

6. Ануфриева, С.С. Способ пункционной термотерапии кист молочной железы с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения / С.С. Ануфриева, В.Н. Бордуновский, О.А. Курицына, И.Я. Бондаревский, В.П. Турбабин. Лазерные технологии в медицине: сб. науч.- практ. работ Челябинского государственного института лазерной хирургии.- Челябинск, 2006. - С.93-96.
7. Соколов А.Л. и др. Применение лазерного излучения 1,56 мкм для эндовазальной облитерации вен влечения варикозной болезни. Ангиология и Сосудистая хирургия 15, №1, с.69-76
8. Сетейкин А.Ю., Красников И.В. Теплофизическая модель взаимодействия лазерного излучения с многослойной биотканью / Вестник АмГУ. -2005. -№31. -С, 15-17.
9. Серебряков В.А. Опорный конспект лекций по курсу «Лазерные технологии в медицине». - СПб: СПбГУ ИТМО, 2009. - 266 с.
10. Юсупов А.С. Способ лечения синовиального ганглиона // Патент на изобретение № 2302840 от 20.11.2005 г. Патент РФ

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

**Шевченко Р.С., Брек О.О., Граматюк С.Н.**

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков

Применение принципа ненатяжной герниопластики и использование синтетических материалов в настоящее время сделало переворот в герниологии, позволив снизить количество рецидивов при послеоперационной вентральной грыже (ПОВГ) с 25-60% до 2-5% [4,5]. Преимущества применения протезирующих методик пластики в настоящее время признано абсолютным большинством отечественных и зарубежных хирургов. В тоже время имеются существенные различия в показаниях к протезированию брюшной стенки, выборе методики протезирования, техники выполнения операции, операционного доступа [1,3].

В настоящее время все аллопластические методы операций разделяются на три основные группы: пластика с наднапоневротическим размещением имплантата «On Lay», с предбрюшинным расположением имплантата «Sub Lay», и закрытие дефекта брюшной стенки синтетическим материалом «In Lay». Однако первые две методики можно отнести к ненатяжным только при небольших грыжевых воротах.

При грыжах больших и гигантских размеров большие сложности представляет способ изоляции протеза от органов брюшной полости. Наиболее известными являются использование большого сальника и метод В.И. Белоконева с использованием лоскутов влагалища прямых мышц живота [2]. К сожалению большой сальник при многократно рецидивирующих грыжах чаще всего оказывается непригоден для изоляции имплантата, а использование компонентных сеток типа «Proseed» является очень дорогостоящим для больных.

При наднапоневротическом способе размещения сетки возникает необходимость в широкой отслойке подкожной клетчатки с кожей от апоневроза, что нарушает кровообращение и лимфоотток в клетчатке, и приводит к длительной экссудации из раны. Кроме того, сам протез, являясь инородным телом, контактируя с клетчаткой, увеличивает экссудацию. Все это приводит к возникновению краевых некрозов кожи и клетчатки, обширным серомам с образованием парапротезных свищей и последующим нагноением раны. Таким образом, проблему выбора способа операции при протезировании брюшной стенки нельзя считать окончательно решенной.

### Цель работы

Улучшение результатов хирургического лечения ПОВГ путем обоснования выбора способов аллопластики и определения их эффективности в профилактике раневых осложнений и рецидивов заболевания.

### Материалы и методы

Проанализировано результаты лечения 110 больных с ПОВГ, которые были оперированы в хирургическом отделении 17 КМБ г. Харькова в период с 2008 по 2012 гг. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет. Женщин было 70 (63,6%), мужчин 40 (36,4%). Соотношение женщин и мужчин 1,75:1. Из 110 больных первичные ПОВГ установлены у 60 (54,6%) больных. Рецидивные – у 35 (30,9%); два рецидива отмечались у 10 (9,9%) больных и у 5 (4,6%) –вентральная грыжа рецидивировала 3 и более раз.

Чаще всего причиной грыжеобразования имели место операции по поводу желчекаменной болезни – 25 (22,7%) и гинекологические операции – 20 (18,2%). У 10 (9,1%) больных грыжи возникали после операции по поводу пупочной грыжи, у 10 (9,1%) – по поводу деструктивного аппендицита из доступа по Волковичу-Дьяконову, у 7 (6,4%) – операции на почке, у 10 (9,1%) – после релапаротомии по поводу перитонита, у 10 (9,1%) – после операций по поводу спаечной кишечной непроходимости, у 10 (9,1%) – после вмешательств по поводу заболевания толстого кишечника и у 3 (2,7%) больных ПОВГ образовывались в месте расположения дренажей брюшной полости и местах введения троакаров при лапароскопии. У 5 (4,5%) больных послеоперационные грыжи были следствием лапаротомий по поводу тупой травмы живота.

Производилось ультразвуковое исследование как органов брюшной полости, так и структурных изменений грыжевых ворот, их размеров, содержимое грыжевого мешка, выявление дополнительных дефектов послеоперационного рубца, лигатурных абсцессов, инфильтратов брюшной стенки и полости. Ультразвуковое исследование выполнялось на

аппарате Philips HD II с использованием линейного, поверхностного и секторного датчиков с частотой сканирования 3,5 – 7,5 МГц. Проводилось доплеровское изучение топографии аа. epigastrica superior et inferior в прямой мышце живота с целью определения проекции расположения, прохождения сосудов и профилактики их повреждения во время пластики. Проекцию расположения сосудов на коже отмечали маркером и учитывали при проведении хирургической операции. Для оценки показателей периферического сопротивления сосудов определялся индекс резистентности (ИР) и линейная скорость кровотока (ЛСК).

Результаты и их обсуждение

По локализации грыжевого дефекта мы разделили грыжи на верхнесрединные, которые наблюдались у 25 (22,7%) больных, нижнесрединные – у 25 (22,7%); тотальные срединные грыжи – у 35 (30,9%), поясничные – у 10 (9,1%), правосторонние нижнебоковые – у 7 (6,4%), правосторонние верхнебоковые у 6 (5,6%) и левосторонняя нижнебоковая грыжа у 2 пациентов (1,8%).

По размерам грыжевых ворот ПОВГ разделяли на малые грыжи – до 5 см, средние – от 5 до 10 см; большие – от 10 до 15 см и гигантские – более 15 см.

Грыжи малых размеров наблюдались у 10 (9,1%) больных; средних размеров – у 35 (30,9%), больших – у 51 (46,3%), гигантских – у 13 (10,2%) больных.

Из 110 больных наднапоневротическая пластика с применением проленового имплантата выполнена у 25 (22,7%); закрытие дефекта сеткой – у 10 (9,1%); комбинирована пластика с предбрюшинным или подмышечным расположением имплантата – у 55 (50%) и пластика по разработанной методике – у 20 (18,2%) больных. При этом, при грыжах малых и средних размеров, выполнялась комбинированная пластика наднапоневротическим или с предбрюшинным (подмышечным) расположением имплантата, т.е. «натяжные» методики. При грыжах больших и гигантских размеров применены «ненатяжные» методики.

В наших наблюдениях у 65 (59,1%) больных с ПОВГ отмечалось медиально-заднее смещение эпигастральных сосудов по владалищу прямой мышцы живота, у 20 (18,2%) – латеральное и у 15 (13,6%) медиально-переднее смещение. Диаметр эпигастральных сосудов прямой мышцы живота не зависел от сроков грыженосительства, объема грыжевого мешка и размеров грыжевых ворот и составил: а. epigastrica superior –  $1,71 \pm 0,11$  мм ( $p < 0,05$ ), v. epigastrica superior –  $2,6 \pm 0,13$  мм ( $p < 0,05$ ); v. epigastrica inferior –  $3,6 \pm 0,21$  мм ( $p < 0,05$ ).

Скорость кровотока в эпигастральных сосудах у больных с большими и гигантскими ПОВГ достоверно ниже, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ). Так среднее значение ЛСК в норме составляло 10,3 м/с в систолу и 3,2 м/с в диастолу. У больных с большими и гигантскими ПОВГ показатели ЛСК претерпевали изменения в сторону ухудшения кровотока по артерии – 6,4 м/с в систолу и 2,1 м/с в диастолу.

Среднее значение ИР у пациентов, не перенесших лапаротомию составило  $0,62 \pm 0,016$  м/с ( $p < 0,05$ ). У пациентов с большими и гигантскими ПОВГ ИР увеличивался более 0,7 м/с и составил  $0,75 \pm 0,028$  м/с ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, степень угнетения артериального кровотока находится в прямой зависимости от сроков грыженосительства, размеров грыжевого мешка и грыжевых ворот, т.е. от степени дегенеративных изменений в мышечно-апоневротических структурах передней брюшной стенки.

Выводы

Использование на дооперационном этапе доплеровского ультразвукового обследования топографо-анатомических структур передней брюшной стенки значительно снижает риск повреждения ее сосудистых компонентов и образование послеоперационных гематом.

#### Список литературы

1. Белянский Л.С. Анализ пользования разных типов синтетических протезов при пластике грыжевых дефектов передней брюшной стенки / Л.С. Белянский, И.М. Тодуров, А.В. Перехрестенко, А.А. Калашников // Хірургія України. – 2008. - №2 – с. 7 – 9.
2. Белоконев В.И. Результаты выполнения пластик послеоперационных вентральных грыж комбинированным способом в сравнительном аспекте / В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин // материалы конференции «Современные технологии в общей хирургии». – Москва. – 2004. – с. 79-81.
3. Грубник В.В. Сучасні методи пластики вентральних гриж із застосуванням синтетичних протезів / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, Н.Д. Венгер // Хірургія України. 2008. - №2. – с. 22-24.
4. Хирургическое лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж брюшной стенки // В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко, Т.Г. Лунина [и др.] // Клінічна хірургія, - 2007. - №5-6. – с. 69.
5. Саенко В.Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // Клінічна хірургія. – 2003. - №11. – с. 3-5.