновременное закрытие трансплантатом всех слабых мест передней брюшной стенки в паховой области. При послеоперационной герниопластике есть возможность провести адгезиолизис.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ГРЫЖ

В.Ю. Ким, С.Е. Карашуров (г. Петрозаводск)

В последние годы все большее распространение получают хирургические стационары одного дня (ХСОД), позволяющие снижать затраты здравоохранения на лечение грыж не менее, чем в 10 раз.

В Республике Карелия в отделении амбулаторной хирургии Государственного учреждения здравоохранения "Поликлиника" в 2000 — 2002 годах накоплен опыт лечения грыж с помощью перспективных технологий и принципов ХСОД. Прооперировано 40 больных в возрасте от 16 до 75 лет (16-40 лет — 9 человек, 41-60 лет — 17 человек, 61-75 — 14 человек).

Нижеприведенные случаи лечения грыж представляли особый интерес.

1. Ущемленная правосторонняя косая паховая грыжа трехчасовой давности (ущемление петли подвздошной кишки на протяжении 12-14 см). Операция прошла успешно, жизнеспособность кишки восстановлена.

2. Левосторонняя невправимая косая паховая грыжа. Произведена резекция большого сальника.

3. Правосторонняя косая вправимая паховая грыжа. За два дня до поступления отмечены боли в области грыжевого выпячивания. На операции в грыжевом мешке обнаружен воспаленный червеобразный отросток. Произведена аппендэктомия, пластика пахового канала.

4. Скользящие прямые паховые грыжи (справа – с мочевым пузырем, слева, – с сигмовидной кишкой) у двух больных. Все операции при паховых грыжах выполняются с обязательным укреплением задней (по типу Бассини и Кукуджанова) и передней (по Намашко) стенок пахового канала. При пластике применяем собственные модификации вышеуказанных методов.

5. У 3 больных с послеоперационными вентральными грыжами были гигантские грыжи, размерами до 26 x 18см. У одной пациентки 45 лет грыжа образовалась после экстирпации матки, у второй, 73-х летней, – после операции на желудке, у третьего, 64-х летнего больного, – после аппендэктомии. В первом случае произведена пластика по Янову-1, во втором – по Янову-2, в третьем – пластика местными тканями и дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы. Все операции выполнялись под местной инфильтрационной анестезией 0,5 и 0,25% новокаином. В качестве премедикации применялся 0,03% раствор бупранала (1,0мл). Все больные транспортировались домой через 30-45 минут после операции. Только больная С., 73 лет, после операции по поводу гигантской послеоперационной вентральной грыжи находилась в послеоперационной палате 10 часов. На следующий день, при посещении ее на дому, отмечено, что она уже ходит, болей в ране не отмечает.

6. Одна больная оперирована по поводу редкой грыжи мечевидного отростка. Диагноз был подтвержден томографией. Выполнена резекция мечевидного отростка с пластикой апоневроза по методу Сапежко. Послеоперационных осложнений не было. На первую перевязку больные приходили самостоятельно через 2-3 дня.

Метод М.В.Намашко оказался особенно эффективным для укрепления передней стенки пахового канала при косых паховых грыжах (когда апоневроз наружной косой мышцы был слабым, истонченным, разволокненным), а также при рецидивных паховых грыжах, когда из-за выраженных рубцовых изменений в апоневрозе наружной косой мышцы трудно было подобрать надежный метод пластики передней стенки пахового канала. Метод эффективен в случаях, когда укрепляется и задняя стенка пахового канала.

СМОРЩИВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

У. Клинге, И. Конце, М. Ануров, С. Титкова, М. Поливода, А. Эттингер
(г. Аахен, Германия; г. Москва)

В настоящее время применение полипропиленовых сеток (Марлекс, Пролен) для пластики грыж передней брюшной стенки находит всё более и более широкое распространение. Однако с накоплением опыта и увеличением сроков наблюдения появляются сообщения о развитии ряда осложнений, связанных, в основном, с изменениями свойств сеток после имплантации. Одним из сравнительно новых моментов, связанных с изменением формы имплантата, является явление сморщивания полипропиленовых сеток (shrinking), что должно оказывать несомненное отрицательное влияние на результаты применения синтетических материалов для герниопластики. Однако природа сморщивания, его степень и динамика до настоящего времени не прояснены. Решение этих вопросов явилось целью настоящего исследования.

В двух группах по пять собак была произведена имплантация полипропиленовых сеток с обозначением границ имплантата рентгеноконтрастными метками. В группе А – Марлекс с удельным весом $95,09 \text{ г/м}^2$. В группе В – сетка со сниженным содержанием полипропилена и введением в композицию нитей полиглактина 910 с общим удельным весом изделия $54,65 \text{ г/м}^2$. Сетки имплантировали на сроки 3 и 6 месяцев, в динамике определяли местоположение и размеры сеток, а также выполняли гистологические исследования.

Через 4 недели в группе А площадь сеток уменьшилась с $138,77 \pm 11,46 \text{ см}^2$ до $75,28 \pm 7,57 \text{ см}^2$, что составило 54% от первоначальной площади. В группе В это снижение произошло в меньшей степени – с $116,38 \pm 18 \text{ см}^2$ до $77,71 \pm 20,34 \text{ см}^2$ – 66% от первоначального размера. Сопоставление с гистологическими результатами показало, что у сетки с меньшим содержанием полипропилена менее выражена воспалительная реакция и, соответственно, меньше проявляется сморщивание. В обеих группах не было выявлено признаков значимой дислокации сетчатых имплантатов.

Проведенное исследование позволяет сделать несколько выводов. Сморщивание – реально существующий процесс, сопровождающий имплантацию синтетических сеток при герниопластике. Сетки с относительно большим содержанием полипропилена подвергаются сморщиванию на 30-50% от первоначальной площади, начиная с 4 недель после имплантации. Снижение содержания полипропилена в имплантате приводит к уменьшению как воспалительной реакции, так и сморщивания. Одним из возможных путей решения проблемы может стать применение сеток с большими порами.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

У. Клинге, Ф. Шумпелик, М. Ануров, С. Титкова, М. Поливода,
М. Донскова, А. Эттингер (г. Аахен, Германия; г. Москва)

Современное хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки всё более и более основывается на применении синтетических сеток для пластики дефектов. Несмотря на очевидные достоинства полипропиленовых сетчатых материалов, доступные в настоящее время сетки, такие, как Марлекс или Пролен вызывают, по многочисленным сообщениям, достаточное количество осложнений. Несмотря на то, что серьёзные осложнения, такие, как перфорация или формирование фистулы достаточно редки, примерно у половины больных после имплантации указанных материалов развиваются такие неприятные явления, как серома, чувство давления и дискомфорт в области операции, снижение подвижности передней брюшной стенки. Одним из путей преодоления этих проблем представляется создание модификаций полипропиленовых сеток со сниженным количеством синтетического материала.

В настоящем исследовании широко применяемую сетку Пролен сравнивали с двумя вновь сконструированными модификациями полипропиленовых сеток со сниженным содержанием синтетических волокон. Модификации были адаптированы к физиологическим параметрам механической стабильности и эластичности передней брюшной стенки. Для этого в модифицированных образцах было снижено содержание полипропилена до 64 % от того, который содержится в Пролене (модификация Е-синий), а в модификации А до 24 % соответственно. Образцы были изготовлены в сотрудничестве с Этикон Нордерштедт, Германия.

Все сетки были имплантированы крысам с использованием модели дефекта передней брюшной стенки на период 3, 7, 14, 21 и 90 дней. В эти сроки производились исследования функционального состояния передней брюшной стенки с применением трёхмерной фотограмметрии и тензометрии, морфологические исследования включали световую и электронную микроскопию с морфометрией.

Результаты исследования определенно указывают на то, что существующие полипропиленовые сетки содержат избыточное количество синтетического материала, что негативно сказывается на подвижности передней брюшной стенки после имплантации сетки. В то же время, при снижении количества полипропилена практически в пять раз достаточная прочность имплантата по сравнению с коммерческой сеткой гарантирована. Увеличение ригидности прямо коррелирует с уровнем развития фиброза. В свою очередь развитие соединительной ткани на границе взаимодействия полипропиленового синтетического волокна и окружающих тканей прямо зави-

сит от объёма и активности воспалительного процесса. Установлено, что выраженность воспаления напрямую зависит от количества полипропилена и площади всей поверхности контактирующей с тканями сетки. Позитивными показателями реакции на инородное тело в случае снижения содержания полипропилена в имплантате являлись ускоренная реверсия острых воспалительных явлений, сокращение степени риска персистенции воспаления и развития тканевой дистрофии, снижение активности фиброза.

Разработка модифицированных сетчатых синтетических полипропиленовых материалов со сниженным количеством волокна является перспективным для снижения больших и малых осложнений при имплантации синтетических сеток для лечения грыж передней брюшной стенки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖУ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.М. Кожемяцкий (г. Барнаул)

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с обширными послеоперационными вентральными грыжами старших возрастных групп. Как правило, это больные с ограниченными функциональными возможностями и тяжелой сопутствующей патологией: ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хроническая дыхательная недостаточность. Актуальность хирургического лечения данной категории больных определяется большим количеством рецидивов от 20 до 40%. В ряде случаев по литературным данным отмечена летальность, связанная с сердечно-легочными осложнениями. Успех лечения этих больных зависит от оптимальности избранного метода операции, направленной на ликвидацию грыжи и сохранению объема брюшной полости, что, в свою очередь, не вызывает нарушение функции внешнего дыхания и не оказывает влияния на центральную гемодинамику. С этой целью нами применена методика закрытия дефекта апоневроза сетчатым имплантантом и стенками грыжевого мешка.

С учетом вышеуказанного проведен анализ результатов хирургического лечения 24 больных с обширными вентральными грыжами, женщин 21, мужчин 3. Возраст больных составил от 50 до 76 лет. Срок грыженосительства составил от 3 до 8 лет.

По локализации грыжи распределились следующим образом: верхние отделы брюшной стенки 10 больных, в средних и нижних отделах 14. Размеры грыжевого мешка составляли от 15x20 до 30x30 см. У 12 больных были вправимые грыжи, у остальных – невправимые или частично вправимые. Размеры дефекта апоневроза составляли от 14 до 22 см в диаметре. Перед операцией проводилась коррекция сопутствующей патологии, исследовалась функциональное состояние дыхательной системы методом

диплографии и спирографии с компрессионными нагрузками на брюшную стенку.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Производилось широкое иссечение послеоперационного рубца, полное выделение грыжевого мешка, его вскрытие с формированием двух противоположных лоскутов. Выполнялся абдоминальный этап операции: энтеролиз, резекция сальника. На следующем этапе операции одним из листков грыжевого мешка полностью укрывался дефект апоневроза, фиксация производилась отдельными узловыми швами. В последующем по размеру дефекта выкраивался полипропиленовый сетчатый протез компании "Ethicon", который также отдельными швами с интервалом 1,5см фиксировался по краям к дефекту. Противоположный листок грыжевого мешка укладывался поверх имплантата с аналогичной фиксацией узловыми швами. Операция заканчивалась установкой двух активных дренажей, один из которых располагался между листками грыжевого мешка на протезе, второй в подкожной клетчатке. В послеоперационном периоде дренажи удалялись на 3-4 сутки, кожные швы снимались на 10-11 сутки. Ввиду сохранения объема брюшной полости у всех больных отмечено благоприятное течение послеоперационного периода. Подкожных сером в послеоперационном периоде не отмечено, так как протез был изолирован от брюшной полости и подкожной клетчатки. Результаты лечения прослежены от 1 до 3 лет. Рецидивов заболевания, а также нарушение функции внешнего дыхания не отмечено.

Таким образом, данный метод пластики у отягощенной категории больных с тяжелой сопутствующей патологии является менее травматичным и наиболее предпочтительным.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ТАЗОВОГО ДНА

С.А. Колесников, А.Д. Мясников, И.В. Денисов, С.Г. Горелик,
Ю.В. Корниенко (г. Белгород)

Выполненные нами антропометрические измерения параметров паховых промежутков и глубокой зоны паховой области обнаружили, что средняя длина пахового канала в норме составила 53 ± 2 мм.; расстояние от нижнего края внутренней косой мышцы живота в области глубокого пахового кольца, до гребешковой связки вблизи подвздошной вены, составило в норме 45 ± 2 мм.; средняя высота паховых промежутков у больных паховыми грыжами составила 54 ± 2 мм., у больных бедренными грыжами – $34,5 \pm 1,2$ мм.

Параметров длины и высоты паховых промежутков достаточно для манипулирования в зоне внутреннего отверстия запирающего канала. Та-

зовая брюшина легко отслаивается тупым путем; для ревизии урогенитальной диафрагмы и запирательных отверстий необходимо расширение пахового доступа через заднюю стенку канала в дополнительных пределах 3-4 см. Выполнять это целесообразно, отделив внутреннюю косую и поперечную мышцы живота в латеральном направлении от места прикрепления к паховой связке, в зоне их сухожильных волокон. Образующаяся при этом рана имеет длину 8 – 10 см, ширину (без растягивания) – 5 см. Семенной канатик (круглая связка матки) при этом отодвигается в медиальном направлении и вверх, нижние надчревные сосуды, дабы не вызвать их случайного повреждения и ранения сосудов семенного канатика, можно лигировать и пересечь.

Предлагаемый доступ представляется не менее выгодным для устранения грыж тазового дна по сравнению с поперечным или продольным предбрюшинным (типа Cheatle-Henry) или доступа со стороны ягодичной области. Техническое исполнение вмешательства значительно облегчает применение хирургических инструментов типа "мини – ассистент". Учитывая, что шовная методика устранения грыж запирательного канала, переднего и заднего промежностных дефектов, над- и подгрушевидного, спинотуберального каналов, опасна повреждением сосудисто-нервных структур, а использование аллотрансплантатов со степлерной фиксацией осложняется смещением последнего или раневыми осложнениями, целесообразно применение длительно рассасывающихся материалов с адгезивными свойствами. Одним из таковых является гемостатическая губка "тахокомб", армированная полипропиленовой нитью. Допустимо дренирование раны в зоне грыжевых ворот со стимуляцией коллагенопоэза в фазе репарации раневого процесса имплантацией фибриногена или криопреципитата (государственный патент №2163469).

ГЛУБОКАЯ ПАХОВАЯ АУТОГЕРНИОПЛАСТИКА БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

С.А. Колесников, Ю.В. Корниенко, А.Д. Мясников, И.В. Денисов,
С.Г. Горелик (г.Белгород)

Разработаны способы лечения паховых грыж (авторское свидетельство №1572547; Патент №2072796). Грыжевой мешок прямой паховой грыжи вскрывается, концы нити, ушивающей шейку, выводятся над внутренней косой мышцей, причем один – над глубоким паховым кольцом, другой – вблизи латерального края влагалища прямой мышцы, завязываются, тем самым из пахового промежутка перемещается скомпрометированная брюшина. Мешок и верхнемедиальный листок поперечной фасции подшиваются к гребешковой связке 3 – 4 швами от лонного бугорка до лимфатического узла вблизи наружной подвздошной вены, подворачиваются в обратном направлении и подшиваются к нижнему краю внутренней косой мыш-

цы и латеральному краю влагалища прямой. Сверху, продолжая максимально отодвигать семенной канатик в латеральном направлении, суживая глубокое паховое кольцо, к названным мышцам подшивается нижнелатеральный листок поперечной фасции. Передняя стенка – укрепляется дубликатурой. При рецидивных, скользящих, экстра- и больших параперитонеальных паховых грыжах отсепаровывается тазовая брюшина и подшивается к рубцово измененным краям внутренней косой и прямой мышц, из апоневроза наружной косой мышцы и влагалища прямой – выкраиваются 2 лоскута с основанием у границ пахового промежутка, подворачиваются и подшиваются к гребешковой связке, сверху укладывается и фиксируется нижнелатеральный рубцово измененный листок апоневроза наружной косой мышцы живота.

Положительные качества данных методов следующие: укрепляются передняя и задняя стенки пахового канала, что патогенетически обосновано; сохраняется принцип использования для пластики однородных по своей структуре тканей; пластика производится многослойно, без натяжения; создается возможность эффективного использования гипотрофичных, растянутых тканей для герниопластики; уменьшается вероятность образования бедренных грыж после операции по поводу паховых; создается возможность использования данных методов для лечения бедренных грыж паховым доступом.

Эффективность последних апробирована в 13 случаях бедренных и 356 паховых грыж. 74,7% больных были в возрасте от 45 до 88 лет, 53,4% – имели фоновые заболевания, повышавшие вероятность возникновения рецидива. Лишь 26 случаев можно условно признать "простыми", 265 (74,4%) – "сложными". Отдаленный период прослежен у 116 пациентов. Рецидивов заболевания не выявлено.

АУТОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА АЛЛОПЛАСТИКЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

С.А. Колесников, Ю.В. Корниенко, И.В. Денисов, С.Г. Горелик
(г. Белгород)

Разработан способ лечения послеоперационных срединных вентральных грыж (Патент №21227554). Иссекается кожно-подкожный послеоперационный рубец, выделяется, вскрывается и резецируется грыжевой мешок. Тупым и острым путем отсепаровываются листки влагалищ прямых мышц до полулунных (спигелиевых) линий. Причем, остатки грыжевого мешка сохраняются с одной стороны на переднем листке, с другой – на заднем. Задние листки влагалищ прямых с остатками грыжевого мешка сшиваются в виде дубликатуры. Сверху к последней, под прямыми мышцами, допустимо подшить свободный лоскут из грыжевого мешка. На вновь

сформированную заднюю стенку укладываются и сшиваются редкими швами прямые мышцы живота. Под мышцы, на всем протяжении зоны герниопластики, устанавливается и выводится через контрапертуру полихлорвиниловый дренаж диаметром 1-2 мм. Передние листки с остатками грыжевого мешка сшиваются в виде дубликатуры. Рана дренируется трубчатым дренажем, ушивается, подключается аспирационная система. В случае больших размеров дефекта последний выполняется свободным имплантатом из грыжевого мешка. При невозможности устранения грыжевого дефекта без натяжения, вдоль линии перехода мышечных участков наружных косых мышц живота в апоневротические выполняются послабляющие разрезы до дугообразной (спигнлиевой) линии. Герниопластика выполняется за счет двух дубликатур из грыжевого мешка. Через 7 – 9 суток послеоперационного периода, в фазу репарации раневого процесса, препарат "Фибриноген" массой 0,8 г разводится 75 мл физиологического раствора. В стерильных условиях последний имплантируется в зону герниопластики с постепенным извлечением дренажа. В случае отсутствия фибриногена имплантируется криопреципитат двойной концентрации в том же объеме. При послеоперационных грыжах боковых локализаций мы рекомендуем герниопластику выполнять многослойно, с учетом анатомической и функциональной направленности их волокон, сохранять рубцовоизмененные участки мышц и апоневрозов; выполнять дубликатуру из грыжевого мешка, использовать его в качестве свободного имплантата; стимулировать репарацию с учетом стадийности раневого процесса. У больных с ожирением и фартукообразной деформацией передней брюшной стенки рекомендуем выполнять абдоминопластику. Тем самым, за счет натянутой кожи и подкожной клетчатки создается естественный бандаж, дополнительный фактор укрепления зоны герниопластики.

Разработанный способ обладает, по нашему мнению, следующими преимуществами: 1- техническая простота; 2- аутогерниопластика выполняется однородными по своей структуре тканями с убедительной прочностью, многослойно, линии швов располагаются в разных проекциях; 3- устраняется натяжение при сшивании и отрицательное физическое воздействие прямых и наружных косых мышц живота в зоне герниопластики, без нарушения их иннервации и кровоснабжения; 4- введение фибриногена или криопреципитата в зону герниопластики в фазу репарации раневого процесса индуцирует формирование прочного соединительнотканного рубца; 5- исключается необходимость применения дополнительных пластических материалов.

Способы применены у 275 больных послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 21 до 76 лет. Старше 45 лет было 167 (61%) больных. Грыж больших и гигантских размеров было 74,7%. В 58 случаях грыжи были рецидивными, причем в 12 – дважды, в 10 – трижды, в 6 – четырежды рецидивные. Отдаленный период прослежен у 102 пациентов, рецидив грыжи обнаружен у 4-х, что составило 3,9%. Специфических осложнений, связанных с введением препарата не отмечено.

ПОДГОТОВКА К ГЕРНИОПЛАСТИКЕ С ПОМОЩЬЮ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА

А.И. Корабельников, С.А. Салехов, С.В. Корабельников
(г. Великий Новгород)

Одной из актуальных проблем герниологии была и остается преоперационная подготовка больных с вентральными грыжами больших размеров. Во время герниопластики у этого контингента больных, даже при использовании ауто- и аллотрансплантатов для закрытия грыжевых ворот, существенно уменьшается объем брюшной полости и, соответственно, повышается внутрибрюшное давление. Одним из рациональных методов преоперационной подготовки к герниопластике при вентральных грыжах больших размеров является прогрессирующий пневмоперитонеум.

Введение газа в брюшную полость производят через прокол передней брюшной стенки. Мы используем нижнюю левую точку Калька. Объем газа во время первого введения составляет 500,0-800,0 мл, а затем с интервалом в 1-2 дня его постепенно увеличивают до 3,0-3,5 л и более, в зависимости от размеров грыжи. Недостатком данной методики является то, что при каждом введении производится новый прокол брюшной стенки, что увеличивает риск повреждения органов брюшной полости во время пункции.

Для снижения риска повреждения органов брюшной полости во время первой процедуры после введения газа через просвет иглы проводили проводник. Иглу извлекали, а по проводнику в брюшную полость вводили подключичный катетер, после чего проводник удаляли. Катетер фиксировали к коже пластырем. Повторное введение газа в полость осуществляли через катетер, что исключало необходимость повторных пункций.

Следует отметить, что полихлорвиниловые катетеры, используемые для внутрисосудистого введения жидкостей, изготовлены из твердого материала и сами по себе могут явиться причиной травмы органов брюшной полости. Поэтому, перед установкой катетера в брюшную полость, проводили его термическую обработку в кипящей воде в течение 5-10 минут, после чего он становился мягким, и риск повреждения внутренних органов катетером сводился к минимуму.

Методика прогрессирующего пневмоперитонеума с катетеризованием брюшной полости во время первого введения газа была применена у 48 больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров. Осложнений при ее использовании не было, что позволяет рекомендовать ее к использованию в хирургических отделениях, где оказывают помощь этому контингенту больных.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

С.В. Корабельников, М.П. Салехова, А.И. Корабельников, С.А. Салехов
(г. Великий Новгород)

Проведен анализ результатов герниопластики у 126 больных с вентральными грыжами больших размеров. У всех больных, рассматриваемых в данном сообщении, была проведена предоперационная подготовка к герниопластике методом прогрессирующего пневмоперитонеума. В зависимости от газа, вводимого в брюшную полость, больных разделили на 2 группы. В I группе (76 больных) в брюшную полость вводили кислород. Во II группе (50 больных) в брюшную полость вводили озонкислородную смесь с содержанием в ней озона 5 мг/л.

По полу, возрасту, размерам грыжевых ворот, давности существования грыжи, структуре и степени выраженности сопутствующих заболеваний, исследуемые группы между собой достоверно не различались.

Длительность предоперационной подготовки в I группе составила $9,6 \pm 1,2$ дней, во II – $9,2 \pm 1,2$ дней. Кратность введения газа в брюшную полость в I группе составила $4,8 \pm 0,4$ раза, во II группе $4,9 \pm 0,5$ раза. Максимальный объем вводимого газа в исследуемых группах колебался от 3,0 л до 4,5 л и зависел от антропометрических показателей больного, степени изменения внутрибрюшного давления и размеров грыжи. Во всех случаях использовали пластику грыжевых ворот местными тканями.

В раннем послеоперационном периоде у 11 (14,5%) больных I группы развились осложнения со стороны органов дыхания и кровообращения, у 4 (5,3%) – нагноение послеоперационной раны. Во II группе осложнения со стороны органов дыхания и кровообращения были выявлены у 4 (8,0%) больных, при этом ни в одном случае осложнений со стороны раны не отмечалось.

Вероятно, отсутствие гнойно-септических осложнений у больных II группы было обусловлено тем, что медицинский озон, с одной стороны, обладает выраженным антибактериальным действием, с другой, под его воздействием отмечается активизация обменных процессов в органах и тканях и опосредованная иммуномодуляция.

Таким образом, наш опыт применения озон-кислородной газовой смеси для интраабдоминального введения при проведении предоперационной подготовки больных с вентральными грыжами больших размеров к герниопластике позволяет рекомендовать ее к внедрению в клиническую практику.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА И ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЕ

В.И. Кошев, Е.С. Петров, В.Д. Иванова (г. Самара)

Белая линия живота на уровне и выше пупка представляет собой мембранозную часть передней брюшной стенки, её самое тонкое и потенциально слабое место. Такое строение предполагает функциональную защиту этого слабого места при повышении внутрибрюшного давления, которое может достигать 230 и более мм рт. ст. Мембранозная часть белой линии не адаптирована к такому высокому давлению и должна иметь либо толщину до 1 см, либо функциональную защиту, поскольку испытывает максимальную нагрузку на растяжение в поперечном направлении потому, что согласно закону Лапласа окружное напряжение в 2 раза превышает продольное. Сама форма белой линии в виде клина, постепенно расширяющегося от мечевидного отростка к пупку, подсказывает возможный механизм функциональной защиты, заключающийся в сближении внутренних краёв прямых мышц при их сокращении.

Сонографические исследования белой линии живота в состоянии покоя и при напряжении мышц брюшного пресса, проведенные нами на 12 добровольцах без грыжевой патологии в возрасте от 18 до 60 лет подтвердили существование такого механизма, наиболее эффективного у молодых лиц, занимающихся спортом. При сокращении прямых мышц происходит активное сближение их внутренних краев и сужение белой линии живота до 0,3 – 0,9 см. Толщина её при этом увеличивается в 2 – 3 раза. Одновременное сокращение широких мышц брюшной стенки создает усилия, растягивающие белую линию в поперечном направлении. Однако на деле наблюдается противоположный процесс – её активное сужение. Натянутые при сокращении, как струны, прямые мышцы воспринимают на себя все поперечно действующие на брюшную стенку нагрузки, защищая, таким образом, белую линию от растяжения. Более того, выпрямление внутренних краев прямых мышц и их смыкание обеспечивают значительное утолщение белой линии.

В механическом укреплении белой линии принимает участие и предбрюшинная клетчатка. Уменьшение объема полости живота и его окружности при напряжении мышц брюшного пресса приводит к смещению предбрюшинной клетчатки, преимущественно к средней линии. При этом вдоль всей белой линии как выше, так и ниже уровня пупка наблюдается резкое утолщение её в 2,5 – 3 раза. Предбрюшинная клетчатка полностью отсутствует в области пупка, что значительно ослабляет белую линию на этом уровне.

Для такого распространенного заболевания как пояснично-грудной остеохондроз позвоночника характерны нарушения чувствительности кожи, снижение и асимметрия брюшных рефлексов, слабость и быстрая утомляемость мышц брюшного пресса. Уменьшение сократительной способности мышц передней брюшной стенки и снижение эффективности механизмов функциональной защиты слабых мест может быть основной причиной

возникновения грыж белой линии и первичных послеоперационных вентральных грыж. Эту точку зрения подтверждают наши миографические и рентгенологические исследования, проведенные у 9 больных (4 женщины и 5 мужчин) с грыжей белой линии живота в возрасте от 39 до 65 лет. Достоверное одно- или двухстороннее снижение электрической активности прямых и широких мышц брюшной стенки зарегистрировано у 8 из 9 больных. Рентгенологически выявлены признаки нижнегрудного остеохондроза позвоночника различной степени выраженности. У 1 больного обнаружены последствия не диагностированного ранее компрессионного перелома 7 грудного позвонка со снижением высоты тела позвонка и его клиновидной деформации. У него начинающаяся грыжа белой линии сочеталась с левосторонней прямой паховой грыжей.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

А.А. Кульчиев, М.Б. Гутнов, В.Е. Тибилов (г. Беслан)

С 1998 по 2001 год в Центре амбулаторной хирургии Правобережной муниципальной центральной районной клинической больнице нами выполнено 28 лапараскопических интроперитонеальных герниопластик сетчатым полипропиленовым протезом, 13 больных с прямой паховой грыжей, 9 – с рецидивной пахово-мошоночной и 6 – с косой паховой грыжей. Возраст пациентов от 28 до 46 лет. Все пациенты мужского пола.

Показанием к выполнению интроперитонеальной герниопластики сетчатым полипропиленовым протезом являлись отсутствие эффекта от пластики передней и задней стенки пахового канала традиционным методом, отсутствие сопутствующей патологии.

Оперативное вмешательство выполняли с помощью видеоэндоскопической аппаратуры фирмы "K.Storz" и инструментами фирмы "ТУСО". Все операции выполнялись под общим эндотрохеальным наркозом. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживалось от 10 до 12 мм.рт. столба. Оперативная техника при лапараскопической герниопластике универсальна при косой, прямой паховых и бедренной грыжах. Использовался полипропиленовый сетчатый протез размерами 6x10 см, который полностью позволяет закрыть латеральную, медиальную, надпузырную и бедренную ямки. Протез фиксировали танталовыми скрепками с помощью грыжевого степлера к апоневрозу наружной косой мышцы живота, пупартовой связке, наружному краю прямой мышцы и связке Куппера. Целостность брюшины над сетчатым протезом восстанавливалась интракорпоральным швом. Длительность операции составила от 40 до 70 минут.

Осложнений во время операции не было. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечено скопление серозной жидкости в подкожной клетчатке в проекции наружного пахового кольца на 4-е сутки по-

сле операции, которое ликвидировано пункциями. На сроки нетрудоспособности и состояние здоровья данное осложнение не повлияло. У другого больного на 7 сутки после операции наступил рецидив грыжи. Данное осложнение возникло после тяжелой физической нагрузки.

Срок наблюдения за оперированными больными составил до 3 лет. У 1 больного через 8 месяцев после оперативного вмешательства возник инфильтрат в подкожной клетчатке над расположением полипропиленового протеза, что потребовало длительного лечения (31 день) антибиотиками и десенсибилизирующими препаратами. У остальных больных осложнений не наблюдалось.

Средний койко-день в ЦАХ составил – 1. Нетрудоспособность по больничным листам 17 дней.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

А.А. Кульчиев, М.Б. Гутнов, В.Е. Тиболов, А.В. Бородина (г. Беслан)

В Правобережной муниципальной центральной районной клинической больнице с 1998 по 2001 год оперировано 283 пациента в хирургическом стационаре и 86 в Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) с различными грыжами передней брюшной стенки.

Показаниями к выполнению оперативного вмешательства в хирургическом стационаре являлись ущемленная грыжа (120), пахомошоночная грыжа (99), гигантские послеоперационные вентральные грыжи белой линии живота (52).

Подавляющее большинство (251) хирургических вмешательств в хирургическом стационаре выполнено под эпидуральной анестезией.

При пахово-мошоночных грыжах (52) применяли пластику по Польшемпски, у 30 – по Кукуджанову. При пупочных грыжах – методику Грекова.

Нагноение раны, у больных, оперированных по экстренным показаниям, возникло у 21 больного, рецидив грыжи выявлен у 7 больных. Средний срок лечения в стационаре составил 9 койко-дней. Время нетрудоспособности 30 ± 4 дня.

В ЦАХ оперировали пахомошоночные грыжи (57), пупочные (16), и 13 вентральных послеоперационных грыж белой линии живота. Под общим эндотрохеальным наркозом выполнено 76 оперативных вмешательств.

Лапараскопическая интродуперитонеальная герниопластика сетчатым полипропиленовым протезом произведена у 28 больных, остальным выполнена традиционная герниопластика передней брюшной стенки (9) или задней стенки пахового канала (20).

Показаниями к оперативному лечению в ЦАХ являлись рецидивная грыжа, отсутствие сопутствующей патологии, проживание пациента на территории района.

Из 28 лапароскопических интроперитонеальных герниопластик прямая паховая грыжа имелась у 13, рецидивная пахово-мошоночная — у 9 и кося паховая грыжа — у 6 больных. Все пациенты мужского пола. Возраст больных от 28 до 46 лет.

Осложнения после эндоскопического метода отмечены у 3-х пациентов в виде рецидива грыжи (1), скопления серозной жидкости в подкожной клетчатке в области наружного пахового кольца (1) и формирования инфильтрата в месте расположения сетчатого протеза. Средний койко-день в ЦАХ — 1, время нетрудоспособности по больничным листам для больных, оперированных традиционным методом, — 25 суток, после выполнения эндоскопических операций — 17 суток.

Таким образом, необходим правильный отбор больных к оперативному лечению в ЦАХ. Экономический эффект при выполнении пластики грыж передней брюшной стенки в ЦАХ по подсчётам экономистов нашей больницы составил 298 тысяч 325 рублей.

ВЛИЯНИЕ ЭВЕНТРАЦИОННЫХ РАН И СОПУТСТВУЮЩИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Е.Ю. Левчик, В.Н. Климушев, Б.Д. Мальгин, А.А. Власов, В.М. Байков,
С.Н. Ушаков, О.П. Шаповалова (г. Екатеринбург)

Вопрос о влиянии эвентрационных ран и сопутствующих вентральных грыж после предыдущих лапаротомий на исходы восстановительных оперативных вмешательств при свищах тонкой кишки мало освещен в литературе. Изучены непосредственные исходы 234 восстановительных операций у пациентов с тонкокишечными свищами. Для межгрупповых сравнений применили параметрический критерий Фишера (?). В 62 (26,5%) наблюдениях несформированные свищи открывались в эвентрационные гнойные или гранулирующие раны. Тонкокишечные свищи в 29 (12,4%) наблюдениях располагались на средних, больших и гигантских вентральных грыжах, в 9 (3,85%) — открывались в соседних с ними областях брюшной стенки. Грыжевые ворота ушивали при средних размерах подлежащих грыж; при больших и гигантских — ушивали только кожу или выполняли одновременную аллопластику антибактериальным сетчатым эксплантатом (при отсутствии противопоказаний).

Операции через эвентрационные раны приводили к позднему (5 суток и более) разрешению пареза кишечника — 45,2% и 16,3% ($p < 0,01$), острым формам раневой инфекции — 82,3% и 55,8% ($p < 0,01$), полных эвентраций — 12,9% и 3,5% ($p < 0,05$), неполных — с частичным расхождением швов апоневроза — 43,6% и 18,2% ($p < 0,01$). Отметили большую частоту внутрибрюшных кровотечений и гематом — 19,4% и 8,7% ($p < 0,05$), несостоятельности швов кишки — 35,5% и 8,7% ($p < 0,01$), рецидивов свищей — 25,8% и 9,3%

($p < 0,01$), образования новых фистул – 32,3% и 16,3% ($p < 0,05$). Наибольшие различия выявили в частоте прогрессирующего перитонита – 64,5% и 8,1% ($p < 0,0001$), неотложных – 27,4% и 8,1% ($p < 0,01$), или плановых – 19,4% и 5,2% ($p < 0,01$) релапаротомий. В этой группе чаще развивались сердечно-сосудистая недостаточность ($p < 0,05$), послеоперационные пневмонии и плевриты ($p < 0,01$). Послеоперационная летальность составила 43,2% и 10,5% ($p < 0,01$). Количество пациентов без внутрибрюшных осложнений – 16,2% и 55,2% ($p < 0,01$).

Доступ через грыжевые ворота значимо не увеличивал сроки разрешения пареза кишечника, как и наличие вентральной грыжи в стороне от свища; не возрастала частота нагноений операционных ран, количество эвентраций, внутрибрюшных кровотечений и гематом, ранней спаечной острой кишечной непроходимости. Однако чаще наблюдали не ликвидированную восстановительной операцией кишечную непроходимость в области грыжевых ворот – 5 наблюдений (17,2%) и 7 (5,0%) ($p < 0,05$). Частота большинства внутрибрюшных осложнений в этой группе была даже ниже, чем у пациентов без грыж и эвентрационных ран ($p < 0,01-0,1$). Послеоперационная летальность составила, соответственно, 0 и 11 (7,1%) пациентов ($p < 0,01$).

При грыжах, сопутствующих свищам, разрешение пареза кишечника на 5 сутки и позднее наблюдали чаще, чем в группе без грыж и эвентрационных ран – 2 (22,2%) и 8 (5,7%) ($p < 0,01$). Количество как раневых, так и внутрибрюшных, бронхолегочных и других воспалительных осложнений было сопоставимым или даже меньшим, чем в группе без грыж и эвентрационных ран. Послеоперационная летальность составила 2 (22,2%) и 11 (8,0%) пациентов ($p > 0,1$).

Таким образом, исходы восстановительных операций по поводу тонкокишечных свищей через эвентрационные раны нельзя считать удовлетворительными. Для их улучшения надо увеличивать частоту предварительных аутодермопластик, избегая ведущих к прогрессирующему перитониту операций через раны; при срочных вмешательствах – расширять показания к плановым релапаротомиям, прибегать к этапным восстановительным операциям. В то же время, выполнение восстановительных оперативных вмешательств при подлежащих и сопутствующих вентральных грыжах происходит при сформированных свищах, обычно в оптимальные сроки и значимо не отражается на ухудшении их непосредственных исходов. Поэтому в этой группе пациентов следует шире определять показания к одновременным реконструктивным операциям на брюшной стенке, в том числе – с применением протезов.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИО-ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Ю.А. Прохоров, А.С. Бронштейн (г. Москва)

Современная эндоскопическая техника позволила внести радикальные изменения в методику хирургической коррекции паховых грыж. Мы

располагаем опытом лечения 852 больных с различными грыжами паховой локализации, которым в период с марта 1992 по апрель 2002 гг. была выполнена лапароскопическая герниопластика. Среди наблюдаемых больных было 813 мужчин и 39 женщин в возрасте от 17 до 78 лет. Одностороннее поражение имело место у 746 больных, в том числе справа грыжи отмечены у 455 пациентов, слева – у 291. Двусторонняя локализация процесса наблюдалась у 106 больных. Большинство составили больные с первичными грыжами (693), в том числе с косыми паховыми – 421, прямыми – 268, бедренными – 4. Рецидивные грыжи отмечены у 159 больных, при этом число предыдущих операций варьировало от 1 до 5. У 131 больного имели место пахово-мошоночные грыжи (в том числе большие и гигантские) с длительностью анамнеза заболевания от 5 до 17 лет. Четверо больных с ущемлением грыжи оперированы по экстренным показаниям.

Практически всем больным была выполнена интраперитонеальная лапароскопическая герниопластика (ЛГП) с фиксацией сетки в паховой области предбрюшинно. Лишь одному больному с прямой грыжей закрытие грыжевых ворот было произведено экстраперитонеально. У больных с пахово-мошоночными грыжами мы использовали разработанный нами способ комбинированной лапароскопической герниопластики (КЛГП), рационально сочетающей элементы открытой и лапароскопической хирургии. Данная методика позволяет существенно упростить лапароскопический этап операции, снизить риск повреждения элементов семенного канатика при выделении грыжевого мешка, интраоперационного кровотечения, развития ишемического орхоэпидидимита в послеоперационном периоде и т.п. При лечении рецидивных и неврвправимых грыж нередко встречается выраженный рубцово-спаечный процесс в области грыжевых ворот. Использование интраперитонеальной методики позволяет успешно разделить спайки, освободить кишечные петли из грыжевого мешка или (если его содержимым является припаянный сальник) просто мобилизовать грыжевой мешок в просвет брюшной полости.

Продолжительность операций составила от 20 до 90 минут, в среднем 32 мин. Сроки пребывания больных в стационаре после операции составили от 8 до 72 часов (в среднем 1,8 суток). Серьезных интраоперационных осложнений в группе наблюдаемых больных мы не отметили. В одном наблюдении имело место повреждение грыжевой скобкой нижней эпигастральной вены. Кровотечение остановлено электрокоагуляцией сосуда.

В раннем послеоперационном периоде примерно у 10% больных (в основном с косыми грыжами) наблюдалась подкожная эмфизема мошонки, которая исчезала самостоятельно в течение суток. Образование псевдокисты семенного канатика (скопления жидкости после выделения грыжевого мешка) наблюдалось у 11 больных; двое пациентов были оперированы (произведено иссечение кисты), у остальных излечение отмечено после 1 – 2 пункций кисты в амбулаторных условиях. Кратковременное нарушение мочеиспускания (в первые сутки после операции) наблюдалось у 8 больных с билатеральными и гигантскими паховыми грыжами. Болевой синдром по-

сле операции продолжительностью более 7 суток отмечен у 2 больных. Боли прошли самостоятельно в период от 10 до 15 дней.

Рецидив заболевания в сроки от 1 месяца до 5 лет отмечен у 6 больных (0,7%). Причинами неудачи в основном были технические погрешности на этапе освоения методики: малый размер сетки и недостаточно надежное крепление ее к мышечно-апоневротическому лоскуту (особенно по медиальному краю), недостаточная мобилизация брюшины и т.п.

Каких-либо гнойно-воспалительных или ишемических осложнений, а также переходов к лапаротомии мы не отметили.

У 54 больных наряду с герниопластикой выполнены различные интра- и экстраабдоминальные симультанные операции (холецистэктомия, фенестрация кист печени и почек, резекция толстой кишки, фундопликация, ваготомия, адреналэктомия, миомэктомия, иссечение варикозных вен нижних конечностей, трансуретральная резекция аденомы предстательной железы и др.). Операционное время, затраченное на эти вмешательства, составило от 10 до 180 мин, а сроки госпитализации определялись тяжестью более сложного этапа операции.

Таким образом, накопленный опыт использования лапароскопической техники в лечении грыж паховой локализации свидетельствует о неоспоримых преимуществах ЛГП перед традиционной техникой. К ним относим отсутствие большого кожного разреза и выраженного болевого синдрома; раннюю реабилитацию больных; хороший косметический эффект; малую вероятность повреждения семьявыносящего протока и развития ишемического орхоэпидидимита; возможность своевременной диагностики и лечения контрлатеральной грыжи без дополнительных кожных разрезов; возможность диагностики других заболеваний органов брюшной полости и проведения симультанных операций при минимальной травматизации передней брюшной стенки; существенное снижение риска развития рецидива грыжи и послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОРИРОВАННОГО АРМИРОВАННОГО АУТОДЕРМАЛЬНОГО ЛОСКУТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЕТЧАТЫМ СИНТЕТИЧЕСКИМ ЭНДОПРОТЕЗАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В.И. Малярчук, Е.М. Мохов, Ю.Ф. Пауткин, К.Г. Шашко, Т.И. Логинова,
А.Ю. Корольков, В.М. Рыков (г. Москва)

С целью улучшения приживления аутодермального трансплантата и предотвращения скопления экссудата многие авторы рекомендуют выполнение перфораций на ауто-дермальном лоскуте, однако точной методики нанесения перфорационных отверстий нет, поэтому большинством хирургов перфорация выполняется произвольно. Чаще всего при помощи скальпеля производят множественные линейные разрезы до 10 мм длиной.

Нами изучена возможность применения перфорированного аутодермального лоскута, армированного антибактериальной нитью "Никант", как с целью увеличения прочности трансплантата, так и с целью подавления "дремлющей" инфекции в области операции.

В эксперименте разработан способ нанесения перфорационных отверстий и армирование аутодермального лоскута новым биологически активным шовным материалом "Никант", обладающим антибактериальными свойствами (патент на изобретение № 2179831).

Перфорационные отверстия на трансплантате выполняли не режущим инструментом, а предложен способ прокалывания трансплантата в линейном порядке сконструированным прибором. В эксперименте изучена прочность армированного аутодермального лоскута в зависимости от частоты и техники нанесения перфорационных отверстий.

Таблица

Определение прочности различных типов аутодермального лоскута в эксперименте.

Вид аутодермального лоскута	Прочность на разрыв (кг/см²)	% от прочности цельного лоскута
Цельный лоскут	25.4	100
Перфорированный с интервалом отверстий 10 мм	23.3	91.7
Перфорированный с интервалом отверстий 5 мм	22.5	88.6
Перфорированный скальпелем с интервалом линейных отверстий от 5 до 8 мм	14.3	56.2
Перфорированный с интервалом отверстий 5 мм, армированный нитью "Никант"	49.2	193.7

Таким образом, применение армированного антибактериальной шовой нитью "Никант" аутодермального лоскута увеличивает прочность трансплантата до 193,7%, что почти в два раза выше прочности цельного кожного трансплантата и не уступает прочности синтетического сетчатого протеза.

В период 1998-2002 года в клинике по предложенной методике подготовки трансплантата оперировано 18 человек. Осложнение в виде серомы отмечено в одном случае (5,5%). При анализе отдаленных результатов в сроки от 6 мес. до 1.5 лет рецидивов грыж не выявлено.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ "ПРОЛЕН" ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИК

А.Р. Меликян, К.Г. Агаджанян (г. Ереван)

Лечение паховых грыж эндопротезами производится в мире уже пол века, но эффективность лечебных мероприятий часто связана не только с применением новейших хирургических технологий, но и со структурой, составом и качеством используемых сеток.

Целью произведенных исследования является оценка эффективности полипропиленовых эндопротезов "Пролен" (Ethicon) на основе анализа историй болезни пациентов с традиционной и эндоскопической (трансабдоминальной предбрюшинной) пластикой паховых грыж, оперированных в 1998 – 2002 годах. Мужчины составили 86% от общего числа больных, женщины – 14%. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет.

Эндоскопические вмешательства произведены аппаратами фирмы "Karl Storz". Размеры эндопротезов составляли 14 x 9см. Положение больных при традиционных вмешательствах – горизонтальное, а при эндоскопических – Тренделенбурга. Традиционные вмешательства произведены под местным или общим обезболиванием, а эндоскопические – только под общим наркозом.

Осложнения после трансабдоминальных предбрюшинных герниопластик с использованием эндопротезов "Пролен" составили суммарно 5.5%. Осложнения, связанные с имплантацией эндопротеза "Пролен" следующие: отторжение и нагноение сетки (1%), миграция сетки (0,5%), образование спаечного процесса после миграции сетки (0,8%). Рецидив грыжи возник у 2,2% больных.

Осложнения после традиционных герниопластик с использованием эндопротезов "Пролен" составили суммарно 7,2%. Осложнения связанные с имплантацией сетки следующие: отторжение и нагноение сетки (3%), рецидивы (3,8%).

Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что низкое количество осложнений и рецидивов после герниопластик связано не только с применением новейших хирургических технологий, но и со структурой, составом и качеством производства используемых нами полипропиленовых эндопротезов "Пролен" (Ethicon).

ОПЕРАЦИЯ ЛИХТЕНШТЕЙНА ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА – ЧТО ПРОЩЕ, БЕЗОПАСНЕЕ И НАДЁЖНЕЕ, ЧТО ЛУЧШЕ?

С.Е. Митин, С.И. Пешехонов, Д.Б. Чистяков (г. Санкт-Петербург)

Паховые грыжи одно из наиболее распространённых хирургических заболеваний, а методы оперативного лечения до недавнего времени остава-

лись неудовлетворительными из-за высокого уровня рецидива грыжи. С появлением последнего поколения аллопластических материалов на основе полипропилена, полиэстера, политетрафлюороэтилена и с созданием различных композиционных материалов основным методом лечения паховых грыж стала герниопластика "без натяжения". Наиболее известной методикой паховой герниопластики "без натяжения" является операция Лихтенштейна. В настоящее время она выполняется у 80% больных в США и у 60-70% больных в Европе. В тоже время, лапароскопическая герниопластика, при которой используется тот же принцип "без натяжения" и которой прочили ведущую роль при лечении паховых грыж (до 70% от всех герниопластик), в настоящее время применяется лишь у 15-20% больных.

С февраля 1994 по апрель 2002 года лапароскопическая герниопластика по поводу паховых грыж выполнена у 2417 больных. С апреля 1998 по апрель 2002 года выполнено 232 операции Лихтенштейна. Для сравнительного анализа нами отобраны аналогичные группы больных по 100 человек. Критериями отбора были физическое состояние I-II ст. ASA; выполнение операций одними и теми же хирургами со стажем эндоскопической хирургии не менее 5 лет; срок наблюдения после операции не менее 1,5 лет. Результаты сравнения представлены таблице.

Таблица

Сравнительные показатели трансабдоминальной предбрюшинной лапароскопической герниопластики и операции Лихтенштейна.

Показатели	Лапароскопическая герниопластика	Операция Лихтенштейна
Число больных	100	100
Средняя продолжительность операции (мин.)	42 (15-75)	36 (20-55)
Продолжительность стационарного лечения (к.д)	4,0	5,6
Восстановление физической активности (сут)	7	14
Затраты на операцию и стационарное лечение (рубли)	2200	1900
Осложнения	5	6
Рецидив грыжи	1	1
Ревизия брюшной полости	возможна	невозможна
Прием анальгетиков	реже	чаще
Контакт с внутренними органами	есть	нет
Общая анестезия	необходима	нет
Карбоксиперитонеум	необходим	нет

Как видно из таблицы, оба метода дают хорошие результаты, и каждый обладает как положительными, так и отрицательными качествами, поэтому вопрос: "какой метод лучше?" не правомочен. Важно другое – чёткое определение показаний к каждому методу.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

С.Е.Митин, В.Н.Баранчук, А.И.Краснощока (г. Санкт-Петербург)

Актуальность проблемы лечения пациентов с паховыми, послеоперационными вентральными, бедренными и пупочными грыжами обусловлена широким распространением этих заболеваний с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Несомненно, это обусловлено не только техническими погрешностями выполнения оперативных вмешательств, но и патогенетической необоснованностью традиционных методов герниопластики.

Мы провели сравнительный анализ результатов хирургического лечения 263 больных с различными видами грыж в центре специализированной амбулаторной хирургии "Адмиралтейские верфи" за период с апреля 1999 года по март 2002 года.

При паховых грыжах (169) мы использовали различные виды оперативных вмешательств. Лапароскопическая герниопластика выполнена у 87 больных (у 16 – с двух сторон). У 10 больных применена методика открытого протезирования при паховых грыжах с помощью проленового герниокомплекса фирмы ETHICON (PHS). Кроме того, с 2000 года нами использована открытая "ненатяжная" протезирующая герниопластика у 28 пациентов по методу Lichtenstein'a. Остальным 49 больным производились традиционные операции.

Пациенты с пупочными и бедренными грыжами оперированы общепринятыми традиционными способами без каких-либо клинических индивидуальных особенностей.

Отдельно следует остановиться на оперативных вмешательствах у пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, поскольку они представляют собой сложную медико-социальную проблему. 22 больным, у которых размеры грыжевого дефекта в апоневрозе были больше 10см, выполнена "ненатяжная" герниопластика. Операции, выполненные остальным 9 больным, не отличались от общепринятых.

Летальных исходов не было. Осложнения возникли у 11 (4%) больных. Рецидив паховой грыжи – у 2 больных (1 – после лапароскопической операции и 1 – после традиционной). Средний койко-день при всех видах грыж составил 1,6.

Дифференцированный подход к каждому пациенту позволяет выбрать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рацио-

нальное использование каждой методики. Несмотря на высокую стоимость и трудоемкость лапароскопических операций, их число будет неуклонно увеличиваться ввиду их несомненных преимуществ перед традиционными методами герниопластик. Основным аргументом в пользу лапароскопических герниопластик служит достоверное снижение процента рецидивов грыжи. При больших послеоперационных грыжах перспективна герниопластика без натяжения синтетическими имплантатами. У пациентов пожилого возраста преимуществами обладают операция Лихтенштейна или установка PHS.

Таким образом, эндовидеохирургическое лечение больных с различными видами паховых и рецидивных грыж в условиях медицинского центра специализированной амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного круглосуточного пребывания пациентов возможно. Но следует иметь в виду, что такое лечебно-диагностическое учреждение должно быть оснащено всем необходимым современным медицинским оборудованием, необходим тщательный отбор пациентов для плановых операций, которые должны выполняться высокопрофессиональными специалистами.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

К.В. Новиков, В.В. Воробьев, А.А. Барков, Н.К. Феодориди, В.Н. Строй
(г. Санкт-Петербург)

Ряд преимуществ лечения больных грыжами передней брюшной стенки в условиях дневного хирургического стационара побуждают нас продолжать поиски путей реализации именно этого направления. В клинике амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии, имеющей в своем составе отделение плановой хирургии, появилась возможность разрабатывать критерии отбора больных, которым пластика передней брюшной стенки может быть выполнена без повышения риска для жизни пациентов в амбулаторных условиях.

С этой целью были изучены клинические данные 41 больного с послеоперационными грыжами, оперированных в стационаре. Из их числа были отобраны такие потенциальные пациенты, которых можно было бы лечить в дневном хирургическом стационаре. Таких оказалось 22 (53,7%) человека. С другой стороны, из 44 больных, обследованных с целью предварительного отбора для пластической операции в дневном стационаре, 19 (44,2%) человек были признаны годными для этого вмешательства. Противопоказаниями для включения в эту группу были сопутствующая патология, требующая длительного лечения, хирургические конкурирующие заболевания и общие противопоказания для любой пластической операции. Необходимо было также учитывать, что больные, эвакуируемые из дневного стационара домой, не должны бытьотягощены сложными видами дренажей и нуждаться в сильных обезболивающих препаратах.

Само хирургическое вмешательство должно выполняться по упрощенной, но надежной, методике с минимальной травматичностью и дезорганизацией слоев брюшной стенки. У отобранных больных не должно быть признаков кишечной непроходимости в анамнезе. В послеоперационном периоде очень важным является требование максимально ранней (в первые 2 часа) двигательной активности, преследующей цель быстрого восстановления функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также недопущения развития болевого синдрома после вмешательства.

Из 19 отобранных нами больных у 7 была выполнена пластика передней брюшной стенки по Сапежко, у 5 – типа операции Вишневского. Еще у 7 человек мы применили аллопластическую методику без натяжения краев грыжевого дефекта, без вскрытия брюшины, с наложением полипропиленовой сетки по нашей методике. Все указанные операции осуществлялись под сочетанной анестезией. Осложнений в этой группе больных не было, за исключением 2 случаев подкожного скопления лимфы, ликвидированного пункциями (без вскрытия раны). Пока рецидивов не отмечено.

Таким образом, наш небольшой опыт хирургического лечения этой группы герниологических больных свидетельствует о возможности и необходимости дальнейшего развития этого раздела хирургии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СИСТЕМЫ PHS

М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович, Т.Н. Хафизов (г. Уфа)

Пластика без натяжения стала золотым стандартом в хирургии паховых грыж. Мы хотим представить первый опыт применения нового эндопротеза – проленовой грыжевой системы PHS фирмы Ethicon, которая была разработана для пластики паховых грыж без натяжения. В клинике хирургических болезней № 2 БГМУ система PHS использовалась для пластики как косых, так и прямых паховых грыж.

Мы отдаем предпочтение традиционному иссечению грыжевого мешка, которое позволяет обследовать его содержимое. Задний лепесток эндопротеза через внутреннее паховое кольцо размещали в предбрюшинном пространстве под поперечной фасцией. Цилиндр располагали во внутреннем паховом кольце и фиксирует задний лепесток эндопротеза. Передний лепесток эндопротеза закрывает дно пахового канала. Перед закрытием апоневроза наружной косой мышцы живота передний лепесток эндопротеза подшивали вдоль дна пахового канала узловыми швами из рассасывающихся нитей. Затем поверх него и канатика ушивали апоневроз наружной косой мышцы живота. При прямых паховых грыжах освобождали дно пахового канала вокруг грыжевого выпячивания. Затем над грыжевым выпячиванием рассекали поперечную фасцию и в предбрюшинное пространство помещали задний лепесток эндопротеза. Цилиндр располагали в дефекте поперечной фасции. Перед-

ний лепесток эндопротеза, как и при косых грыжах, закрывает дно пахового канала. Затем сверху ушивали апоневроз наружной косой мышцы живота.

Прооперированно 2 больных с использованием системы PHS. В одном случае грыжа была первичная косая, в другом рецидивная прямая. У одного больного с косой паховой грыжей операция сочеталась с пупочным грыжесечением, пластикой полипропиленовой сеткой фирмы Этикон (США). У обоих больных было использовано общее обезболивание. Послеоперационных осложнений не было. У всех больных раны зажили первичным натяжением. Больные активизировались на 1 – 2-е сутки после операции, болевой синдром был умеренный и не потребовал назначения наркотических анальгетиков. Пациенты смогли вернуться к своей нормальной физической активности через 6-7 дней после операции.

Первый опыт использования проленовой грыжевой системы PHS показал простоту и эффективность использования её при всех типах паховых грыж.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Б.С. Пиров, К.Н. Носиров (г. Душанбе)

Материалом нашего исследования послужил анализ результатов хирургического лечения 927 больных паховыми грыжами, оперированных в клинике общей хирургии ТГМУ в период с 1986 по 2001 годы. Мужчин было 879 (94,8%), женщин – 48 (5,2%). Возраст пациентов колебался от 18 до 70 лет.

В исследование включены 2 однородные группы больных по 150 человек. Первая группа больных оперирована общепринятыми методами, вторая – по способу разработанному в клинике.

С целью предупреждения рецидива заболевания, который чаще всего наблюдается при разволокнении апоневроза, мы для сохранения его кровоснабжения оставляем нада-поневротическую фасцию. Последняя имеет разветвленную сеть кровеносных капилляров и мелких сосудов и удаление этой фасции лишает возможности выхода фибрина и плотного припаивания апоневроза. Оставление надапоневротической фасции, т.е. "питающего" слоя между листками апоневроза способствует, как показали наши экспериментальные исследования, более прочному их слипанию.

Изучение результатов грыжесечения показало, что в первой группе в раннем послеоперационном периоде осложнения в виде нагноения и инфильтрата раны развились у 2,5% больных, в отдаленном периоде (10-15 лет) рецидив заболевания развился у 4,5%. Средний койко-день составил 8 суток. Во второй группе пациентов нагноение раны отмечено у 0,9% больных, рецидивов заболевания не отмечено, средний койко-день составил 5,5 суток.

Таким образом, для профилактики рецидива заболевания при хирургическом лечении паховых грыж целесообразно оставление надапоневротической фасции.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТКИ "PROLENE" В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский, Е.Н. Демин, С.Д. Трухманов,
А.В. Антонов, П.А. Рыкин, В.И. Мелкий, О.Л. Нестерук, Н.В. Туркина,
В.А. Косарев, А.В. Закаржевский (г. Санкт-Петербург)

Применение полипропиленовой сетки при лечении различных заболеваний используется нами более 6 лет. За это время данный вид материала использовали при выполнении следующих оперативных вмешательств: лапароскопической герниопластики – 1159, операции Лихтенштейна – 27, паховой герниопластики системой PHS – 3, устранении послеоперационных вентральных грыж – 37, устранении диастаза прямых мышц живота – 3, нефропексии – 11, операций при стрессовом недержании мочи у женщин – 37, ринопластики – 21, маммопексии – 3. В подавляющем большинстве случаев использовалась сетка производства "Johnson & Johnson", в ряде случаев – "ТУСО" и "Линтекс".

Применение имплантатов с целью устранения грыж брюшной стенки и диастаза прямых мышц живота позволило добиться снижения количества рецидивов в целом до 0,3%. Нами зафиксировано 4 рецидива грыжи после лапароскопической герниопластики, относящиеся к периоду освоения методики.

В одном случае сетка использовалась для выполнения нефропексии из традиционного доступа. Операция выполнялась по поводу рецидивного нефроптоза у пациентки с множеством чревосечений в анамнезе. В остальных случаях выполнены эндовидеохирургические вмешательства. Мы имеем опыт выполнения как трансабдоминальных, так и люмбоскопических операций. При отсутствии операций на органах брюшной полости или наличии люмботомии в анамнезе, необходимости выполнения операций на обеих почках одновременно нами используется трансабдоминальный доступ. У пациентов с перенесенными ранее лапаротомиями и левосторонним нефроптозом предпочитаем люмбоскопическую нефропексию.

Для лечения стрессового недержания мочи у женщин используем методику "TVT". Данный вид операции позволяет эффективно и в короткие сроки ликвидировать указанную патологию.

При проведении пластических операций полипропиленовая сетка используется для создания дополнительного каркаса мягких тканей. Большинство пациентов были выписаны из стационара на 1-3 сутки.

Из специфических осложнений, связанных с применением сетки, отмечаем образование сером у 8,37% пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику. Единственный случай отторжения сетки связан именно с длительным консервативным лечением серомы паховой области после трансабдоминальной лапароскопической герниопластики. Имплантат удален через 2 месяца после операции. В данном случае использовалась сетка производства "Auto Suture". Микроскопия удаленной сетки выявила её фитильные свойства. В то же время, отторжение сетки "Johnson & Johnson" не

наступило в случаях развития разлитого перитонита у пациента, перенесшего лапароскопическую герниопластику, и нагноения раны после операции Лихтенштейна. При выполнении остальных операций осложнений не было.

Таким образом, применение сетки "PROLENE" является перспективным направлением, позволяющим выполнять целый ряд эффективных и малотравматичных оперативных вмешательств. Причины развития специфических послеоперационных осложнений требуют дальнейшего исследования для создания способов их профилактики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский (г. Санкт-Петербург)

Произведен анализ результатов 1159 лапароскопических трансперитонеальных предбрюшинных герниопластик, выполненных за период с 1996 по 2002 год. Операции выполнялись под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. В качестве имплантатов чаще всего использовали полипропиленовую сетку производства "Johnson&Johnson", реже "ТУСО" и "Линтекс".

Большинство пациентов составляли мужчины с правосторонними паховыми грыжами. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет. Симультанно выполнено 157 операций по поводу пупочных грыж, 28 холецистэктомий, 5 аппендэктомий, 1 нефропексия, 13 операций Винкельмана, 3 геморроидэктомии, 37 гинекологических операций, 3 флебэктомии. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 2,4 суток и колебалась от 12 часов до 4 суток.

Нами зафиксирован ряд осложнений. Кровотечение из троакарных ран – 3 (0,25%), нагноение послеоперационных ран – 5 (0,43%), перфорация слепой кишки – 1 (0,08%), послеоперационный парез кишечника – 3 (0,25%), послеоперационный плечелопаточный болевой синдром – 81 (6,98%), серомы и гематомы паховой области – 97 (8,37%), невралгии и парестезии – 47 (4,05%), эмфизема средостения – 1 (0,08%), обширная подкожная эмфизема – 1 (0,08%), отторжение сетчатого имплантата – 1 (0,08%), ущемленная троакарная грыжа – 1 (0,08%), рецидив грыжи – 4 (0,36%).

Летальных исходов не было. Большинство осложнений пришлось на первые 300 операций. Повторно оперировано 10 (0,86%) больных. Объем операций был различным, от прошивания сосуда в ране до лапаротомии по поводу разлитого перитонита. Все зафиксированные рецидивы были успешно устранены лапароскопически. Невралгии и парестезии в послеоперационном периоде, как правило, не ограничивали физической активности пациентов и были купированы в течение ближайших недель.

Преимуществами операции являются малая травматичность, ранняя реабилитация пациентов, наличие этапа лапароскопической диагностики, широкие возможности выполнения симульных операций, профилактика образования бедренной грыжи при устранении паховой и наоборот.

К относительным недостаткам можно отнести дороговизну расходных материалов, длительный период освоения методики, необходимость общей анестезии, отсутствие идеального сетчатого материала.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ

А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский (г. Санкт-Петербург)

Операции по поводу пахово-мошоночных грыж довольно часто являются технически сложными и травматичными. Результаты этих вмешательств далеки от идеальных. Стандартная методика лапароскопической трансперитонеальной предбрюшинной гернио-пластики в этом случае имеет как преимущества, так и недостатки. Минимальная травма передней брюшной стенки и безнатяжное ее протезирование сетчатым имплантатом является несомненным достоинством метода. Выделение грыжевого мешка по травматичности, времени и трудоемкости уступает способам открытой хирургии.

В течение последних двух лет мы с успехом используем собственную методику устранения пахово-мошоночных грыж. Лапароскопическим доступом мы не выделяем грыжевой мешок, а циркулярно его отсекаем после вскрытия брюшины над грыжевыми воротами. После этого устанавливаем и фиксируем сетку стандартным образом. К месту фиксации сетки предбрюшинно вводим дренаж и выполняем перитонизацию. Дренаж устанавливаем на активную аспирацию. Из разреза на мошонке длиной около 3 сантиметров выделяем отсеченный грыжевой мешок. При выполнении этого этапа сохраняем минимальное давление CO₂ в брюшной полости (до 4 мм рт.ст.). В этом случае грыжевой мешок выступает из операционной раны в виде шара наполненного газом. Это обстоятельство значительно облегчает его идентификацию в элементах семенного канатика и, соответственно, уменьшает травматичность данного этапа.

Подобным образом мы выполнили 17 операций. Во всех случаях использовалась сетка "Johnson&Johnson". У 2 больных из доступа на мошонке была выявлена и ликвидирована водянка яичка. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде использование наркотических анальгетиков не потребовалось. Во всех случаях длительность стационарного лечения была 2 суток. Пациенты наблюдаются в сроки от 24 до 5 месяцев. Рецидивов нет.

Использование комбинированного доступа исключает наиболее травматичный и длительный лапароскопический этап. Применение активного дренирования в первые сутки уменьшает количество сером и гематом семенного канатика.

Данную методику мы называем трансабдоминальной комбинированной герниопластикой. Рациональное совмещение элементов откры-

той и лапароскопической хирургии позволяет эффективно устранять данный вид грыж.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

В.И. Прохоров, А.Г. Сохнин, А.Г. Климов (г. Барнаул)

Традиционные герниопластики с использованием местных тканей сопровождаются большим числом рецидивов. Поэтому в последнее время вновь возрос интерес к гернио-пластике с применением различных синтетических материалов в виде сеток. Наиболее удачной, с нашей точки зрения, является полипропиленовая сетка "ПРОЛЕН".

Мы применили сетку "ПРОЛЕН" у 21 больного с гигантскими послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Дефект грыжевых ворот 10-25 см и более. Все эти больные страдали одновременно ожирением III-IV степени. У 8 из них, наряду с ожирением IV степени, был выражен кожно-жировой фартук, который значительно снижал качество жизни или приводил к значительной потере трудоспособности.

Всем больным в обязательном порядке проводилась предоперационная подготовка в амбулаторных условиях: компрессия брюшной полости в течение 4-5 недель, дыхательная гимнастика, а, в ряде случаев, и лечение операционного поля.

После иссечения старого послеоперационного рубца, раны, как правило, заживали вторичным натяжением. После иссечения кожного рубца выделяли грыжевой мешок. У 8 больных сопоставление краев грыжевых ворот производилось без вскрытия грыжевого мешка. У 13 больных герниопластика была выполнена внутрибрюшинным способом с ревизией, отделением припаявшихся к грыжевому мешку и брюшной стенке петель кишечника и большого сальника. Внутрибрюшинный способ герниопластики позволяет избежать опасности развития острой кишечной непроходимости вследствие перегиба кишечных петель. После выполнения герниопластики выкраивали сетку из "ПРОЛЕНА", укладывали на апоневроз таким образом, чтобы создать запас сетки, отступив от места пластики на 2-3 см с обеих сторон, подшивали протез отдельными швами к апоневрозу. У всех больных между сеткой и подкожной жировой клетчаткой оставлялась дренажная трубка, которая удалялась через 2-3 дня по мере прекращения выделения серозно-сукровичной жидкости.

Рецидив грыжи возник у 1 больной, что было связано с техническими погрешностями при подшивании сетки.

Отдаленные результаты герниопластик с применением сетки "ПРОЛЕН" у больных с гигантскими грыжами передней брюшной стенки и выраженным кожно-жировым фартуком позволяет получить хорошие результаты и косметический эффект.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАНТА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Х.И. Тилов (г. Рязань, г. Нальчик)

В последние годы внимание исследователей сосредоточено как на снижении частоты рецидивов после герниопластики, так и на сокращении периода нетрудоспособности больных. С этой целью стали широко применяться сетки-протезы для первичной пластики паховых грыж.

В нашей клинике выполнено 137 операций с использованием сетчатых имплантантов ("Surgipro mesh", ТУСО): 74 – лапароскопическая герниопластика (1 группа), 17 – лапароскопически-ассистированная герниопластика (2 группа) и 46 – герниопластика по Лихтенштейну (3 группа). Показаниями к хирургическому лечению в 1 группе были 2-х сторонние и рецидивные паховые грыжи у лиц трудоспособного возраста, во 2 группе – лапароскопическая герниопластика дополнялась открытым выделением грыжевого мешка из-за больших размеров последнего. В 3 группе больные не могли быть оперированы лапароскопическим доступом вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем и пожилого или старческого возраста, делающих опасными для жизни проведение общей анестезии и наложение пневмоперитонеума.

У всех больных получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Средняя длительность госпитализации составляла 2, 3 и 3 койко-дня в 1, 2 и 3 группах соответственно. Послеоперационных осложнений не было. Средняя длительность временной нетрудоспособности у работающих пациентов не превышала 30 суток во всех группах.

В отдаленном послеоперационном периоде в 1 группе наблюдался один рецидив косой паховой грыжи через 3 года после лапароскопической герниопластики – больной оперирован повторно лапароскопическим доступом – причиной рецидива стала миграция сетчатого протеза, видимо, вследствие его малых размеров и недостаточной фиксации.

Таким образом, различные методики герниопластики с использованием сетчатых имплантантов, сочетающие в себе высокую эффективность и минимальную степень инвазивности, являются наиболее перспективными в практической герниологии и в ближайшем будущем найдут самое широкое применение в хирургических клиниках.

ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ КОМБИНИРОВАННЫМ СПОСОБОМ

С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А. Супильников (г. Самара)

Рассматривая известные способы герниопластики с точки зрения биомеханической концепции патогенеза вентральных грыж, становится по-

нятым, что при сшивании грыжевых ворот с натяжением происходит уменьшение объема брюшной полости. Следствием этого является повышение внутрибрюшного давления, приводящее к развитию как местных, так и общих осложнений. Выполнить операцию при грыжах брюшной стенки без натяжения позволяет комбинированный способ пластики.

Комбинированный способ пластики грыж по I варианту позволяет восстанавливать анатомическое строение брюшной стенки без повышения внутрибрюшного давления и увеличения натяжения тканей, однако имеет ограничения. Во-первых, в случаях когда медиальные края прямых мышц живота находятся на уровне среднеключичных или даже передних подмышечных линий, то есть ширина грыжевых ворот превышает ширину прямых мышц живота. Во-вторых, при больших сроках грыженосительства, когда, в результате соединительнотканного перерождения, подлежащие мышцы брюшной стенки теряют свою эластичность, становятся практически неподвижными.

Для таких ситуаций нами предложен второй вариант операции "Способ герниопластики при больших и гигантских грыжах по Белоконеву В.И.", патент на изобретение № 2137432.

В проекции грыжевого выпячивания окаймляющим разрезом кожи с подкожной клетчаткой выделяем грыжевой мешок до грыжевых ворот, широко освобождая вокруг них влагалища прямых мышц живота. После вскрытия грыжевого мешка выполняем внутрибрюшной этап операции и брюшную полость ушиваем оболочками грыжевого мешка. Отступив 2 – 5 см от края грыжевых ворот, продольно рассекаем с обеих сторон передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Образовавшиеся медиальные лоскуты апоневроза сшиваем между собой у верхнего и нижнего полюса без натяжения. В центре грыжевых ворот между медиальными лоскутами оставляем дефект, который не удастся ушить без натяжения. Последний и обнаженные прямые мышцы укрываем эксплантатом соответствующих размеров с помощью атравматических рассасывающих нитей по периметру малого, а затем большого диаметра. Таким образом, в центре завершенной пластики к эксплантату прилежат только оболочки грыжевого мешка и брюшина, а по периферии прямые мышцы живота, задний листок их апоневроза, брюшина. В качестве эксплантата используем полипропиленовую сетку, в качестве шовного материала – викрил, полисорб, биосин, монокрيل.

Пластика грыжевых ворот комбинированным способом выполнена 282 больным, из них 13 (4,6%) – по II варианту. Из второй группы пациентов в 2-х случаях наблюдался ограниченный краевой некроз кожи и в 2-х – длительные серомы. Сроки наблюдения до шести лет, рецидивов и летальных исходов не отмечено.

Рассматривая обоснованность пластики грыж комбинированным способом различными вариантами, считаем, что они приближают функцию передней брюшной стенки к наиболее физиологическим условиям, позволяют избежать тяжелых общих осложнений.

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖ СЕТЧАТЫМ ПРОТЕЗОМ

С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А. Супильников, О.Н. Мелентьева (г. Самара)

Для лечения больных с большими и гигантскими грыжами мы применяем комбинированные способы пластики, составляющим элементом которых является использование эксплантата, который замещает передний листок влагалищ прямых мышц живота. С 1997 года для закрытия дефекта между латеральными листками рассеченных влагалищ прямых мышц живота нами широко стали применяться полипропиленовые протезы фирм "ЭТИКОН" марки PML-1, "AUTO SUTURE" SURGIPRO MESH марок SPM-66W и SPMM – 149 и "Линтекс" (Санкт-Петербург), а так же рассасывающийся шовный материал, который накладывается непрерывным швом. При этом оболочки грыжевого мешка, медиальные листки рассеченных влагалищ прямых мышц живота сшиваются непрерывными нитями викрил, полисорб или полигликолид, подкрепляя их через каждые 5 см узловыми швами из тех же нитей. Полипропиленовая сетка фиксируется к латеральным листкам рассеченных влагалищ прямых мышц живота нитью полисорб, биосин или монокрил. В результате этого резко сократилось количество используемого шовного материала, время оперативного вмешательства, уменьшился период выраженной пролиферативной реакции в ране и изменился клеточный состав раневого отделяемого. Количество и характер послеоперационных осложнений указаны в таблице 1.

Таблица 1

Характер и частота осложнений при пластике грыж
комбинированными способами

Характер осложнения	Вариант 1 (231 больной)	Вариант 2 (13 больных)	Всего абс (%)
МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ			
Серома	2	2	4 (1,6%)
Инфильтраты	1		1 (0,4%)
Асептический некроз клетчатки	5	2	7 (2,9%)
Некроз кожи	3	1	4 (1,6%)
Кожно-подкожные свищи*	4	-	4 (1,6%)
Всего:	15	5	20 (8,2%)
ОБЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ			
Кишечная непроходимость	1	-	1 (0,4%)
Умерло	1	-	1 (0,4%)
Всего:	2	-	2 (0,8%)

У 4 (1,6%) больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет образовались кожно-подкожные свищи, имеющие связь с трансплантатом. При применении синтетических материалов все осложнения возникли при использовании сетки SURGIPRO* MESH марки SPM-66W, что потребовало удаления трансплантата. 1 (0,4%) больной умер после выписки от тромбоза легочной артерии. В связи с развитием асептического некроза подкожной клетчатки повторно оперировано 7 (2,9%) больных, у 4 (1,6%) больных возник ограниченный некроз кожи, не требующий активных хирургических мероприятий. 1 больная оперирована повторно в связи с развитием острой спаечной кишечной непроходимости.

Отдаленные результаты изучены в сроки до 6 лет, рецидивов грыж, в том числе и у пациентов после удаления трансплантатов, не обнаружено.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО АУТОИМПЛАНТАТА КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

В.П. Рехачев, Я.А. Насонов, Е.А. Петухов (г. Архангельск)

Множество способов, применяемых для пластики передней брюшной стенки при послеоперационных грыжах, можно разделить на две группы: с использованием местных тканей и с использованием дополнительных материалов. Из дополнительных материалов чаще применяются аутологичские материалы (аутопластика) и эксплантантные материалы (аллопластика).

В клинике факультетской хирургии СГМУ, расположенной на базе 1-й городской ордена "Знак почета" клинической больницы, накоплен большой опыт в герниологии. До 1951 года операции при послеоперационных грыжах проводили только с использованием местных тканей. С 1951 года и до настоящего времени по показаниям применяем кожные аутоимплантаты.

Разработанная методика операции заключается в следующем:

1. грыжесечение с обязательным рассечением внутрибрюшных спаек;
2. при наличии сопутствующего диастаза сближение прямых мышц между собой;
3. при выпячивании и отвисании брюшной стенки производится их устранение путем образования соответствующей глубины и длины поперечной апоневротической складки;
4. достигнутые результаты апоневротической пластики фиксируются посредством кожных имплантатов, выкраиваемых в зоне операционного поля, что ведет к укреплению брюшной стенки, образуя аутопластический бандаж.

Только за последние 25 лет в клинике прооперировано около 1,5 тысяч больных с послеоперационными вентральными грыжами. Среди них до 75% составили женщины, преобладали лица в возрасте более 50 лет (72%). Почти у половины больных грыжи (преимущественно большие и гигантские) сопровождалась диастазами прямых мышц живота, а также расслаблением и отвисанием брюшной стенки.

Именно эта группа и требует дополнительных методов пластики (в частности, применения аутоимплантанта).

Успех операции во многом зависит от адекватного обезболивания и комплексной предоперационной подготовки, объем которой увязывался с величиной грыжи и сопутствующей патологией. Кожный лоскут освобождал от эпидермиса и подкожной клетчатки, используя метод В.Н.Янова.

Осложнения после операции с применением кожного имплантанта составили не более 3%. Рецидив грыжи при применении пластики местными тканями возник в 12% наблюдений, а после аутодермальной пластики – всего в 4,5%.

Применение метода аутопластики достаточно эффективно и с экономической точки зрения. Результаты напрямую зависят от четко выбранных показаний, тщательности предоперационной подготовки, а также реабилитационного режима в послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЖИВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СЕТЧАТЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИМПЛАНТАЦИИ

М.А. Рубинов, В.А. Козлов, Л.П. Истранов, Р.К. Абоянц, Е.Ю. Левчик, С.А. Воробьев (г. Екатеринбург)

Изучены в эксперименте свойства оригинальных аллотрансплантатов для пластики грыжевых ворот (Патент РФ № 2143868 от 10.01.00) в сравнении с некоторыми мелко-ячеистыми сетчатыми эксплантатами – сетки лавсановая медицинская и капроновые (из монофиламентной нити – Витебский ГТИ, Беларусь, крученной – ВНИИ ХП, Санкт-Петербург), полипропиленовая ("Линтекс", Санкт-Петербург), имплантат углеродный "Карбоникс И" (ООО"АРГО-МЕД", Самара)). Оригинальные аллотрансплантаты (НИЦ ММА им. И.М.Сеченова) состоят из трех слоев: компактно-пористых наружного и внутреннего из солюбилизованного ателопептидного коллагена, комплексированного с антисептиком, с заданными сроками резорбции, и помещенной между ними мелкоячеистой полимерной сетки. В данном исследовании использовали лавсановую и полипропиленовую основы, аналогичные контрольным сериям.

Выполнено 140 операций замещения сквозных (70) и неполных (70) дефектов брюшной стенки, полученных путем иссечения участков косых мышц живота (2 x 2 см) у половозрелых кроликов-самцов калифорнийской породы весом 2,5 – 3 кг. Эксплантаты фиксировали "в край" дефектов брюшной стенки, узловыми капроновыми (№ 2-3) швами с интервалом 0,5 см. Антибактериальную терапию не применяли. Выведение животных из опыта осуществляли введением летальной дозы барбитурата с последующим макроскопическим секционным исследованием. Гистологические препараты фиксировали в 10% нейтральном формалине, окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону. Сроки послеоперационного наблюдения за животными составили 3, 7, 15, 30 и 90 суток. В 1-ой серии опытов сетки укрывали подкожной

клетчаткой снаружи, они контактировали со свободной брюшной полостью изнутри. Во 2-ой серии эксплантаты снаружи укрывали оставленными не иссеченными лоскутами апоневроза, изнутри они прилежали к органам брюшной полости. В 3-ей и 4-ой группах экспериментов сетки подшивали к краям дефектов брюшной стенки без вскрытия париетальной брюшины. В третьей серии они снаружи контактировали с подкожной клетчаткой, в четвертой были открыты лоскутами апоневроза наружной косой мышцы живота.

При подкожном и подапоневротическом расположении всех видов сетчатых эксплантатов, без вскрытия париетальной брюшины, получены удовлетворительные результаты, инфекционных осложнений не было. Эксплантаты приживались преимущественно путем инкапсуляции ("Карбоникус И"), смешанной инкапсуляции и сквозного прорастания ячеек грубоволокнистой соединительной тканью (пролен, лавсан), преобладающего прорастания в ячейки коллагеновых волокон рубца (капрон). В ближайшие сроки сетчатая основа обоих оригинальных комбинированных аллотрансплантатов инкапсулировалась вместе с пористыми слоями из коллагена, а в ранние – прорастала хорошо васкуляризованной, нежной волокнистой соединительной тканью по мере рассасывания наружных слоев. Через 1-3 месяца пучки коллагеновых волокон внутреннего слоя капсулы приобретали ориентацию, близкую к направлению во внутреннем листке поперечной фасции живота. При контакте эксплантатов со свободной брюшной полостью, за исключением оригинальных комбинированных, в 50-100% случаев наблюдали спайки с ними органов брюшной полости. При использовании лавсановой сетки большой сальник спайками полностью изолировал ее от брюшной полости, в поздние сроки подпаянные участки подвергались грубому склерозированию; капсула сетки была выражена слабо, преобладало вертикальное прорастание грубой волокнистой соединительной тканью с очагами гиалиноза. Спаечный процесс в месте контакта капроновых сеток с брюшной полостью был мало выражен, рубцевание не было грубым. В 5 опытах из 10 наблюдали спайки сальника и петель кишечника в месте имплантации сетки из полипропилена. Выраженный местный спаечный процесс наблюдали при использовании "Карбоникуса И", с формированием в ранние сроки плотной толстостенной капсулы. Через 30 суток и более характер рубцевания тканей брюшной стенки вокруг оригинальных эксплантатов определялся только свойствами сетчатой основы и мало отличался от выявленного для соответствующих контрольных серий опытов.

О ТАКТИКЕ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

В.В. Рыбачков, В.Н. Серебряков, Б.В. Флегонтов, А.В. Тевяшов, Б.А. Волков
(г. Ярославль)

Послеоперационные вентральные грыжи являются серьезным поздним послеоперационным осложнением, существующим на протяжении всей истории хирургии брюшной полости.

В клинике госпитальной хирургии ЯГМА за последние 15 лет оперировано 470 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 20 до 80 лет. Среди них 403 женщины. В 166 случаях (35,8%) операции выполнялись по экстренным показаниям. Причинами, способствующими развитию грыжи в послеоперационном периоде являлись нагноение раны у 282 больных (60%) и проведение через рану тампонов и дренажей у 150 пациентов (32%).

Клинически послеоперационные вентральные грыжи проявляли себя в виде характерного грыжевого выпячивания, сопровождавшегося болевым синдромом и диспептическими расстройствами: отрыжкой в 38% случаев, тошнотой в 35%, метеоризмом в 25%. Выраженность данной симптоматики во многом зависит от величины грыжи и наличия в ней спаечного процесса.

Малые послеоперационные вентральные грыжи отмечены у 222 пациентов (47,2%), у 146 (61%) из них при операции выявлен спаечный процесс. Средняя послеоперационная грыжа наблюдалась у 184 (39%) больных, спаечный процесс отмечался у 154 (83,6%) пациентов. Большие послеоперационные грыжи выявлены у 64 (13,7%) больных и у 54 (84%) из них отмечены спайки брюшной полости. Всего наличие спаечного процесса выявлено у 356 (75%) пациентов.

При малых и средних размерах послеоперационных вентральных грыж операцию заканчивали одним из существующих аутопластических способов. При больших – проводили укрепление послеоперационного рубца сетчатым или аутодермальным трансплантантом. Общая летальность составила 3,8%. При ущемленных грыжах – 8,4%.

Оценивая клиническую симптоматику и морфологические изменения в брюшной полости во время операции, установлено, что развитие спаечного процесса в брюшной полости приводит к усилению диспептических явлений. Сращения наблюдались в зоне грыжевых ворот и в мешке у 110 пациентов (23,4%), прилегающих петлях кишки у 153 больных (32,5%), в петлях кишки в сочетании с рубцовой деформацией большого сальника у 93 (19,8%) больных. У 114 пациентов (24,3%) спаечного процесса не обнаружено. С учетом полученных данных мы считаем, что во время операции должна выполняться ревизия брюшной полости с устранением обнаруженных висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений.

Наличие спаечного процесса в брюшной полости у 75% пациентов с послеоперационными вентральными грыжами заставляет обращать внимание на профилактику образования спаек во время оперативных вмешательств. Это достигается, прежде всего, бережным обращением с тканями, тщательной санацией брюшной полости, широким иссечением старых послеоперационных рубцов с очагами дремлющей инфекции, использованием большого сальника в качестве пластического материала.

ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

Г.П. Рычагов, С.С. Стебунов
(г. Минск)

Высокий уровень рецидивов после традиционных видов герниопластики грыж брюшной стенки способствовал разработке сетчатых эндопротезов, которые начали широко применяться для лечения грыжевой болезни. Наибольшую популярность для гернио-пластики в настоящее время получила полипропиленовая сетка.

Мы располагаем опытом лечения 86 больных в возрасте от 39 до 82 лет. Женщин было 39, мужчин – 47. Традиционная герниопластика применена у 50 больных: у 32 была вентральная грыжа или грыжа белой линии живота и у 18 – паховая или пахово-мошоночная грыжа. Лапароскопическая герниопластика произведена у 36 больных: у 33 по поводу паховой грыжи и у 3 – вентральной. У 37 больных использована отечественная и у 49 – импортная полипропиленовая сетка.

Послеоперационные осложнения наблюдались лишь у 4 (4,6%) больных. После традиционной герниопластики в одном случае отмечено нагноение раны, потребовавшее удаления сетчатого эндопротеза отечественного производства, во 2-ом – развилась серома, излеченная консервативно.

При лапароскопической герниопластике послеоперационные осложнения также встретились в 2-х случаях: в одном – отмечена гематома мошонки, которая рассосалась после консервативной терапии, во 2-ом – после пластики вентральной грыжи после аденоэктомии произошло инфицирование мочой сетчатого эндопротеза, вследствие возникновения на 8-е сутки свища мочевого пузыря в результате термической травмы. После удаления эндопротеза и наложения эпицистостомы наступило выздоровление больного.

Послеоперационная летальность у наших больных отсутствовала.

При сопоставлении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики необходимо отметить определенные преимущества последней. Это выразалось в более легком течении послеоперационного периода, наличии возможности лапароскопической диагностики сопутствующей патологии и устранению ее по ходу операции. Среди наших больных в 14 случаях выполнены различные симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Таким образом, герниопластика с использованием полипропиленовой сетки в традиционном и лапароскопическом исполнении является перспективным направлением лечения грыжевой болезни. Для этой цели можно успешно использовать как импортные, так и отечественные (белорусско-производства) сетчатые эндопротезы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.В. Сажин, М.Н. Дёмин, М.И. Чадов, А.Л. Авдовенко
(г. Новомосковск)

Проведён анализ лечения 174 больных с вентральными грыжами. Из них 85 подвергнуты аутопластическому способу закрытия грыжевых ворот, у 69 использован способ дополнительного укрепления передней брюшной стенки аутодермопластическим лоскутом и у 20 пациентов применена ненатяжная герниопластика с использованием сетчатых эндопротезов. Всем больным в предоперационном периоде проводилось УЗИ с определением диаметра грыжевых ворот, определение показателей функции внешнего дыхания. При всех вариантах "натяжной" пластики при нарушении вентиляционных показателей, за неделю до операции производилось тугое бандажирование с целью адаптации больного к повышению внутрибрюшного давления. Больным с ненатяжной герниопластикой данная процедура выполнена лишь в случае больших размеров грыжевого мешка, так как закрытие грыжевых ворот без натяжения тканей не влияет на величину внутрибрюшного давления. Ненатяжная пластика проведена, в основном, у больных с обширными или гигантскими грыжами. Использовалась полипропиленовый сетчатый эндопротез "Surgipro Mesh" различных размеров, что зависело от диаметра грыжевых ворот. Фиксация сетки производилась аналогичной нитью "Surgipro 1-0" непрерывным швом к краям грыжевого дефекта с предварительной фиксацией сетки узловыми швами по полюсам. Принципиальной особенностью выполнения ненатяжной герниопластики считаем сохранение целостности грыжевого мешка, так как непосредственный контакт сетки с мезотелиальной поверхностью брюшины усиливает её реакцию, что может явиться причиной длительных сером раневой полости. Отмечено более благоприятное течение интраоперационного периода при ненатяжной пластике, связанное как с технической простотой способа, так и со стабильными показателями вентиляции и гемодинамики. В послеоперационном периоде отмечена более ранняя активизация больных, значительное снижение болевого синдрома по сравнению с натяжным грыжесечением. Рецидивы отмечены у 19 (22,3%) больных после фасциально-апоневротических пластик, в 14 (20,3%) случаях после аутодермальной пластики и при использовании ненатяжной пластики рецидивов не выявлено. Следует отметить, что в первых 2 случаях сроки наблюдения составляют 10-15 лет, в последнем случае сроки наблюдения составляют от 3 мес. до 6 лет. Количество рецидивов в первых 2 случаях составило 44 (28,6%); серома – 19; нагноение раны – 12; гематома – 1; пневмония – 14. При использовании сетчатого эндопртеза осложнения в виде серомы отмечены в 4 (20%) случаях. При этом у 1 больной отхождение серозной жидкости в объёме 100 – 200мл отмечалось в течение 1 месяца, что, вероятно, связано с индивидуальной реакцией на полимер.

Таким образом, в настоящее время ненапряжные способы закрытия грыжевых ворот являются перспективным направлением в хирургии вентральных грыж. Методика имеет ряд преимуществ, но, тем не менее, не лишена специфических труднопрогнозируемых недостатков. По нашему мнению, пластика с использованием сетчатого эндопротеза абсолютно показана при обширных, гигантских и рецидивных послеоперационных вентральных грыжах.

ВЫБОР ВАРИАНТОВ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.П. Сажин., Ю.А. Комов, А.С. Коновалов (г. Новомосковск)

С целью определения экономической и медицинской эффективности использования стационарозамещающих технологий, был проведен анализ оперативного лечения больных с вентральными грыжами в амбулаторных условиях.

Все операции и последующее лечение проводились в Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) с дневным стационаром и стационаром на дому на базе поликлинического отделения ММУ "Новомосковская городская больница".

За период с 1997 по 2001г. амбулаторно выполнено 205 грыжесечений. При оценке эффективности лечения в условиях ЦАХ учитывали такие показатели, как сроки нетрудоспособности, число осложнений, длительность пред- и послеоперационного периода, исход заболевания, затраты лечебного учреждения. Для сравнения была взята сопоставимая группа больных, оперированных в стационаре ММУ "НГБ". По возрасту преобладали больные в пределах 40-69 лет (75%), мужчины 138 (79%), женщины 36 (21%). Сопутствующие заболевания были отмечены в 15% случаев, в основном это ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь.

Работающие – 105 чел., неработающие – 69 чел. Все пациенты проживали в городе и имели возможность выбора места операции (в стационаре или амбулаторно).

Метод оперативного лечения применялся в зависимости от локализации грыжи. При пупочных – грыжесечение с пластиной по Мейо, при паховых и бедренных – по Спасокукоцкому, Постемпски, Бассини. Средние сроки лечения в ЦАХ составили 4,4 суток, в стационаре – 7,1 суток. Предоперационный период в ЦАХ – 0 (ноль), в стационаре – 1,7 суток. Средние сроки нетрудоспособности больных, оперированных в амбулаторных условиях – 20,4 суток., в стационаре – 22,3 суток. Осложнения: в ЦАХ 2 случая нагноения послеоперационной раны, в стационаре – серома 3 случая, гематома раны – 1 случай.

Исход лечения – в ЦАХ 9 рецидивов, в стационаре – 10 рецидивов.

Затраты на лечение больных в стационаре по статьям расходов на медикаменты, питание, заработную плату с начислениями и непрямыми расходами по сравнению с амбулаторными оказались выше в 6,6 раза.

Организационная структура ЦАХ позволяет оперировать пациента в день поступления, тогда как в стационаре на срок операции существенно влияют такие факторы, как временные затраты на оформление пациента в приемном покое, сопровождение и обустройство в палате отделения, осмотр лечащего врача, проведение необходимой предоперационной подготовки.

Более длительные сроки лечения в стационаре после операции, обусловлены не тяжестью состояния больного, а неподготовленностью (физически и психологически) пациента к смене режима и условий дальнейшего лечения. Отсутствие необходимости в смене места лечения у пациентов, оперированных амбулаторно, положительно влияет на медицинские и экономические показатели работы ЦАХ.

Таким образом, использование стационарозамещающих технологий в хирургическом лечении больных с грыженосителем, позволяет сократить затраты и улучшить результаты лечения на всех этапах оказания медицинской помощи.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБАВОЧНЫХ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

С.А. Салехов, А.И. Корабельников, С.В. Корабельников
(г. Великий Новгород)

Одной из причин этих неудовлетворительных результатов являются технические погрешности при выполнении герниопластики. Предпосылками для развития рецидивов после операции по поводу послеоперационных вентральных грыж являются добавочные грыжи небольших размеров, располагающиеся вокруг основных грыжевых ворот. В ряде случаев их не удается обнаружить, и, соответственно, они не ликвидируются во время операции. Интраоперационная диагностика добавочных грыжевых ворот позволит своевременно их устранить и снизить риск рецидивов после герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

Мы разработали "Способ диагностики добавочных грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах", который позволяет повысить качество диагностики грыжевых ворот.

Методика заключается в том, что предоперационную подготовку проводят методом прогрессирующего пневмоперитонеума. Соответственно, в брюшной полости создается повышенное давление. Во время операции производят выделение грыжевого мешка с содержимым и грыжевых ворот из окружающих тканей. После этого грыжевой мешок, не вскрывая его, вместе с содержимым вправляют в брюшную полость, чем достигается еще большее увеличение внутрибрюшного давления. При этом париетальная брюшина пролабирует через добавочные грыжевые ворота в виде округлых выпячиваний, которые либо визуализируются, либо определяются пальпаторно в окружающих тканях, что позво-

ляет одномоментно не только ликвидировать основные, но и добавочные грыжевые ворота. "Способ диагностики добавочных грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах" был применен во время грыжесечения у 72 больных. Это позволило выявить добавочные грыжевые ворота у 64 больных. У 53 из них были выявлены добавочные грыжевые ворота в количестве от 2 до 8.

Таким образом, применение "Способа диагностики добавочных грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах" позволяет улучшить качество оперативного лечения больных с данной нозологией.

ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ И БЕДРЕННЫМИ ГРЫЖАМИ – 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

В.М. Седов, С.Д. Тарбаев (г. Санкт-Петербург)

При некоторых формах паховых и бедренных грыж традиционные виды гернио-пластики сопровождаются высоким уровнем рецидивов, достигающим 12 -15%.

Сравнительный анализ топографо-анатомических особенностей строения поперечной фасции в норме и у больных с различными видами паховых грыж показал, что это образование играет существенную роль в генезе грыж и его несостоятельность должна быть устранена при герниопластике. У 46% пациентов поперечная фасция и ее производные истончены и разволокнены в обеих паховых ямках вне зависимости от вида паховой грыжи. В этих случаях предпочтительной оказалась преперитонеальная герниопластика с протезированием брюшной стенки.

С 1992 по 2001 год эта операция выполнена 436 больным в возрасте от 20 до 78 лет. Показания к преперитонеальной герниопластике с протезированием брюшной стенки классифицированы следующим образом:

1. Клинико-анатомические:
 - 1.1. двусторонние косые и прямые паховые грыжи;
 - 1.2. множественные грыжи брюшной стенки;
 - 1.3. рецидивные грыжи;
 - 1.4. большие по размерам грыжи;
 - 1.5. скользящие грыжи;
 - 1.6. сочетанные и комбинированные формы грыж.
2. Общие:
 - 2.1. хронические заболевания легких;
 - 2.2. хронические запоры;
 - 2.3. желание в послеоперационном периоде выполнять физическую работу и заниматься спортом.

Операции выполнялись по оригинальной технологии из преперитонеального доступа с протезированием брюшной стенки лавсановыми и полипропиленовыми сетчатыми протезами. В зависимости от вида паховой

или бедренной грыжи используются разработанные специальные технические приемы, позволяющие создать хорошо укрепленную стенку в зоне грыжевых ворот.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения имели место у 14 (3,2%) больных. У двух больных отмечена раневая инфекция с инфицированием имплантата, в одном случае потребовалось его удаление. У пяти больных имелась проходящая водянка оболочек яичка и еще у пяти – отек семенного канатика. У двух больных сформировалась гематома в области послеоперационной раны. Умерли двое больных, оперированных по поводу ущемленной паховой грыжи (на 27 и 14 сутки после операции).

Отдаленные результаты в сроки от 2 до 10 лет изучены у 95% больных. Болевого синдрома в зоне операции не отмечалось. Рецидив грыжи выявлен в 1,3% случаев.

Преперитонеальная герниопластика с протезированием брюшной стенки является эффективной альтернативой традиционным операциям при некоторых формах паховых и бедренных грыж.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ

И.В. Силивёрстов И.В. Фоминых (г. Екатеринбург)

В связи с тем, что вентральные грыжи занимают значительное место в хирургической практике стационара, вопросы о диагностике, адекватной тактике лечения, послеоперационной реабилитации по-прежнему остаются актуальными и представляют собой комплексную медико-социальную проблему.

В этой работе мы рассматриваем послеоперационные грыжи передней брюшной стенки после срединных лапаротомных операций, аппендэктомий доступом Волковича-Дьяконова, доступов в подреберьях. Нами используются несколько методов установки аллотрансплантата, которые, как нам кажется, оптимальны.

1 метод. При небольших и средних размерах грыж (до 10-15 см) с диастазом между краями апоневроза до 5см. у больных без выраженных дыхательных нарушений нами используется метод установки аллотрансплантата между листками апоневроза в зависимости от условий оперирования на или под мышечный слой.

2 метод. При небольших и средних размерах грыж с диастазом между краями апоневроза до 5 см. у больных с патологией дыхательной и сердечнососудистой систем используется метод замещения переднего листка апоневроза аллотрансплантатом. Операция проводится аналогично первому методу, но наружный листок апоневроза не ушивается, а фиксируется к аллотрансплантату непрерывным обвивным, лучше длительно-рассасывающимся швом. Этот приём позволяет очень незначительно повышать внут-

рибрюшное давление и хорошо отграничивает брюшную полость от аллотрансплантата, но имеется контакт последнего с подкожно-жировым слоем.

3 метод. При больших и гигантских грыжах (более 15 см) с диастазом между краями апоневроза более 5 см., а также у лиц имеющих недостаточность дыхательной и сердечно-сосудистой систем, используется метод установки аллотрансплантата между листками грыжевого мешка.

При использовании этих методов операцию заканчиваем дренированием подкожной клетчатки перфорированным сквозным дренажем, с промыванием его в послеоперационном периоде раствором диоксида 1 — 2 раза в сутки. Такой дренаж удаляется при отсутствии отделения сукровицы на 4 — 10 сутки. Больные активизируются на первые сутки после операции. В ближайшем послеоперационном периоде мы рекомендуем ношение давящей повязки, а не тугого бандажа, в течении 2 — 3 недель. Ношение бандажа в послеоперационном периоде мы считаем нецелесообразным. Использование антибиотиков широкого спектра действия мы считаем целесообразным в предоперационной подготовке и в первые 12 часов после операции. Дальнейшее использование антибактериальных препаратов сугубо индивидуальное. Послеоперационный койко-день колеблется от 5 до 12 суток.

Мы применяем аллопластику послеоперационных вентральных грыж уже длительное время. Но, учитывая постоянно меняющиеся подходы к аллопластике, мы начали сравнительную оценку различных видов укрепления аллотрансплантата с ноября 2001 года. В течении этого времени (по середину марта 2002 года) нами прооперировано 18 больных с использованием аллотрансплантата для укрытия грыжевого дефекта. Грыжевой дефект располагался по средней линии живота у 16 больных, другие локализации — у 2 больных. Гигантские грыжи с грыжевым дефектом (более 20 см.) — у 2 больных, большие (более 15 см) — у 2 больных, средние (более 10 см) — у 8 больных, малые (до 10см.) — у 6 больных. Использовались все перечисленные способы аллопластики: интраабдоминальное размещение протеза (3 больных), предбрюшинное (4 больных), между лоскутами грыжевого мешка (2 больных), между листками апоневроза (5 больных), с замещением переднего листка апоневроза (1 больной), на дубликатуру апоневроза (3 больных).

При интраабдоминальной аллопластике гигантской послеоперационной грыжи у 1 больного в первые сутки развилась спаечная кишечная непроходимость с формированием перфораций в области рассеченных межкисечных сращений, потребовавшая удаления аллотрансплантата и резекцию части тонкого кишечника.

При укладке аллотрансплантата на дубликатуру апоневроза в 2 случаях получили длительную (до 12 суток) лимфорею.

Исходя из этого, мы делаем вывод, что, устанавливая аллотрансплантат, его следует отграничивать от брюшной полости и, по возможности, от подкожно-жировой клетчатки. Целесообразно размещать имплантат между лоскутами грыжевого мешка, между листками апоневроза, замещать им передний листок апоневроза. Считаем возможным рекомендовать эти методики к широкому применению.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В РАНЕ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

И.В. Силивёрстов, И.В. Фоминых (г. Екатеринбург)

Послеоперационные осложнения в ране нередко возникают при использовании сетчатых протезов в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж. Их причиной является невозможность расположения сетки таким образом, чтобы она не контактировала ни с брюшной полостью, ни с подкожно-жировым слоем.

В нашей клинике использование сетчатых материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж применяется с 1977 года. В данной статье обсуждаются результаты хирургического лечения пациентов с ноября 2001 по сентябрь 2002 года. За этот период оперировано 34 пациента в возрасте от 30 до 70 лет.

У 24 пациентов протез удалось расположить так, чтобы он не контактировал с брюшной полостью и подкожно-жировым слоем. В том числе у 14 больных сетка располагалась между наружным и внутренним листками влагалищ прямых мышц живота. У 6 больных с выраженными сердечно-сосудистыми и дыхательными нарушениями при наличии среднего и большого размера грыжевого дефекта с большим объёмом грыжевого мешка протез размещался между листками грыжевого мешка. У 4 пациентов сетка располагалась предбрюшинно. Ещё у 10 пациентов расположить эксплантат оптимальным образом не удалось по различным причинам. В результате у 3-х больных протез был размещен интраабдоминально с ограничением от свободной брюшной полости большим салъником, у 1 больного – подкожно на ушитый апоневроз, у 6 больных выполнено замещение дефекта переднего листка апоневроза.

В послеоперационном периоде у 4 из 34 больных возникли осложнения. При этом из 24 оперированных с ограничением протеза от свободной брюшной полости и от подкожно-жировой клетчатки осложнений не выявлено. Все 4 пациента с осложнениями были в группе больных, где протез контактировал либо со свободной брюшной полостью, либо с подкожно-жировой клетчаткой. Из них у 1 пациента возникла ранняя спаечная непроходимость с формированием межпетлевых кишечных свищей. Это осложнение возникло при интраабдоминальном размещении полипропиленового сетчатого протеза. У 3 больных возникла длительная лимфорея. У всех этих больных эксплантат контактировал с подкожно-жировым слоем. Мы считаем, что данные осложнения напрямую связаны с контактом эксплантата с подкожно-жировым слоем или со свободной брюшной полостью.

У 6 пациентов послеоперационный период протекал гладко, несмотря на контакт сетки с органами брюшной полости или подкожно-жировым слоем. Для профилактики осложнений у всех больных, оперированных по поводу послеоперационных грыж, операцию заканчивали дренированием подкожно-жировой клетчатки с последующим промыванием дренажа рас-

твором диоксида 1-2 раза в сутки. Все больные применяли бандажи на переднюю брюшную стенку. Дренаж удаляли на 3-6 сутки при прекращении отделения секрета. С целью профилактики нагноительных процессов перед операцией и через 12 ча-сов после нее проводилось внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия.

МЕТОДИКА ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА

И.В. Силивёрстов, Б.Л. Мейлах (г. Екатеринбург)

Проблема оперативного лечения паховых грыж остаётся актуальной и в настоящее время. Поток больных с данной патологией сохраняется стабильно высоким. Несмотря на множество предложенных способов пластики пахового канала, остаётся открытым вопрос об оптимизации оперативного лечения.

Наша клиника имеет большой опыт использования минилапаротомного доступа при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, предложенного проф. М.И.Прудковым. Это позволило нам применить данную малоинвазивную методику при операции по поводу паховой грыжи с использованием универсального хирургического набора "Миниассистент 2000".

Ставилась цель разработать универсальный доступ в области наружного пахового кольца в проекции tuberculum pubicum как для операции по общепринятым методикам, так и для выполнения аллопластики.

Пластика пахового канала выполняется в зависимости от тяжести патологии двумя методами. У больных без ожирения при наличии простой грыжи с хорошо выраженным апоневрозом наружной косой мышцы живота, небольших размерах пахового промежутка (до 5см.) использовался метод герниопластики по Shouldice, хотя использование других методов пластики пахового канала при нашем методе возможно.

Пластика по Лихтенштейну с предварительным восстановлением поперечной фасции и ушиванием грыжевых ворот выполнялась у тучных людей; при наличии больших и рецидивных грыж.

Паховое грыжесечение из минидоступа с января 2000 года по декабрь 2001 произведено 100 пациентам, в том числе аллопластика выполнена у 29 (29%) пациентов, из них по Майлю оперировано 13 (13%) больных. 71 (71%) пациенту выполнены различные пластики местными тканями, в том числе по методике Shouldice 65 (65%) операций, по Postempski 6 (6%) операций. У 11 (11%) больных операция сопровождалась дренированием мошонки. Все рецидивные грыжи (5 (5%) больных) оперированы из минидоступа с пластикой по Лихтенштейну, и один больной по Shouldice. Из минидоступа выполнены операции при паховомошоночных грыжах в 15 (15%) случаях, при скользящих грыжах в 4 (4%) с использованием различных герниопластик. Основную группу составили простые паховые грыжи – 74 (74%) случая.

При наблюдении до одного года нагноения раны и рецидива грыжи не было. Все случаи, аллопластические операции также не сопровождались осложнениями. После пластики местными тканями было 4 (4%) серомы и 2 (2%) отёка яичка в связи с сужением наружного пахового кольца, которые купированы с помощью физиотерапии.

Учитывая положительные моменты в данной методике — простота метода, ранняя активизация больного, уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, хороший косметический эффект, возможность использования методов герниопластики "без натяжения", данная технология может быть предложена для использования в медицинской практике наряду с лапароскопическими и другими малоинвазивными методами грыже-сечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, С ВЫРАЖЕННЫМ КОЖНО-ЖИРОВЫМ ФАРТУКОМ

А.Г. Сохнин, В.И. Кочура, В.И. Прохоров, Н.М. Мальцев (г. Барнаул)

С 1997 по 2001 год в клинике прооперировано 44 больных с гигантскими послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, страдающих ожирением III-IV степени с наличием выраженного кожного фартука. Как правило, это были женщины (43 человека) и лишь 1 пациент был мужского пола. Обязательным условием являлась предоперационная подготовка в амбулаторных условиях, которая включала компрессию брюшной полости не менее 4-х недель, дыхательную гимнастику, подготовку кожи операционного поля — лечение опрелостей, расчесов, гнойников, нередко образующихся под кожной складкой в надлобковой области.

После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа "якоря", окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. После разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась, при этом выделялся грыжевой мешок. Края кожно-жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Герниопластика проводилась путем сопоставления краев грыжевых ворот с инвагинацией грыжевого мешка от лобковой кости до верхней границы разреза, ликвидируя тем самым отвисание живота. После завершения герниопластики на апоневроз укладывалась дренажная, сквозная, перфорированная трубка, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже. Края кожной раны совмещали путём умеренной тракции книзу и к средней линии. По средней линии подкожно-жировая клетчатка отдельными швами фиксировалась к апоневрозу, ограничивая свободное пространство между подкожно-жировым слоем и апоневрозом. Горизонтальный участок разреза кожи прошивался одиночными швами,

разрез по средней линии – внутрикожными швами. В месте соединения трёх кожных лоскутов треугольный участок кожи над лоном прошивался снизу внутрикожно, свободные концы лигатур выводились снизу на кожу боковых участков и лигировались без натяжения. Этот приём позволял избежать некроза треугольного лоскута.

При обширных дефектах передней брюшной стенки размером 20 x 10 см и более применяли полипропиленовую сетку.

Послеоперационный период требовал большего внимания, чем при других видах герниопластики. Назначалось раннее вставание, дыхательная гимнастика, гепаринотерапия, физиотерапия. Дренаж удалялся через двое суток. Послеоперационные осложнения возникли у 6 больных: инфильтрация краев раны у 4 больных, нагноение раны – у 2 больных.

Отдалённые результаты от 2-х до 5 лет после операции прослежены у 22 человек. Рецидива грыжи не выявлено, косметический дефект удовлетворительный, келлоидных рубцов нет.

Таким образом, герниопластика с иссечением кожно-жирового фартука у больных с гигантскими послеоперационными грыжами передней брюшной стенки и выраженным кожно-жировым фартуком позволяет, как правило, избежать рецидива заболевания и получить удовлетворительный косметический эффект.

АМБУЛАТОРНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов, М.Е. Воронов, Д.А Федоров, М.С. Алиев, И.В. Денисов (г. Москва)

Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки в стационаре одного дня РНЦХ РАМН было выполнено 83 больным. Среди них было 79 мужчин и 4 женщины в возрасте от 17 до 75 лет ($47,8 \pm 1,6$ лет). Паховые грыжи были у 76 больных, в том числе у 7 больных грыжи были двухсторонними. Пупочные грыжи были у 6 больных. Герниопластика по поводу косой паховой грыжи была выполнена 53 больным, прямой грыжи – 28 больным. Врожденная грыжа была у 2 больных. В 6 случаях повторная герниопластика потребовалась больным с рецидивной грыжей.

Сопутствующие заболевания (преимущественно ХИБС и гипертоническая болезнь) были у 11 (13,3%) больных. У 2 больных была водянка яичка. Операция у больных с рецидивом паховой грыжи потребовалась через 9-10 лет после традиционной герниопластики собственными тканями. Ущемления грыжи в анамнезе были у 3 больных.

Герниопластика по Лихтенштейну была выполнена в амбулаторных условиях 71 больному, у 7 больных герниопластика была двухсторонней. В 1 случае использовалась PHS ("Ethicon"). 4 больным была выполнена герниопластика по Шуль-дайсу. У больных с пупочной грыжей сетчатый протез с натяжением укрыл шов раны (по типу "край в край") и был размещен над

апоневрозом. Сочетанные операции по-поводу водянки яичка были выполнены 2 больным. Резекция пряжи сальника потребовалась 1 больному. Средняя продолжительность вмешательства составила 64,9±3,0 мин.

Во всех случаях больные на следующий день после операции были выписаны из стационара. Швы снимали на 7-8 сутки после операции. Не было интраоперационных и послеоперационных осложнений. Больные после герниопластики по Shouldice отмечали довольные выраженные боли в области операции в первые 2-3 суток, что потребовало назначения анальгетиков. У остальных больных потребность в ненаркотических анальгетиках была минимальной.

Наш опыт амбулаторного лечения грыж позволяет рекомендовать способы герниопластики "без натяжения" при пупочных и паховых грыжах к широкому применению. От выполнения традиционных герниопластик в условиях стационара одного дня, по-видимому, следует воздерживаться.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.А. Федоров,
С.А. Колесников, Ю.А. Косовский (г. Москва)

Успех хирургического лечения любого хирургического заболевания определяется не только совершенством применяемых технологий, но, в большой мере, отработанностью тактических подходов к их применению. Классическая тактика планового хирургического лечения паховых грыж, основанная на пластиках местными тканями, давно не удовлетворяет хирургов. Рекомендации специализированных герниологических учреждений по использованию одной-двух ультрасовременных методик также малоприменимы в широкой практике.

Предлагается современная тактика хирургического лечения паховых грыж для общехирургических стационаров различного уровня, основанная на дифференцированном подходе к применению как наиболее надежных традиционных методик пластики задней стенки пахового канала, так и различных аллопластических из традиционного и лапароскопического доступов. Тактика основана на результатах изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения 448 больных с паховыми грыжами, оперированных в РНЦХ РАМН с 1983 по 2000 год: 276 больных с традиционными герниопластиками (84 больных с пластикой передней стенки и 192 больных с пластикой задней стенки), 129 больных с пластиками "без натяжения" по I.L.Lichtenstein и 43 больных с лапароскопическими герниопластиками по J.D.Corbitt. Средний возраст больных 53,8±1,9 года.

Пластика задней стенки традиционными методиками была наиболее эффективна (5% рецидивов) при расширении внутреннего пахового кольца, но сохраненной поперечной фасции или при дивертикулоподобных ее из-

менениях при небольших прямых грыжах. После герниопластики по Lichtenstein вне зависимости от выраженности повреждения задней стенки пахового канала частота рецидива грыжи была менее 2%. Лапароскопическая герниопластика сопровождалась возникновением рецидива грыжи в 5,7% наблюдений, что связано со сложностью методики и длительностью периода ее освоения.

Основным критерием для выбора метода герниопластики является состояние задней стенки пахового канала. Уточнение выбора зависит от состояния больного и необходимости двухсторонней пластики или сочетанных вмешательств. При небольших изменениях задней стенки у молодых больных целесообразно использовать пластики местными тканями, предпочтительно по Shouldice. При значительных изменениях задней стенки пахового канала, а также у больных старше 40 лет пластика должна выполняться "без натяжения" тканей, т.е. с применением аллопластики. Методом выбора для общехирургических стационаров является герниопластика по Lichtenstein. Лапароскопическую герниопластику целесообразно применять при рецидивных грыжах, двухсторонних пластиках и необходимости сочетанных операций в брюшной полости. Аллопластические методики позволили значительно увеличить количество двухсторонних пластик и сочетанных операций ($p < 0,05$). Расширение показаний к лапароскопической герниопластике возможно в учреждениях, специализирующихся на лапароскопической хирургии. Выполнение сочетанных операций в брюшной полости одновременно с одно- или двухсторонней гернио-пластикой при использовании современных технологий, безусловно, оправдано и безопасно.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ РАЗИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И РАЗМЕРОВ

В.В. Тоидзе, С.П. Седнев (г. Санкт-Петербург)

В нашей клинике использовать сетчатые эндопротезы для герниопластики мы начали с 1993 года. В основном применялась сетка из полипропилена (пролена) фирмы "Этикон". Отличительными чертами полипропиленовой сетки являются нерассасываемость, высокая прочность, биологическая инертность, удачная структура вязки. Это позволяет хирургу легко выкраивать любые фигуры по размеру и форме грыжевых ворот без ущерба для прочности материала. Сетка хорошо противостоит инфицированию и проста в стерилизации. Проленовые эндопротезы использовали в следующих случаях:

1. При больших и рецидивных паховых грыжах мы выполняли операцию Жильбера, имплантируя сетчатый протез под внутренней косой мышцы живота. Этим способом оперировано 29 больных.

2. При небольших и неосложненных паховых грыжах у 58 больных применили гернио-пластику по методу Лихтенштейна с фиксацией пролено-

вой сетки под апоневрозом наружной косой мышцы живота и у 4 больных для пластики мы использовали "PHS" -систему из пролена (фирмы "Этикон"), которая сочетает в себе элементы операции Жильбера и Лихтенштейна.

3. Для устранения больших параэзофагеальных грыж сетчатый эндопротез использовали у 3 пациентов. Операции выполнялись левосторонним трансторакальным доступом. Сетка выкраивалась по размерам дефекта, обхватывала пищевод и фиксировалась к позвоночнику и к диафрагме.

4. При пластике больших и гигантских вентральных грыж у 48 больных, когда грыжевой дефект был более 10 x 10 см (из них у 8 пациентов — 20 x 30 см, у 5 больных — 30 x 30 см) применили две методики имплантации сетчатого эндопротеза: при первой проленовая сетка располагалась между брюшиной и мышечно-апоневротическим слоем (17 наблюдений), при второй — сетка располагалась между двумя листками грыжевого мешка (31 наблюдение).

5. Как мера профилактики возникновения послеоперационных вентральных грыж проленовый эндопротез оказался незаменим для укрепления швов у больных с избыточным весом и дряблой брюшной стенкой. С этой целью 12 пациентам после полостных операций сетка вшивалась по всей длине операционной раны между брюшиной и мышечно-апоневротическим слоем.

При контрольных осмотрах среди всех групп больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет рецидивов грыж не выявлено.

Таким образом, наш опыт устранения грыж различной локализации и размеров у 142 больных с помощью полипропиленовой сетки позволяет сделать вывод, что применение эндопротезов в герниологии является наиболее надежным и высоко эффективным методом лечения, а так же профилактики возникновения послеоперационных грыж.

СПОСОБ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТКИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

С.Д. Фролов, В.И. Ручкин, С.В. Мысливцев (г. Курган)

Нами предложен способ паховой герниопластики без натяжения с использованием сетки из никелид-титановой нити толщиной 50 — 100 мк, сплетенной ячеистым способом с диаметром звена до 3 мм, представляющую по форме прямоугольник 7 x 3,5 см с окном в середине короткой стороны 2 x 1 см для семенного канатика. Имплантат располагаем так, чтобы он полностью закрывал заднюю стенку пахового канала и на 1 — 2 см накладывался на внутреннюю косую и поперечную мышцы живота, заходил латеральнее внутреннего отверстия пахового канала и подворачивался по ходу пупартовой связки. Фиксацию имплантата выполняем отдельными швами полипропиленовым монофиламентным материалом №3. Первым швом сетку фиксируем к надкостнице лонной кости, затем, расправляя ее, к апо-

неврозу влагалища прямой мышцы живота, поочередно к пупартовой связке с латеральной стороны и к внутренней косой мышце с медиальной. В окно сетки помещаем семенной канатик. Части протеза с латеральной стороны сшиваем вокруг семенного канатика, формируя отверстие щелевидной формы, пропускающее кончик пальца. Апоневроз наружной косой мышцы ушиваем край в край отдельными швами.

За последний год операция выполнена 5 больным, из которых у 2 больных была прямая грыжа, у 1 – косая, у 1 – двухсторонняя прямая и у 1 – рецидивная грыжа. Операции проводили под регионарной анестезией. Все больные перенесли операцию легко, в день операции могли вставать и ходить. У 1 больного возник отек семенного канатика.

Преимущества паховой герниопластики с применением сетки из никелида титана в следующем:

- 1) использование в качестве имплантата биохимически и биомеханически совместимого с тканями материала;
- 2) предложенный метод может конкурировать с паховой герниопластикой, при которой используется полипропиленовый имплантат, как не менее надежный, но более дешевый;
- 3) уменьшаются травматичность операции и сроки реабилитации.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА

С.С. Харнас, П.С. Ветшев, А.В. Егоров, А.С. Бекшоков (г. Москва)

Анализ оперативного лечения паховых грыж за последние 10 лет в ФХК им. Н.Н.Бурденко ММА им.И.М.Сеченова показывает, что предпочтение, как при первичных, так и при рецидивных грыжах, отдавалось методам пластики (Бассини, Постемпски, Кукуджанов, Шоулдайс), при которых укрепляется задняя стенка пахового канала и внутреннее паховое кольцо, так как именно слабость этих структур является ведущим в патогенезе паховой грыжи. В последние годы все большее распространение получает метод пластики пахового канала с использованием полипропиленового эндопротеза, предложенный Лихтенштейном. Не стала исключением и наша клиника, где с 2000 г. стали применять этот способ. К настоящему времени выполнено 130 операций. А в 2002 году 66% пластик пахового канала выполнено с использованием полипропиленового эндопротеза. Преимущество данной методики состоит в том, что при пластике не происходит натяжения сопоставляемых тканей. Причина относительно низкой частоты рецидивов (по данным литературы) в том, что данный способ устраняет две основные причины рецидивов: натяжение в зоне наложения швов (как причина ранних рецидивов) и нарушенный метаболизм коллагена (как причина поздних рецидивов).

В последний год при паховых грыжах мы применяем вариант технического выполнения пластики с использованием полипропиленового эндо-

протеза, который несколько отличается от метода предложенного Лихтенштейном. Основное отличие в том, что выкраивание сетки происходит после фиксации ее нижнего края к лонному бугорку и паховой связке на протяжении узловыми швами "Пролен" 2/0. Это позволяет выкраивать протез с учетом анатомических особенностей и избежать гофрирования сетки, что особенно важно при грыжах с высоким паховым промежутком и при рецидивных паховых грыжах. Отверстие для семенного канатика мы формируем не через латеральный, а через верхний край эндопротеза. Эта модификация облегчает моделирование и фиксацию сетки и, кроме того, технически более удобно.

При применении пластики по Лихтенштейну с использованием полипропиленовой сетки мы отметили следующие ее преимущества: техническая простота исполнения, снижение количества применяемых анальгетиков в послеоперационном периоде по сравнению с другими видами пластики, ранняя активизация больных и возврат к нормальным физическим нагрузкам.

Частота послеоперационных осложнений, таких как серома послеоперационной раны и водянка оболочек яичка, составила 2,7%. Для обезболивания применяли кетонал 2мл., причем достаточно было 2 – 4 инъекций, после чего болевой синдром купировался. Средний период пребывания в стационаре после операции составил 2 дня и через 14 дней больные возвращались к привычному физическим нагрузкам.

Наш опыт применения пластики по Лихтенштейну с использованием полипропиленового эндопротеза показал его высокую эффективность и в настоящее время методика Лихтенштейна является методом выбора при лечении паховых грыж.

ОПЫТ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО NYHUS

С.Г. Цыбиков (г. Иркутск)

В нашей клинике при любом виде грыжи выполняется реконструкция задней стенки пахового канала. Опирируя практически все виды паховых грыж по методу Бассини или его аналогов, мы имели от 5 до 7% рецидивов. При сравнении результатов с опубликованными в литературе, наш показатель оказался вполне приемлемым. Тем не менее, желание снизить количество повторных операций, заставило выбрать методику операции с минимальной частотой рецидивов. Такому требованию, на наш взгляд, наиболее отвечает методика хирурга L.Nyhus (США, 1967), выполняемая из поперечного преперитонеального доступа. Если рассматривать эту методику с точки зрения ненапряжной технологии "ten-sion-free", то герниопластика по Nyhus, в полной мере этому соответствует.

С 1981 г. в плановом порядке по методу Nyhus прооперировано 1716 больных, в том числе 93 больных с двухсторонними паховыми грыжами. Ко-

ые паховые грыжи были в 64,2% случаев, прямые паховые грыжи – в 22,4%, рецидивные – в 7%, скользящие – в 5,4% и комбинированные – в 1%. Получено 29 (1,6%) рецидивов. У 18 пациентов рецидивы выявлены в первые годы применения этой операции. Так, например, из первых 162 больных были обследованы через 1,5-2 года – 60 человек, выявлено 6 (10%) рецидивов, причем 4 рецидива были на первые 20 операций. Это подтверждает, что их причиной была техническая ошибка в выполнении операции. Более поздние рецидивы возникают, как правило, у лиц, которым пластика выполнялась с нарушением методики – четко не визуализировались подвздошно-лобковый тяж, ткани, участвующие в пластике сшивались под большим натяжением, либо развивалось воспалительное осложнение в раннем послеоперационном периоде.

При герниопластиках данным способом мы наблюдали осложнения в 2,1%. Наиболее часто возникали гематомы – 21 (1,2%) больной. Причиной их возникновения является повреждение мелких сосудистых веточек нижних надчревных сосудов, возможное при отслаивании брюшины от задней поверхности брюшной стенки. Для профилактики этого осложнения предбрюшинное пространство непременно дренируем. Инфильтраты и нагноения ран при плановом грыжесечении встречаются редко и являются результатом грубого обращения с тканями.

В период освоения методики по Nyhus мы выполняли операции под местной анестезией. Но в процессе работы пришли к выводу, что полноценная релаксация – это ключ к успеху. Общее обезболивание отвечает этому требованию.

Приведенные результаты свидетельствуют, что принципиальная стратегия, направленная на реконструкцию задней стенки пахового канала перепитонеальным способом по Nyhus – эффективный путь к минимизации числа повторных операций. Для существенного улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж представляется необходимым решительный отказ от всех способов пластики передней стенки пахового канала. Вынужденное сокращение способов герниотомий, в рамках которых остается право хирурга на свободный выбор, позволит, на наш взгляд, сократить число рецидивов грыж.

ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКИ

Т.А. Чартолани, Г.В. Пипия, Д.Т. Абуладзе, М.М. Киладзе, Дж.П. Пхаладзе, Т.Е. Имнадзе (г. Тбилиси)

Первая герниопластика с использованием синтетической сетки из полипропилена в торакоабдоминальной клинике г. Тбилиси была выполнена профессором Цхакая З.А. в 1998 году. За период с 1998 по 2002 гг. в клинике проведены 425 грыжесечений по поводу различных видов грыж: паховая грыжа – 241, бедренная – 32, пупочная – 98, послеоперационная – 54.

Из этого материала 91 (21,6%) операция была выполнена с использованием синтетической сетки, из них 21 лапароскопическим путем (20 TAPP, 1 пластика пупочной грыжи с использованием сетки "Goretex"). Для экстраперитонеальной пластики были использованы сетки из полипропилена (ТУСО, ЛИНТЕКС).

Открытая пластика паховой грыжи во всех случаях была произведена по методу Лихтенштейна.

Для пластики вентральных грыж прибегали к следующим общепризнанным методам: 1. Сетка находится между подкожным жиром и листком брюшины — при больших грыжах; 2. Сетка фиксируется между листками апоневроза и брюшины — при случаях, когда удается мобилизовать апоневротические лоскуты и свести между собой без натяжения; 3. Сетка фиксируется между подкожным жиром и апоневрозом для укрепления дубликатуры и швов апоневроза.

В нескольких случаях пупочной грыжи использован был метод "пробка" + сетка.

Во всех случаях синтетическая сетка фиксировалась с помощью монофиламентного нерассасывающегося материала. При послеоперационных грыжах операцию заканчивали, оставляя два активных дренажа. Почти половина операций с использованием синтетической сетки были произведены при ущемленных грыжах, и мы не наблюдали ни одного случая нагноения, образования фистулы или рецидива. В двух случаях сетка имплантировалась в условиях явного бактериального загрязнения операционного поля.

В одном случае после пластики вентральной послеоперационной грыжи, с использованием сетки из полипропилена фиксированной между подкожным жиром и брюшиной в правом подреберье, большая получила тупую травму живота с образованием обширной гематомы в области пластики. Гематому дренировали. Инфицирования или образование фистулы не наблюдали.

У 18 больных была произведена лапароскопическая пластика паховой грыжи (TAPP), в том числе у 2 больных были билатеральные грыжи, у 3 — рецидивные, у 1 — частично невправимая. В одном случае ущемленной грыжи операция сопровождалась аппен-дэктомией. Все грыжи были косыми. Во всех случаях первый троакар ставился по методу Hasson, к которому добавлялись два рабочих троакара 5 мм и 12 мм. В 17 случаях удалась полная инвагинация грыжевого мешка. При скротальных грыжах часть грыжевого мешка после максимальной мобилизации резецировалась в продольном направлении, тем самым предотвращая образование послеоперационных сером. Паховая область, после надлежащей препаровки прикрывалась сеткой из полипропилена 12 x 8 см (ТУСО). Перитонизацию проводили с использованием герниостеплеров фирмы "ТУСО" или "Аксиома".

После TAPP мы не наблюдали инфицирования раны или рецидива грыжи. Один случай осложнился в раннем послеоперационном периоде кровотечением из пупочной раны, по поводу чего произведена релапароскопия.

В заключении отметим, что помимо таких общепризнанных преимуществ гернио-пластики с использованием синтетической сетки, как меньший процент рецидивов, меньшая операционная травма, ранняя послеоперационная реабилитация, мы можем отметить следующее:

1. Сетка из полипропилена проявляет устойчивость к инфицированию при случаях загрязнения операционного поля;

2. Используя сетку производства фирмы "ЛИНТЕКС" (Санкт-Петербург), мы не наблюдали каких-нибудь различий в клинических результатах по сравнению с американским аналогом;

3. Использование сетки "ЛИНТЕКС" дает осязаемый экономический эффект, что намного увеличило доступность операций.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.И. Чернооков, А.Л. Шестаков (г. Москва)

Одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной хирургии является оперативное лечение больных с сочетанными хирургическими заболеваниями. За последние годы, благодаря усовершенствованию диагностической аппаратуры, наметилась тенденция к возрастанию числа больных имеющих 2-3 хирургических заболевания. По данным ВОЗ у 20-30% больных, поступающих в хирургические стационары, выявляются несколько заболеваний, требующих оперативного лечения.

Грыжи передней брюшной стенки и варикозная болезнь нижних конечностей встречаются наиболее часто в связи с общим патогенезом заболевания. При длительно существующей варикозной болезни нижних конечностей подвергаются изменениям системы гемостаза и микроциркуляции. В силу изменения гемодинамики и уменьшения активности фибринолиза в измененных венах значительно повышается риск возникновения тромбоза и острого тромбоза, как во время оперативного вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде. Одномоментные вмешательства исключают эти грозные осложнения.

В РНЦХ РАМН с 1996 по 2001 год сочетанные операции выполнены у 18 больных с грыжами передней брюшной стенки и варикозной болезнью нижних конечностей. Возраст больных колебался от 30 до 60 лет. Среди оперированных больных было 14 женщин и 4 мужчины. Радикальная венэктомия сочеталась у 12 больных случаях с грыжесечением по поводу паховой грыжи, у 3 больных с пластикой послеоперационной грыжи и у 1 больной с пластикой пупочной грыжи. У 1 больного была выполнена комбинированная венэктомия с эндоскопической диссекцией коммуникантных вен с пластикой паховой грыжи. Еще у 1 больного операция состояла из 4 этапов: лапароскопической холецистэк-томии, лапароскопической герниопластики,

венэктомии, удалении липомы правого бедра. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось ни в одном случае.

Таким образом, сочетанные операции у больных с грыжами передней брюшной стенки и варикозным расширением вен нижних конечностей позволяют одномоментно избавиться от двух заболеваний и избежать повторной операции. Кроме того, значительно сокращаются сроки реабилитации и стоимость лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕРОДИСТОГО ИМПЛАНТАТА "КАРБОНИКУС-И" ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

С.М. Шкода, П.М. Староконь, В.В. Лузин, А.А. Кулаков, А.Л. Политова
(г. Энгельс)

С 1997 по 2001г. в больнице скорой медицинской помощи г. Энгельса находилось на лечении 1518 больных с различными грыжами (в т.ч. с обширными дефектами передней брюшной стенки). Из них вентральные грыжи имели место у 333 (21,9%) больных. В экстренном порядке оперировано 550 человек, из них ущемление вентральной грыжи было у 158 (28,7%). В плановом порядке оперировано по поводу грыжи – 968 человек, в т.ч. по поводу вентральной – 175 (18%). Углеродистые имплантаты "Карбоникус-И" (УИ) использовались у 34 больных, из них мужчин было – 8 человек, женщин – 16 человек. В возрасте до 40 лет было – 8,8% больных, 41-60 лет – 76,4% больных, 61-70 лет – 11,7% больных, старше 71 года – 3,1% больных.

Длительность грыженосительства у большинства больных (55,8%) составила до 3 лет, от 3 до 7 лет у 29,4% больных, 8-10 лет у 8,8% больных, более 10 лет у 6% больных. Рецидивных и многократно рецидивирующих грыж было 11 (34%). Чаще всего грыжи развивались после гинекологических операций и после холецистэктомии – 23,5%, после лапаротомии по поводу перитонита – 20,5%, после операций на желудке – 14,7%. У большинства пациентов послеоперационный период ранее осложнился нагноением послеоперационной раны, эвентрацией.

Большинство больных имели одновременно несколько сопутствующих заболеваний, наиболее распространенное сочетание: грыжа, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение.

У 23,5% больных размер дефекта превышает 200 см², дефект площадью 150-200 см² наблюдался у 17,6% больных, 100-150 см² и меньше 100 см² – у 26,4% больных. Несколько дефектов брюшной стенки имели место у 7 больных и у 1 больного – в сочетании с диафрагмой прямых мышц.

Техника операции была следующая: выполняли геринолапаротомию, рассечение спаек и сращений, удаление гранул, иссечение грыжевых мешков. Далее проводили ушивание апоневроза край в край капроновыми швами, а поверх апоневроза подшивали углеродистый имплантат размером

18 x 9 см или 18 x 12 см в виде заплатки. Во время операции проводили тщательный гемостаз. В 15 случаях выполняли дренирование раны хлорвиниловой трубкой, выведенной через отдельный разрез, в 19 случаях – резиновыми полосками, выведенными через контрапертуру. Дренажи удаляли через 3 – 4 суток. В послеоперационном периоде больным назначали антибиотики на 5 – 7 дней, с 4-х послеоперационных суток – магнитотерапию (на курс до 10 процедур).

Сроки пребывания больных на койке составили 15 дней у 64,7% больных, 15-20 дней – у 14,7% больных, более 21 дня – у 20,6% больных. У 4-х больных отмечалось нагноение раны и имплантата. Одному больному пришлось удалить имплантат. Рецидивов грыж у этой группы больных пока не наблюдали. Летальных исходов не было.

Применение углеродистого имплантата эффективно у больных с центральными послеоперационными, рецидивными грыжами. В случаях наличия в ране источников хронической гнойной инфекции (лигатурных свищей, гнойных гранулем), применение имплантатов должно быть строго обоснованным и осторожным.

РЕШИТ ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ВСЕ ПРОБЛЕМЫ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ?

А.М. Шулутко, А.Ю. Моисеев, А.Х. Эль-Саид, Р.М. Мещатурян
(г. Москва)

В течение длительного периода времени в клинике хирургических болезней №3 ММА им. Сеченова при косых и прямых паховых грыжах использовалась герниопластика по Бассини. Анализируя отдаленные результаты 621 герниопластики, выполненной с 1990 по 1995 г., т.е. в сроки до 10 лет после операции, мы смогли выявить 27 рецидивов. При первичной герниопластике частота рецидивов составляла 9,2%, при рецидивных грыжах – 28,5%. При изучении числа рецидивов в зависимости от количества ежегодно выполняемых операций было установлено, что большинство рецидивов имело место у хирургов, выполнивших менее 10 операций в год, то есть не имевших достаточного опыта оперирования. Изучение результатов внутри группы хирургов, имеющих большой опыт герниопластики по Бассини, также показало значительные различия – от 1% до 12%. Полученные результаты говорят о важности понимания анатомического субстрата болезни в каждом конкретном случае и тщательном соблюдении методики выполнения операции Бассини на каждом этапе. Наши данные также подтверждают точку зрения о недостаточности 2 – 3-х летнего периода для изучения послеоперационных результатов.

С 1997 г. в клинике используется методика пластики пахового канала полипропиленовой сеткой типа операции Лихтенштейна. Мы не полностью выполняем рекомендации методики Лихтенштейна, ибо медико-экономи-

ческие стандарты, в соответствии с которыми работает городская больница, подразумевают девять суток пребывания в больнице после операции. Это делает бессмысленным выполнение вмешательства под местной анестезией за исключением пациентов с высоким операционным риском.

Что касается техники самой операции, то мы строго придерживаемся классического описания автора.

Выполнено 203 операции типа Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки "Пролен", "ВИПРО", "ВИПРО-2".

Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 до 3 лет и выявлен 1 рецидив грыжи у мужчины 76 лет через год после операции по поводу кошой паховой грыжи (0,5% от общего числа оперированных пациентов). При этом основные оперирующие хирурги были теми же, что и при операциях по методу Бассини, а число хирургов с небольшим опытом герниопластики также не изменилось. Рецидив имел место у хирурга, начинающего освоение герниопластики по Лихтенштейну.

Для убедительности выводов необходим большой срок изучения отдаленных результатов, однако, проведенное исследование позволяет говорить о тенденции к улучшению результатов паховой герниопластики при применении методики Лихтенштейна.

СЕТЧАТЫЕ ЭНДОПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.М. Шулутко, Г.Т. Мансурова, А.Х. Эль-Саид, Н.В. Антропова
(г. Москва)

Лавсановые (ПОСМ-3) сетчатые эндопротезы использованы у 698 больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами. Вариант выполнения пластики брюшной стенки избирался на основании данных функционального обследования больных после курса предоперационной подготовки в условиях дозированной пневмокомпрессии. В послеоперационном периоде абдоминальный синдром развился у 0,9% оперированных, пневмонии у 1%, раневые осложнения у 9,4%; среди них гнойные раневые осложнения у 2,4% оперированных больных. Рецидив грыжи в сроки до 15 лет отмечены у 3,5% оперированных больных.

С 1997 года дооперационная пневмокомпрессия с измерением внутрижелудочного давления используется только для выбора метода герниопластики, при обширных и гигантских послеоперационных грыжах предпочтение отдаем протезированию мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки с помощью полипропиленовых сетчатых эндопротезов без уменьшения объема брюшной полости. Используем "ВИПРО", "ПРОЛЕН", "SURGIPRO".

У 151 больного при использовании вышеописанной методики герниопластики с использованием полипропиленовой сетки, мы имели одно на-

блюдение послеоперационного абдоминального синдрома с летальным исходом (0,6%), гнойных осложнений не было. Рецидив грыжи в сроки наблюдения до 5 лет не наблюдали.

Использование методики пластики без уменьшения объема брюшной полости и снижение риска развития послеоперационных осложнений позволили шире использовать сочетанные операции в хирургическом лечении больных с послеоперационными грыжами. Список сочетанных оперативных вмешательств включает гастрэктомию, экстирпацию культи желудка, резекции желудка, холецистэктомии, ампутацию и экстирпацию матки и т. д.

При наличии у больного с послеоперационной грыжей сочетанных хирургических заболеваний, недоступных при грыжесечении, сочетанную операцию выполняли с применением методик открытой эндоскопии из минилапаротомного доступа. Осложнений и летальных исходов на 38 сочетанных интраабдоминальных вмешательствах не было, в том числе и при использовании методики в условиях ургентной операции при развитии острой спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке. Методика также позволила сочетать герниопластику с эстетической абдоминопластикой.

Таким образом, методом выбора при герниопластике по поводу обширных и гигантских грыж передней брюшной стенки является протезирование мышечно-апоневротического лоскута передней брюшной стенки без уменьшения объема брюшной полости с помощью полипропиленового сетчатого эндопротеза.

РЕКОНСТРУКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДОМ РАЗДЕЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.А. Федоров,
А.В. Бондаренко, В.В. Никода, А.Д. Тимошин (г. Москва)

Существует категория больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки, которым нельзя помочь традиционными методами герниопластики, включая аллопластику. Это пациенты с грыжами предельно больших размеров, когда вследствие контрактуры боковых мышц живота происходит расширение грыжевых ворот и редукция брюшной полости, объем грыжевого мешка становится сопоставим с объемом брюшной полости. В этих случаях возможности аллопластики ограничены профилактикой увеличения грыжи, что функционально неприемлемо и плохо переносится. Поэтому большая часть этих больных остается без хирургической помощи.

С 2002 года для воссоздания брюшной полости у двух больных 62 и 65 лет с послеоперационными грыжами применена методика разделения анатомических компонентов брюшной стенки, позволившая сузить грыжевые ворота на уровне пупка на 10 см с каждой стороны, а остающийся щелевид-

ный дефект брюшной стенки закрыть синтетическим протезом. Суть методики в мобилизации прямых мышц живота вместе с остающимися интактными влагалищами на поперечной и внутренней косой мышцах с оставлением наружной косой мышцы в состоянии контрактуры. При этом кровоснабжение и иннервация прямых мышц полностью сохраняются. Остающийся дефект брюшной стенки закрываем без натяжения остатками грыжевого мешка и протезом Prolene, фиксируя его непрерывным швом к наружным краям влагалищ прямых мышц. Рану дренируем четырьмя активными дренажами на 4 – 5 суток.

В послеоперационном периоде активизируем больных с первых суток после операции, применяя эластичные бандажи, стимуляцию кишечника, при необходимости неинвазивную вспомогательную вентиляцию легких. Дыхательная недостаточность после операции у этих больных обусловлена изменением положения внутренних органов после реконструкции брюшной полости, а не недостаточным ее объемом.

У 1 больной через 2 недели после операции возникло расхождение кожной раны на ограниченном участке с инфицированием последней, потребовавшее повторной госпитализации для консервативного лечения.

Через 6 мес. после операции состояние больных удовлетворительное, рецидива грыжи нет. Двигательная активность возросла от перемещения в пределах палаты перед операцией до самостоятельных поездок в общественном транспорте и полного самообслуживания.

Считаем первые результаты применения методики разделения анатомических компонентов брюшной стенки у больных с послеоперационными срединными грыжами предельно больших размеров обнадеживающими. Методика позволяет реабилитировать больных, остававшихся ранее без хирургической помощи.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА ВИПРО (VUPRO)

Н.А. Сурков, А.Г. Кирпичев, С.А. Заринская, А.Л. Лозоватор,
В.А. Виссарионов, В.Г. Владимиров, Н.С. Ищенко, А.О. Луговой

*(Объединенная больница с поликлиникой Медицинского центра
Управления делами Президента РФ, Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии РГМУ им. Н.И. Пирогова,
Институт пластической хирургии и косметологии МЗ РФ)*

Использование различных сетчатых эндопротезов для проведения реконструкции передней брюшной стенки при вентральных грыжах в настоящее время получило широкое распространение в хирургической практике.

Современные синтетические сетчатые эндопротезы (моно- и полифиламентные), используемые в герниологии, делятся на рассасывающиеся

и нерассасывающиеся и отличаются между собой по толщине, структуре поверхности, размерам ячеек, степени жесткости, прочности на разрыв и т.д. Вместе с тем, клинический опыт отечественных и зарубежных специалистов показывает, что большинство сетчатых эндопротезов далеко не совершенно.

В настоящее время на медицинском рынке появились принципиально новые модели сетчатых имплантатов, представляющих собой комбинацию из нерассасывающихся мононитей и биодеградируемых волокон. Представителями такой группы композиционных материалов являются сетки серии Випро (Vupro, Vupro II) фирмы Ethicon.

Основными преимуществами такого сочетания различных материалов (Викрил* и Пролен*) являются обеспечение стабильности поддержки в зоне реконструкции апоневроза, стимуляция роста соединительной ткани и формирование равномерного соединительно-тканного рубца на ранних сроках после имплантации, уменьшение количества инородного тела после ферментативного гидролиза Викрила.

При производстве сеток Vupro и Vupro II используется Викрил* (50%) и Пролен* (50%). Различные варианты плетения обеспечивают степень плотности сетки. Так, сетка Vupro II (размер ячеек около 2 x 2 мм) более плотная, чем сетка Vupro (размер ячеек составляет около 3 x 3 мм).

Для изучения особенностей репаративных процессов в зоне имплантации сетчатого эндопротеза Vupro нами проведено экспериментальное исследование на 20 крысах породы Vistar, окрас белый. Средний вес животных составил- 162,5 грамма. Животные были получены от одного и того же поставщика. Все хирургические операции выполнялись в асептических условиях при проведении анестезии калипсолом в сочетании с эфирно-спиртовой смесью. Имплантация стерильных образцов сетчатого эндопротеза Vupro (размер 2x2см) проводилась в боковые отделы передней брюшной стенки: справа- под апоневроз, слева- на апоневроз. До операции и в послеоперационном периоде животные содержались на стандартной лабораторной пище при неограниченном количестве воды. Исследование биоптатов тканей передней брюшной стенки вместе с сетчатым эндопротезом проводили на 7, 14, 21 и 28 дни от момента имплантации.

Морфологически установлено, что к 7 дню после операции в области ячеек сетчатого эндопротеза отмечается рост молодой грануляционной ткани с новообразованными сосудами капиллярного типа. В период с 14-го по 21-й день отмечается трансформация грануляционной ткани в молодую соединительную ткань и замещение ею до 1/2 площади имплантата. К 28 дню отмечено прорастание рыхлой соединительной ткани до 2/3 площади имплантата.

В хирургическом отделении ОБП МЦ УДП РФ оперированы 15 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами различных размеров (у 10-большие, у 5- гигантские) в возрасте от 53 до 70 лет. На предоперационном этапе у всех пациентов выявлены сопутствующие заболевания среди которых 80% (12 пациентов) составляет ожирение, 66,6% (10 пациентов) – гипертоническая болезнь, 46,6% (7 пациентов)- метаболический

синдром, 73,3% (11 пациентов)- хронические заболевания органов дыхания. Оперативные вмешательства проводились под общим обезболиванием (эндотрахеальный фентанил-дипривановый наркоз или нейролептанальгезия с управляемым дыханием на фоне тотальной миоплегии). Подопневротическая имплантация сетчатых эндопротезов Вурго выполнена у 13 пациентов и у 2 пациентов – имплантация между листками грыжевого мешка. Размеры имплантатов составили от 6 x 4 см до 15 x 25 см. Фиксацию сетчатых эндопротезов проводили с использованием мононити Пролен 2/0. Ушивание дефектов апоневроза у всех оперированных пациентов проводили с использованием нити ПДС без создания дубликатуры. Реконструкция передней брюшной стенки у 11(91,7%) из 12 пациентов с наличием ожирения сочеталась с проведением дермолипэктомии у 5 пациентов и вертикальной абдоминопластики у 6 пациентов. Вес удаленных кожно-жировых лоскутов составил от 1,5 до 4 кг.

В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечен умеренно выраженный болевой синдром, который купировали введением ненаркотических анальгетиков. Послеоперационная дыхательная недостаточность отмечена у 7 (46,7%) пациентов (I степени- у 5 и II степени- у 2 пациентов) и была компенсирована в течение первых суток.

При ультразвуковом исследовании послеоперационных ран отмечено, что через 3-7 дней после операции в зоне имплантации сетчатого эндопротеза отмечается наличие грануляционной ткани толщиной до 8,3 мм и единичные прослойки жидкости. В толще грануляционного слоя определяются сосуды (диаметр до 1,2 мм; скорость кровотока- 17,8 см/сек), проникающие через сетчатый эндопротез. Через 28 дней после операции отчетливо прослеживается грануляционный слой толщиной от 2,7 мм до 6,3 мм с сосудами (диаметр от 0,5 мм до 1,3 мм; скорость кровотока- от 4,5 см/сек до 26,6 см/сек) и фрагментами сетчатого эндопротеза, жидкостных прослоек не отмечается.

У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде в зоне послеоперационной раны была обнаружена серома и при помощи зондирования эвакуирована. Заживление послеоперационных ран прошло первичным натяжением. Контрольный осмотр пациентов через 1- 11 месяцев после операции не выявил рецидивов грыжи. Каких-либо неприятных ощущений в послеоперационной зоне пациенты не отмечали.

Таким образом, результаты собственного экспериментального исследования и клинический опыт позволяют сделать вывод о том, что сетчатый эндопротез ВИПРО является надежным материалом для проведения реконструкции передней брюшной стенки при вентральных грыжах.

СОДЕРЖАНИЕ

К ВОПРОСУ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ Б.Р. Бабаджанов, Б.Н. Курьязов, Ф.Р. Якубов (г. Ургенч)	1
ПОЛИЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Б.Р. Бабаджанов, Ф.Р. Якубов, М.Б. Бабаджанов (г. Ургенч)	2
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ В.И. Белоконов, А.А. Супильников (г. Самара).....	3
ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБОРА СПОСОБА ПЛАСТИКИ И ОБЪЕМА ВНУТРИБРЮШНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В.И. Белоконов, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин, С.В. Нагапетян, О.А. Пономарев, Р.И. Кочетков (г. Самара)	4
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ГЕРНИОЛОГИИ А.Е. Борисов, С.Е. Митин (г. Санкт-Петербург)	6
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе (г. Санкт-Петербург)	7
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ А.Е. Борисов, В.П. Акимов, А.К. Рыбкин (г. Санкт-Петербург)	8
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ А.П. Власов, В.К. Константинов, С.Н. Земсков, О.Ю. Рубцов, Ю.П. Степанов (г. Саранск).....	9
АМБУЛАТОРНАЯ ГЕРНИОЛОГИЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ В.В. Воробьев, К.В. Новиков, А.С. Лисицын, Н.К. Феодориди, В.Н. Строй, А.А. Барков (г. Санкт-Петербург)	10

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В КЛИНИКАХ ТВМедИ	
Е.Л. Гафтер, Е.А. Бабяк, В.М. Воробьев, В.А. Бауэр (г. Томск)	12
ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ И БЕЗ НИХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	
Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов (г. Москва)	13
НОВЫЙ МЕТОД ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СИСТЕМЫ (PHS)	
Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов (г. Москва)	14
ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С ПЛАСТИКОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПО NUNUS ПРИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖАХ	
Б.С. Данзанов, Е.Н. Цыбиков (г. Улан-Удэ).....	14
ПОКАЗАНИЯ К МИОПЛАСТИКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У МУЖЧИН	
С.В. Дергачев, А.С. Лисицын, А.Ю. Поляков (г. Санкт-Петербург)	16
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ФИРМЫ "ЭТИКОН" В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	
Ю.Е. Кармазов, Р.Д. Ибатуллин, А.Г. Сауткин (г. Челябинск)	17
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	
С.А. Касумьян, А.Ю. Некрасов, Б.А. Покусаев, А.В. Сергеев (г. Смоленск)	18
АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ГРЫЖ	
В.Ю. Ким, С.Е. Карашуров (г. Петрозаводск)	19
СМОРЩИВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	
У. Клинге, И. Конце, М. Ануров, С. Титкова, М. Поливода, А. Эттингер (г. Аахен, Германия; г. Москва).....	21

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ
МОДИФИКАЦИЙ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТОК
ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

У. Клинге, Ф. Шумпелик, М. Ануров, С. Титкова, М. Поливода,
М. Донскова, А. Эттингер (г. Аахен, Германия; г. Москва)22

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖУ
БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

В.М. Кожемяцкий (г. Барнаул)23

**АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ТАЗОВОГО ДНА**

С.А. Колесников, А.Д. Мясников, И.В. Денисов,
С.Г. Горелик, Ю.В. Корниенко (г. Белгород)24

**ГЛУБОКАЯ ПАХОВАЯ АУТОГЕРНИОПЛАСТИКА БЕЗ
НАТЯЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ**

С.А. Колесников, Ю.В. Корниенко, А.Д. Мясников,
И.В. Денисов, С.Г. Горелик (г.Белгород)25

**АУТОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА
АЛЛОПЛАСТИКЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

С.А. Колесников, Ю.В. Корниенко, И.В. Денисов,
С.Г. Горелик (г. Белгород)26

**ПОДГОТОВКА К ГЕРНИОПЛАСТИКЕ С ПОМОЩЬЮ
ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА**

А.И. Корабельников, С.А. Салехов, С.В. Корабельников
(г. Великий Новгород)28

**ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ
БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

С.В. Корабельников, М.П. Салехова, А.И. Корабельников,
С.А. Салехов (г. Великий Новгород)29

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА БЕЛОЙ ЛИНИИ
ЖИВОТА И ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЕ**

В.И. Кошев, Е.С. Петров, В.Д. Иванова (г. Самара)30

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ А.А. Кульчиев, М.Б. Гутнов, В.Е. Тибилов (г. Беслан).....	31
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ А.А. Кульчиев, М.Б. Гутнов, В.Е. Тибилов, А.В. Бородина (г. Беслан)	32
ВЛИЯНИЕ ЭВЕНТРАЦИОННЫХ РАН И СОПУТСТВУЮЩИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ Е.Ю. Левчик, В.Н. Климушев, Б.Д. Мальгин, А.А. Власов, В.М. Байков, С.Н. Ушаков, О.П. Шаповалова (г. Екатеринбург).....	33
10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИО-ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Ю.А. Прохоров, А.С. Бронштейн (г. Москва)	34
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОРИРОВАННОГО АРМИРОВАННОГО АУТОДЕРМАЛЬНОГО ЛОСКУТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЕТЧАТЫМ СИНТЕТИЧЕСКИМ ЭНДОПРОТЕЗАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В.И. Малярчук, Е.М. Мохов, Ю.Ф. Пауткин, К.Г. Шашко, Т.И. Логинова, А.Ю. Корольков, В.М. Рыков (г. Москва)	36
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ "ПРОЛЕН" ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИК А.Р. Меликян, К.Г. Агаджанян (г. Ереван)	38
ОПЕРАЦИЯ ЛИХТЕНШТЕЙНА ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА – ЧТО ПРОЩЕ, БЕЗОПАСНЕЕ И НАДЕЖНЕЕ, ЧТО ЛУЧШЕ? С.Е. Митин, С.И. Пешехонов, Д.Б. Чистяков (г. Санкт-Петербург)	38
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С.Е.Митин, В.Н.Баранчук, А.И.Краснощока (г. Санкт-Петербург)	40

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА К.В. Новиков, В.В. Воробьев, А.А. Барков, Н.К. Феодориди, В.Н. Строй (г. Санкт-Петербург)	41
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СИСТЕМЫ PHS М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович, Т.Н. Хафизов (г. Уфа)	42
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ Б.С. Пиров, К.Н. Носиров (г. Душанбе)	43
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТКИ "PROLENE" В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский, Е.Н. Демин, С.Д. Трухманов, А.В. Антонов, П.А. Рыкин, В.И. Мелкий, О.Л. Нестерук, Н.В. Туркина, В.А. Косарев, А.В. Закаржевский (г. Санкт-Петербург)	44
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский (г. Санкт-Петербург)	45
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ А.П. Пришвин, С.Б. Сингаевский (г. Санкт-Петербург)	46
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ В.И. Прохоров, А.Г. Сохнин, А.Г. Климов (г. Барнаул)	47
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Х.И. Тилов (г. Рязань, г. Нальчик)	48
ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ КОМБИНИРОВАННЫМ СПОСОБОМ С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А. Супильников (г. Самара)	48
РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖ СЕТЧАТЫМ ПРОТЕЗОМ С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А. Супильников, О.Н. Мелентьева (г. Самара)	50

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО АУТОИМПЛАНТАТА КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ М.П. Рехачев, Я.А. Насонов, Е.А. Петухов (г. Архангельск)	51
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЖИВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СЕТЧАТЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИМПЛАНТАЦИИ М.А. Рубинов, В.А. Козлов, Л.П. Истратов, Р.К. Абоянц, Е.Ю. Левчик, С.А. Воробьев (г. Екатеринбург)	52
О ТАКТИКЕ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В.В. Рыбачков, В.Н. Серебряков, Б.В. Флегонтов, А.В. Тевяшов, Б.А. Волков (г. Ярославль)	53
ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ Г.П. Рычагов, С.С. Стебунов (г. Минск)	55
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ А.В. Сажин, М.Н. Дёмин, М.И. Чадов, А.Л. Авдовенко (г. Новомосковск)	56
ВЫБОР ВАРИАНТОВ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В.П. Сажин., Ю.А. Комов, А.С. Коновалов (г. Новомосковск)	57
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБАВОЧНЫХ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ С.А. Салехов, А.И. Корабельников, С.В. Корабельников (г. Великий Новгород)	58
ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ И БЕДРЕННЫМИ ГРЫЖАМИ – 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В.М. Седов, С.Д. Тарбаев (г. Санкт-Петербург)	59

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ И.В. Силивёрстов И.В. Фоминых (г. Екатеринбург)	60
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В РАНЕ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И.В. Силивёрстов, И.В. Фоминых (г. Екатеринбург)	62
МЕТОДИКА ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА И.В. Силивёрстов, Б.Л. Мейлах (г. Екатеринбург)	63
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, С ВЫРАЖЕННЫМ КОЖНО-ЖИРОВЫМ ФАРТУКОМ А.Г. Сохнин, В.И. Кочура, В.И. Прохоров, Н.М. Мальцев (г. Барнаул)	64
АМБУЛАТОРНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов, М.Е. Воронов, Д.А. Федоров, М.С. Алиев, И.В. Денисов (г. Москва)	65
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.А. Федоров, С.А. Колесников, Ю.А. Косовский (г. Москва).....	66
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И РАЗМЕРОВ В.В. Тоидзе, С.П. Седнев (г. Санкт-Петербург)	67
СПОСОБ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТКИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА С.Д. Фролов, В.И. Ручкин, С.В. Мысливцев (г. Курган).....	68
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА С.С. Харнас, П.С. Ветшев, А.В. Егоров, А.С. Бекشوков (г. Москва).....	69

ОПЫТ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО NYHUS	
С.Г. Цыбилов (г. Иркутск).....	70
ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКИ	
Т.А. Чартолани, Г.В. Пипия, Д.Т. Абуладзе, М.М. Киладзе, Дж.П. Пхаладзе, Т.Е. Имнадзе (г. Тбилиси)	71
СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
А.И. Чернооков, А.Л. Шестаков (г. Москва)	73
ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕРОДИСТОГО ИМПЛАНТАТА "КАРБОНИКУС-И" ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	
С.М. Шкода, П.М. Староконь, В.В. Лузин, А.А. Кулаков, А.Л. Политова (г. Энгельс)	74
РЕШИТ ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ВСЕ ПРОБЛЕМЫ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ?	
А.М. Шулуток, А.Ю. Моисеев, А.Х. Эль-Саид, Р.М. Мецатуриян (г. Москва)	75
СЕТЧАТЫЕ ЭНДОПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	
А.М. Шулуток, Г.Т. Мансурова, А.Х. Эль-Саид, Н.В. Антропова (г. Москва)	76
РЕКОНСТРУКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДОМ РАЗДЕЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)	
А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.А. Федоров, А.В. Бондаренко, В.В. Никола, А.Д. Тимошин (г. Москва)	77
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА ВИПРО (VUPRO)	
Н.А. Сурков, А.Г. Кирпичев, С.А. Заринская, А.Л. Лозоватор, В.А. Виссарионов, В.Г. Владимиров, Н.С. Ищенко, А.О. Луговой	78