

И. В. Михин, Ю. В. Кухтенко, А. С. Панчишкин, А. И. Михин

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАТЯЖНОГО И НЕ НАТЯЖНОГО СПОСОБОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

УДК 617.55-007.43:616-007.274

В настоящем исследовании приведены результаты хирургического лечения 33 пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами в сочетании с профилактикой спаечной болезни брюшной полости: у 24 из них мы выполнили натяжную аллопластику с инстилляцией «Мезогеля», у 9 — не натяжную аллопластику композитной полипропиленовой сеткой «Parietene composite».

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, спаечная болезнь, аллогерниопластика, противоспаечные барьерные средства.

I. V. Mikhin, Y. V. Kukhtenko, A. S. Panchishkin, A. I. Mikhin

TECHNICAL FEATURES OF THE TENSION AND NON-TENSION METHODS OF PROSTHETIC REPAIR OF ABDOMINAL WALL IN LARGE AND GIANT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

This study presents the results of surgical treatment of 33 patients with large and giant postoperative ventral hernia in conjunction with prevention of adhesive disease of the abdominal cavity: in 24 of them we performed tension with alloplastic instillation of «Mezogel», in 9 — non-tension alloplastic composite polypropylene mesh «Parietene composite».

Key words: postoperative hernia, adhesive disease, allohernioplasty, antiadhesive barrier means.

Герниология как раздел хирургии сформировалась в конце XIX — начале XX века, когда на смену паллиативным, а нередко и калечащим, операциям грыжесечения приходят различные варианты герниопластики. Основным принципом хирургической герниологии, сформированным на этом этапе ее развития, была надежность ушивания собственных тканей пациента и прочность формируемого рубца. Совершенствование синтетических материалов и методов их имплантации позволило вдвое снизить количество рецидивов при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж. По отношению к мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки протез может размещаться: над ним (on-lay), в нем (in-lay) и под ним (sub-lay), в том числе и интраперитонеально. Широкое внедрение так называемых атензионных методов герниопластики привело к значительному снижению частоты развития абдоминального компартмент-синдрома. Преимущество пластики без натяжения состоит в минимизации изменения объема брюшной полости, что не приводит к повышению внутрибрюшного давления и нарушению функции дыхания. Использование синтетических материалов ведет наряду с механическим укреплением передней брюшной стенки к индукции выраженной рубцовой ткани [1, 3].

Одним из факторов, способствующих спайкообразованию, являются грыжи переднебоковой стенки

живота. При этом существует проблема рецидива заболевания (15,2—54,8%), нарушения формирования рубца, снижения регенераторных способностей рубцово-измененных тканей, инфекции. В связи с этим представляется актуальным изучение проблемы профилактики спаечной болезни у больных с послеоперационными вентральными грыжами [2, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем применения современных аллотрансплантатов с антиадгезивным покрытием, при аллогерниопластике типа sublay, или противоспаечных барьерных средств с целью профилактики спаечной болезни брюшной полости, при аллогерниопластике типа onlay.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы имеем опыт хирургического лечения 33 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами большого и гигантского размера с применения современных аллотрансплантатов и средств профилактики рецидивного образования спаек. Группу А из общего количества наблюдений составили 24 пациента с послеоперационными вентральными грыжами, которым после грыжесечения и адгезиолизиса в брюшную полость инстиллировали проти-

воспаечный барьерный препарат «Мезогель», а затем выполнили аллопластику передней брюшной стенки комбинированным способом. В группу Б были включены 9 пациентов, которым выполнили ненатяжную герниопластику с применением композитной полипропиленовой сетки «Parietene composite», имеющей антиадгезивное покрытие.

Всем пациентам после мобилизации грыжевого мешка выполняли его резекцию, разделение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений. Дальнейший объем операции определяли в зависимости от операционной находки и состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

При возможности сведения краев грыжевого дефекта передней брюшной стенки без значительного натяжения, отсутствия нарушений функции внешнего дыхания и выраженной кардиальной патологии пациентам выполняли инстилляцию «Мезогеля», пластику грыжевых ворот местными тканями двухрядным узловым капроновым швом, после чего на зону пластики по периметру фиксировали аллотрансплантат (onlay), отступя от двухрядного шва 5—6 см в каждую сторону, узловыми швами полипропиленовой монопитью через 1,0—1,5 см, а также синтетический протез фиксировали к зоне пластики местными тканями узловыми швами такой же нитью. Операцию заканчивали дренированием надплевротического пространства дренажами с активной аспирацией.

Пациентам, у которых размер дефекта передней брюшной стенки не позволял свести края апоневроза, а также имелись нарушения функции внешнего дыхания или кардиальная патология, аллотрансплантат помещали интраабдоминально (sublay), заходя за края дефекта передней брюшной стенки на 5—6 см в каждую сторону. Композитную полипропиленовую сетку фиксировали двумя рядами узловых швов, используя полипропиленовую монопитью: первый ряд швов по краю аллотрансплантата на расстоянии 1,0—1,5 см друг от друга, второй ряд швов — по краю дефекта передней брюшной стенки также на расстоянии 1,0—1,5 см друг от друга. После выполнения атензионной аллопластики надплевротическое пространство также дренировали двумя силиконовыми дренажами с активной аспирацией.

В послеоперационном периоде пациентам обеих групп адекватно бандажировали переднюю брюшную стенку, по возможности проводили их раннюю активизацию, показанием для удаления дренажей служило уменьшение серозного отделяемого до 20—30 мл в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения оценивали комплексно, по совокупности клинических и ультразвуковых исследований. У 32 пациентов обеих групп в послеоперационном периоде нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявили.

У одной пациентки группы А, из-за неверной интерпретации состояния грыжевого дефекта и мышечно-апоневротического аппарата во время операции, в раннем послеоперационном периоде диагностировали абдоминальный компартмент-синдром I степени с развитием синдрома нижней полой вены с умеренными гемодинамическими нарушениями, купированными консервативными мероприятиями в течение 2 суток.

У 23 пациентов группы А послеоперационный период протекал без осложнений в зоне аллопластики. У одного пациента в раннем послеоперационном периоде диагностировано нагноение гематомы, расположенной под аллотрансплантатом, которая была санирована.

У 7 пациентов группы Б также не было осложнений в зоне аллопластики. Послеоперационные осложнения в зоне аллопластики отмечали у 2 пациентов. В первом случае, ввиду грубого нарушения пациентом строго постельного режима в раннем послеоперационном периоде, неадекватного бандажирования зоны аллопластики, на 3 сутки диагностировали подкожную экзентериацию с явлениями острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. На повторной операции обнаружили выход петель тонкой кишки в надплевротическое пространство в нижнем углу раны над аллотрансплантатом. Петли тонкого кишечника признаны жизнеспособными. Выполнили ненатяжную реаллопластику грыжевых ворот (sublay) полипропиленовой сеткой, имеющей антиадгезивное покрытие, а также дублировали зону аллопластики полипропиленовой сеткой (onlay). Гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны не было. Через 17 дней после повторной операции пациент выписан на амбулаторное лечение у хирурга по месту жительства. Во втором случае в послеоперационном периоде отметили обширный некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, по поводу чего выполнили некрэктомию до полипропиленовой сетки. За время наблюдения гнойного отделяемого из раны не было, на 40-е сутки послеоперационного периода наложили вторичные швы на кожу.

В позднем послеоперационном периоде 24 (72,7 %) пациентам провели контрольное обследование: клинический осмотр, ультразвуковой контроль состояния зоны аллопластики, а также брюшной полости, где определяли смещаемость полых органов относительно зоны аллопластики. Состояние пациентов признано удовлетворительным, смещаемость полых органов относительно передней брюшной стенки составила более 2 см, что является косвенным признаком отсутствия висцеро-париетальных сращений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные методики хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж различными аллотрансплантатами в сочетании с профилактикой спаечной болезни брюшной полости снижают

риск рецидива образования грыж и спаечной болезни брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н., Лядов К. В., Воскресенский П. К. и др. Атлас оперативной хирургии грыж — М.: ИД Медпрактика. — 228 с.

2. Михин И. В., Бебуришвили А. Г., Гушуп А. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 1 (33). — С. 106—110.

3. Седов В. М., Гостевский А. А. Послеоперационные вентральные грыжи. — СПб.: Человек, 2010. — 162 с.

4. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

А. Е. Барулин, Н. В. Матохина, Е. П. Черноволенко

Волгоградский государственный медицинский университет

ДОРСАЛГИИ: БОЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

УДК 616.8-009.7-039.13

Несмотря на многообразие подходов к диагностике и лечению дорсалгий, проблема далека от ее окончательного разрешения. Диагностика должна быть экспрессивной, неинвазивной, обоснованной с обязательным учетом изменений психоэмоциональной и социальной сфер. В работе представлены новые диагностические подходы к выявлению особенностей пациентов с болью в спине, влияние этих особенностей на проводимую терапию.

Ключевые слова: дорсалгия, болевые установки, боль.

A. E. Barulin, N. V. Matohina, E. P. Chernovolenco

DORSALGY: ALGETIC ATTITUDES AND EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS

In spite of a variety of approaches to diagnostics and treatment of dorsalgia, this problem is far from being solved. Diagnostics must be expressive, noninvasive, reasonable, justifiable, taking into account changes in psycho-emotional and social spheres. In this work there we present new diagnostic approaches to detection of particular features in patients with back pain, and the way these features affect the administered therapy.

Key words: dorsalgia, algetic set-ups, pain.

Неврологические проявления дорсалгий или болей в спине всегда являлись одной из самых актуальных проблем отечественной неврологии. На данный момент наблюдается отчетливая тенденция не только к росту распространенности данной патологии, но и к расширению терминологических трактовок, методических подходов к диагностике и лечению и, в общем, к интересу к дорсалгиям. В настоящее время при обсуждении проблемы диагностики и лечения боли является общепризнанным тот факт, что острые и хронические боли являются нозологически различными процессами и должны рассматриваться независимо друг от друга [1]. Взаимосвязь и взаимозависимость таких состояний, как тревога, депрессия и алгические нарушения, демонстрируются рядом исследователей [1, 3]. Но роль психологических установок, социокультурных особенностей и копинг-стратегий по-прежнему остается недостаточно раскрытой в доступной литературе.

В то же время влияние установок человека на его состояние, положение в обществе и его саморе-

ализацию давно и успешно обсуждается психологами [5]. В клинической литературе принято различать три группы установок человека: базовые философские представления о себе и мире; общие и стабильные установки, формирующие личность; установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли [2]. Роль последних и является наиболее значимой для формирования и поддержания болевого синдрома вне зависимости от его локализации [4, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности болевых установок и психоэмоционального статуса пациентов, страдающих дорсалгиями, и выявить их возможное влияние на результаты лечения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели нами было выполнено обследование 176 пациентов с дорсалгиями неврологического отделения ГУЗ ВОКБ № 1