



ВСЕРОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ГЕРНИОЛОГОВ



www.herniaweb.ru



III ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ГЕРНИОЛОГОВ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕРНИОЛОГИИ 2018»

ТЕЗИСЫ

МОСКВА,
26 – 27 ОКТЯБРЯ 2018 ГОДА



ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!



От имени Президиума Всероссийского общества герниологов приветствую вас на Третьем Всероссийском Съезде. Развитие основных идей и решений предыдущего Съезда проходило в основном по плану. Главным успехом стало написание, редактирование и принятие почти полного объема Национальных Клинических Рекомендаций (НКР) по герниологии. Главное, что процесс не завершен, в частности, некоторые вопросы герниологии продолжают разрабатываться в коллективах, ряд оформлен в виде новых глав, их мы будем обсуждать и принимать в ходе настоящего съезда. Несмотря на определенные трудности, связанные со статусом рекомендаций вообще, наши НКР будут изданы в ближайшее время. Хотел бы выразить признательность всем участникам этого процесса. Общество организационно включено в процесс превращения НКР в руководящие и ориентирующие документы по специальности в масштабах страны.

Наше общество растет и развивается, в том числе организационно. Созданы и активно действуют рабочие комиссии по направлениям. Особое внимание уделяем подготовке молодых хирургов и исследователей в области герниологии. Это не бюрократизация работы, а потребность, вызванная растущей активностью специалистов – герниологов и развитием всех разделов нашей специальности. На настоящем Съезде будет апробирован ряд новых форматов обучения хирургической молодежи.

Радует полное, по сути, преодоление разобщенности различных коллективов, которое имело место ранее и тормозило наше общее дело. В настоящий момент общество вышло в организационном плане на всероссийский охват специалистов, в основном для оказания поддержки инициативам на местах, координации усилий для повышения качества.

Общее направление нашей деятельности остается по принципиальным направлениям прежним – выведение отечественной герниологии на самые передовые позиции в теоретическом, практическом, аппаратном и образовательном разделах. Причем образовательный аспект нашей деятельности приобретает все большее понимание и получает поддержку со стороны широкой хирургической общественности, что не может не радовать.

Желаю всем участникам хорошей работы на Съезде, активности в дискуссиях и мощного творческого импульса. Ведь это и есть, по сути, цель любого профессионального форума.

Хирургических, научных и практических удач вам, здоровья нашим больным, благополучия вашим коллективам и семьям.

ПРЕЗИДЕНТ ВОО «ОБЩЕСТВО ГЕРНИОЛОГОВ»

ПРОФЕССОР



А. П. ЭТТИНГЕР

ОГЛАВЛЕНИЕ

Азимов Р.Х., Шемятовский К.А., Глушков П.С., Алехин А.И. ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ «ТИТАНОВЫЙ ШЕЛК» ДЛЯ ТАРП ГЕРНИОПЛАСТИКИ.	8
Акимов В.П., Сенько В.В., Крикунов Д.Ю., Левин Л.А., Чургулия М.З. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.	9
Акимов В.П., Тоидзе В.В., Крикунов Д.Ю., Чургулия М.З., Заркуа Н.Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ.	11
Ахметов А.Д., Кашенко В.А., Лодыгин А.В., Мицинский М.А., Мицинская А.И. КАК СОХРАНИТЬ КРУГЛУЮ СВЯЗКУ МАТКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТАРП У ЖЕНЩИН С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ?	13
Байсиев А.Х., Смирнов А.А., Блинов Е.В., Ахматов А.М., Китаева М.А., Кривенчук Е.С., Новикова А.Д., Корольков А.Ю. СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛИГАТУРНЫЙ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ, КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ.	14
Байсиев А.Х., Хон А.Э., Николаева Е.А., Ахматов А.М., Китаева М.А., Кривенчук Е.С., Корольков А.Ю. СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ МЕЖРЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ВЫХОЖДЕНИЕМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЧЕРЕЗ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ СИНУС.	16
Белоконов В.И., Грачев Д.Б., Пономарева Ю.В. ЕЩЕ РАЗ О ПРИЧИНАХ ОБРАЗОВАНИЯ СЕРОМ И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ.	19
Белоконов В.И., Пономарева Ю.В., Ковалева З.В., Кашкаров В.А., Губский В.М. НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ГЕРНИОЛОГИИ.	21
Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Пономарева Ю.В., Ковалева З.В., Мелентьева О.Н. ОТКРЫТЫЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИЕ СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	22
Берещенко В.В., Ворущенко А.В., Лычиков А.Н. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ.	25

Ботезату А.А., Райляну Р.И., Маракуца Е.В., Паскалов Ю.С., Коцюруба А.М. ПЕРЕДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ.	27
Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Райляну Р.И., Маракуца Е.В. КОМБИНИРОВАННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.	29
Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Бондаренко С.И., Ходырев В.Н., Стадник А.Д., Вартанова Н.А., Кучеров В.Г., Крюков В.С., Лебеденко Н.А., Чудновский А.А. КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ.	31
Внуков П.В. ТЕНЗОМЕТРИЧЕСКИЕ КОНФИГУРАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПО ДАННЫМ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ.	33
О.В. Галимов, В.О. Ханов, Р.А. Зиангиров, И.Н. Сафин, А.С.Петров, Е.Д. Луговой К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ. ...	35
Галлямов Э.А., Луцевич О.Э., Агапов М.А., Ерин С.А., Бусырев Ю.Б., Гололобов Г.Ю. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.	37
Германович В.И., Стебунов С.С., Глишник А.А. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.	38
Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ - РЕВОЛЮЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.	40
Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОБШИРНОЙ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ РАНОЙ.	41
Горский В.А. , Эттингер А.П. , Поливода М.Д. , Иванов А.В. , Сивков А.С. , Титков Б.Е. , Хачатрян Г.В. , Шадский С.О. СРАВНЕНИЕ КЛЕЕВОЙ И ШОВНОЙ ФИКСАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.	42
Д.м.н. проф. Грясов В.И., Агапов М.А., Тамбиев М.Д. СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ. IPOM ИЛИ e-TER?	44
Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С. ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ АЛЛОПЛАСТИКА (TAR-TECHNIQUE) ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ: ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ.	46

Член-корр. РАН А.С. Ермолов., д.м.н. проф. Д.А. Благовестнов., доц. к.м.н. А.К. Алексеев., д.м.н. А.В. Юрасов., доц. А.В. Упырев., к.м.н. И.А. Шляховский., В.Т. Коршвили РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ. 48

Жданов А.И., Рудой В.Г., Разворотнев А.В., Ткачев И.Е., Соловьев А.И., Сурова М. В., Меремьянин К.Л. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ.50

Жуков Ю.В. ГДЕ ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ?53

Зурнаджянц В.А., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Бондарев В.А., Калиев Д.Р. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИАСТАЗАХ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА 1-2 СТЕПЕНИ.54

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Панфилов К.А. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.56

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Кенарская М.В. СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕMLЁННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.58

Ильченко Ф.Н., Маханта А., Гривенко С.Г. УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ КАПСУЛЫ ПРИ ИНТЕГРАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.60

Ишутов И.В., Алексеев Д.Г., Алиев В.Г. ЭВОЛЮЦИЯ СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.62

Кожемяцкий В.М., Скороход В.В., Осипов Е.С., Андреев П.В., Щегарцов А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ МЕЗО И ГИПОГАСТРАЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.64

Колесников С.А., Луценко В.Д., Мигунов А.А., Захаров О.В. Чайкин Р.С. АЛЛО- И АУТОПЛАСТИКА В ГЕРНИОЛОГИИ XXI ВЕКА, С ПОЗИЦИИ ХИРУРГА «ОБЩЕЙ» ПРАКТИКИ.66

Колесников С.А., Луценко В.Д. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.68

Краснов С.В., Юрченко С.А., Быков Н.М., Малеваный О.И., Тишков П.Н., Пушнов А.В., Крысько К.Г., Солтан Д.С. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.70

Кривошеков Е.П., Молчанов М.А., Григорьева Т.С., Романов В.Е. СНИЖЕНИЕ РИСКОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПУПОЧНЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.	72
Кумуков М.Б., Богданов Д.Ю., Курганов И.А., Протасов А.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАХОВЫХ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, НЕ ТРЕБУЮЩИХ ФИКСАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ.	75
Лембас А.Н, Кучинский М.В, Шпеко А.П, Евстратий В.В, Ивасишина М.В. АБДОМИНАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ЧТО ДЕЛАТЬ?	76
Лембас А.Н, Кучинский М.В, Шпеко А.П, Евстратий В.В, Ивасишина М.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ОТКРЫТЫМИ МЕТОДАМИ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ.	78
Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э., Магомедова К.А. ГЕРНИОПЛАСТИКА ДЕСАРДА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.	81
Можаровский В.В., Цыганов А.А., Николаев Н.В., Можаровский К.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАПП ПЛАСТИКИ И ПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.	82
М.Н. Навид, А.В. Протасов, Н.Ю. Шухтин, Д.Л. Титаров, Л.А. Евлоева, С.С. Путилов, М.Ю. Подольский ГРЫЖА МОРГАНЬИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.	84
Орехов Г.И. ГЕРНИОПЛАСТИКА В НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.	86
Паршиков В.В., Градусов В.П., Козлова В.П., Сечкина М.А. ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.	87
Паршиков В.В., Романов Р.В., Логинов В.И., Бабурич А.Б. ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИЯ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ПОКАЗАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ.	89
Паскалов Ю.С., Ботезату А.А., Райляну Р.И. ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЯ БРЮШНЫХ МЫШЦ ВОКРУГ НОРМАЛЬНОГО И РАЗРУШЕННОГО ГРЫЖЕЙ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА.	91
Пепенин А.В., Макарец Л.П., Бондарец Л.И., Агзибегян А.С., Сацута С.В., Пепенин Н.А., Пепенин И.А. «ЗА» И «ПРОТИВ» ИРОМ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.	93

Пономарева Ю.В., Белоконев В.И. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.	94
Пономарева Ю.В., Волова Л.Т., Белоконев В.И., Сарбаева Н.Н., Милякова М.Н. НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ КАК ОДНА ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ГЕРНИОЛОГИИ.	96
Пономарева Ю.В., Белоконев В.И., Вавилов А.В. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ФАКТОРА НАТЯЖЕНИЯ НА ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.	98
Попов Ю.П., Иванов Н.А., Попов П.А., Акилин К.А., Харитонов В.В., Гереева З.К. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТОВ РЕПЕРЕН.	101
Праздников Э.Н., Баранов Г.А., Налётов В.В. ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛЫ ВЕРСИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ.	104
Райляну Р.И., Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Гросул-Райляну О.Б. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ.	105
Райляну Р.И., Ботезату А.А., Подолынский Г.И. ЭЛЕКТРОАКТИВНОСТЬ БРЮШНЫХ МЫШЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РАЗМЕРА СРЕДИННОГО ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА.	108
Ромашенко П.Н., Курыгин Ал.А., Семенов В.В., Полушин С.Ю., Мамошин А.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО МЕТОДИКАМ ТАРП И ТЕР: РЕЗУЛЬТАТЫ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ.	110
Рыбачков В.В., Кабанов Е. Н., Садиков Н.М., Тевяшов А. В. ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.	112
Сажин А.В., Лебедев И.С., Андрияшкин А.В., Ивахов Г.Б., Далгатов К.Д., Мамадумаров В.А., Никишков А.С., Колкова О.В., Лобан К.М. РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕРНИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....	114
В.А. Самарцев, В.Э. Вильдеман, В.А. Гаврилов, С.В. Словиков, А.А. Паршаков ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ГЕРНИОЛОГИИ С УЧЕТОМ ИХ МЕХАНИЧЕСКИХ И АНИЗОТРОПНЫХ СВОЙСТВ.	115

В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, А.А. Паршаков СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ.	117
Сигуа Б.В., Козобин А.А., Земляной В.П., Рутенбург Г.М., Гостевской А.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.	119
Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И. НАШ ОПЫТ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ.	121
Суковатых Б.С., Затолокина М.А., Мутова Т.В., Валуйская Н.М. ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ НА ТЕЧЕНИЕ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ ПРИ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЛЕГКОЙ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ.	123
Тарасов С.Л., Бирюков А.В., Лавинский Р.В, Ефремов Д.П. Малых К.В., Турченко Р.Л., Древаль С.В. ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ.	125
Н.К. Тарасова, С.М. Дыньков, А.Ю. Тетерин, И. Е. Ирхина ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ.	126
Топчиев М. А., Паршин Д. С., Нурмагомедов А. Г., Михайличенко В. Ю. Топчиев А. М., Чотчаев М. К. ДЕЭПИТЕЛИЗИРОВАННЫЙ АУТОДЕРМАЛЬНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА АЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	128
Упырев А.В., Алексеев А.К., Хмельницкий А.И., Верещагин Д.М., Дроганова Т.А. КОНТРОЛЬНАЯ РЕНТГЕНКОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЗОНЫ ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ..	130
Федосеев А.В., Рыбачков В.В., Инюгин А.С., Муравьев С.Ю., Лебедев С.Н. ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ?	132
Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Инюгин А.С., Шкляр В.С., Максимцев И.А., Серова О.Е. СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ АСПЕКТЫ В ВЫБОРЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ГЕРНИОЛОГИИ.	134
Хитарьян А.Г., Кисляков В.Н., Ковалев С.А., Завгородняя Р.Н., Велиев К.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРОМ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ.	136

Чайкин Р.С., Иванов Ю.В., Колесников С.А., Черепанин А.И., Бабаян А.А., Злобин А.И., Чайкина Г.Ф. АЛЛОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.	137
Черепанин А.И., Поветкин А.П. ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ВЕНТРАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В УСЛОВИЯХ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.	139

Азимов Р.Х., Шемятовский К.А., Глушков П.С., Алехин А.И.
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ «ТИТАНОВЫЙ ШЕЛК»
ДЛЯ ТАПП ГЕРНИОПЛАСТИКИ.

*Центральная клиническая больница РАН (главный врач д.м.н., профессор Никитин А.Э.),
г. Москва*

В настоящее время при пластике грыж передней брюшной стенки широкое распространение получили титановые сетчатые имплантаты «титановый шелк». В ряде экспериментальных исследований показана их удовлетворительная биосовместимость с окружающими тканями и возможность формирования более физиологического соединительнотканного рубца, чем у имплантатов из полимерных материалов. Проведенные клинические исследования не показали существенных отличий в ранние сроки после операции при использовании титановых и полимерных имплантатов. Однако, наблюдаемое у имплантатов «титановый шелк» свойство рентгеноконтрастности позволило оценивать их размеры и расположение в тканях после операции. В частности по данным МСКТ было продемонстрировано, что в отдаленные сроки после операции их размеры не существенно изменяются. Указанные выше положительные качества убедили нас использовать титановые сетчатые имплантаты для ТАПП герниопластик при паховых грыжах с дальнейшей оценкой их размеров и расположения в мягких тканях в отдаленные сроки после операции.

В хирургическом отделении ЦКБ РАН были прооперированы 20 пациентов с паховыми грыжами. Выполнялась лапароскопическая ТАПП герниопластика с использованием титановых сетчатых имплантатов. На 3-и сутки после вмешательства пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) без введения контрастного вещества с целью оценки расположения имплантата в тканях и его размеров.

При выполнении лапароскопической герниопластики был выявлен ряд особенностей при использовании титановых сетчатых имплантатов, главным из которых явилось отсутствие памяти формы. После введения в брюшную полость через 10 мм троакар в виде свернутого цилиндра сетчатый имплантат полностью не расправляется, легко смещается относительно окружающих тканей при его позиционировании в паховой области. Предварительная фиксация медиального края имплантата к лонному бугорку облегчает его дальнейшее «раскатывание» по паховым ямкам и позиционирование.

Через 3 суток после операции по данным МСКТ органов брюшной полости средняя площадь имплантатов составила 35.4 ± 5.2 см². Расположение имплантатов в тканях

соответствовало их интраоперационной установке. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей.

Таким образом, имплантаты «титановый шелк» могут быть использованы для лапароскопической паховой герниопластики. Их удовлетворительная рентгеноконтрастность позволяет адекватно оценить расположение имплантатов в тканях, их размеры после операции. Планируется проведение МСКТ в отдаленные сроки после операции и сравнение полученных результатов с первоначальными данными.

Акимов В.П., Сенько В.В., Крикунов Д.Ю., Левин Л.А., Чургулиа М.З.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
ГЕРНИОПЛАСТИКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ
ИМПЛАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Санкт-Петербург.

Введение. Операции по поводу пластики паховых грыж являются одними из наиболее часто выполняемых в условиях хирургического стационара. По статистике распространенность составляет 1-2,5% у мужчин и у 0,3-1,5% женщин. В клинической практике наибольшее применение нашли пластика по Лихтенштейну и два способа эндовидеохирургической пластики: трансабдоминальный (ТАРР) и экстраперитонеальный (ТЕР). Все перечисленные методы являются эффективным средством достижения необходимого результата, с малым количеством осложнений и рецидивов. Лапароскопические методы пластики стали эталоном оперативного пособия для лечения паховой грыжи, однако, малое количество данных и порою вовсе противоречивая информация публикуемая разными авторами, не позволяет сделать вывод об относительной эффективности ТАПП по сравнению с ТЭП по многим критериям, а в частности, по выраженности послеоперационного болевого синдрома, как острого, так и хронического.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами.

Методика. В исследуемые группы вошли 96 больных, прооперированные в период с 2014 по 2018 годы, после стандартного медицинского обследования в условиях поликлиники. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова в Клинической больнице №122 им. Л.Г. Соколова. Пациенты были разделены на три группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. Все пациенты мужчины. Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) с фиксацией сетки клеевой композицией выполнена

у 36 (I группа) - нами разработана оригинальная методика доставки клея в предбрюшинное пространство, столь же эффективное как официальное, но менее затратное. Для этого мы используем стандартный в/в катетер с иглой-проводником и инсулиновый шприц, в который набираем клей из тюбика. Через дополнительный прокол в средней гипогастральной области вводим катетер в предбрюшинное пространство по верхнему краю установленной сетки с медиальной стороны. У 34 (II группа) выполнена TAPP с фиксацией титановыми скобами. 26 пациентам (III группа) была выполнена тотальная экстраперитонеальная герниопластика (TEP) без какой либо фиксации. В основной I группе средний возраст составил 43 ± 3 года, во II группе — $44 \pm 3,5$ года, а в III - $41 \pm 2,4$ года. Индекс массы тела (ИМТ) составил от 23 до $37,7 \text{ кг/м}^2$, в первой группе в среднем составил $26 \pm 2 \text{ кг/м}^2$ во второй $27 \pm 3 \text{ кг/м}^2$ в третьей $27 \pm 2 \text{ кг/м}^2$. Длительность грыженосительства составила $28 \pm 1,2$ месяцев. В качестве сетчатого имплантата использовалась частично рассасывающаяся облегченная монофиламентная сетка ULTRAPRO (ETHICON Johnson&Johnson, США). Оперативное лечение выполнялось под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Послеоперационную абдоминальную боль регистрировали через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 120 ч после операции, до приема анальгетиков. Для оценки послеоперационной боли использовали визуально-аналоговую 10-балльную шкалу интенсивности боли (ВАШИБ).

Полученные результаты. Период послеоперационного наблюдения составил от 1 года до 3 лет. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в первой группе составила – 44 мин., во второй группе – 40 минут, а в третьей 64 минуты. Более длительная продолжительность оперативного вмешательства в третьей группе связана с более длительным доступом и диссекцией структур пахового канала, что значительно удлинняет оперативное вмешательство в 1,4 раза и более, и доставляет технические сложности оперирующему хирургу.

Проведя анализ уровня боли в послеоперационном периоде, мы отметили следующее: значительные различия через 6 ч после операции — в первой группе средняя оценка составила 2 бала, в то время как во второй и третьей группе — 4,4 и 4,0 балла соответственно; после 24 ч пациенты в основной группе практически не ощущали боли и готовы были покинуть стационар, в группах № II и III средняя оценка боли достигала 2,9 баллов и 2,8 баллов соответственно.

В послеоперационном периоде в первой группе – гематомы паховой области - 1(2,78%), серомы - 1(2,78%), парестезия - 1(2,78 %). Во второй группе - гематомы паховой области - 1(2,94%), серомы - 3(8,82%), невралгия - 1(2,94 %) и парестезия - 3(8,82%). В третьей группе встречались гораздо чаще, наиболее частыми были гематомы паховой области - 7(26,92%), серомы – 2(7,69%) что объясняется большей площадью диссекции, невралгия – 1(3,85 %) и парестезия – 1(3,85%). Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно. Количество пункций составило от 1 до 3. Рецидивов и летальных исходов не было. Средняя

продолжительность койко-дня в первой группе составила - 1,3, во второй группе – 2,6 дня, в то время как в третьей длительность пребывания в стационаре была гораздо выше – 3,8 дня.

Выводы. Трансабдоминальная перитониальная герниопластика в сочетании с применением клеевой композиции для фиксации сетчатого импланта достоверно улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде - снижает болевой синдром, способствует ранней выписки из стационара и более быстрому восстановлению трудоспособности. Клеевой метод фиксации сетчатого импланта при лечении паховых грыж может быть использован в хирургии в качестве альтернативы другим методам фиксации, достоверно не увеличивая процент рецидивов.

**Акимов В.П., Тоидзе В.В., Крикунов Д.Ю., Чургулия М.З., Заркуа Н.Э.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКЕ
ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ.**

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова», Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Санкт-Петербург.*

Актуальность. Ежегодно в мире по поводу грыж передней брюшной стенки производится более 20 миллионов. По статистике в России заболевание грыжей у лиц в возрасте от 25 до 34 лет встречается в 14 случаях на 1 тыс. населения, а в возрасте от 55 до 64 лет возрастают до 53 случаев на 1 тыс. населения. При многочисленных способах предлагаемых операций для пластики сложных грыжах и у лиц возрастной группы рецидив достигает от 8 до 30 %. Рецидив в большей степени приходится на первый год после проведенной первичной операции и составляет до 80%, 15% рецидивов приходится на второй год. Свыше трех лет рецидив составляет 3 % . Островский В. К. с соавт., (2011) отмечают, что у 59,3% оперированных рецидив возникает в сроки от 6 лет и выше с момента первичной операции.

В последнее время наметилась тенденция в лечении грыж с использованием тканей и различных материалов в качестве вставки для укрепления анатомических структур, то есть ненапряжные способы герниопластики. Но, несмотря на положительные результаты этих пластик, у многих пациентов после протезирующих операций процент рецидивов остается на высоком уровне, особенно при пластике больших и гигантских вентральных грыж.

В 2015 году было проведено исследование на базе регистра Herniamed, посвященное срокам наблюдения пациентов с грыжами. Оценено почти 200 тысяч пациентов и доказано, что больных с паховыми грыжами нужно наблюдать до 50 лет, а с вентральными до 10 лет. Именно в эти сроки

среди всех пациентов с рецидивами набирается 90%. Это исследование мультицентровое и проводилось в 383 хирургических центрах.

Классификация послеоперационных грыж Европейского Герниологического Общества (EHS) 2017г.: Срединная: Субксифоидальная M1; Эпигастральная M2; Пупочная M3; Инфраумбиликальная M4; Надлобковая M5. Латеральная: Подреберная L1; Боковая L2; Подвздошная L3; Поясничная L4. Рецидивная послеоперационная грыжа ? – Да (R) о Нет о
Ширина см: W1 - < 4 см.; W2 - ≥4-10 см; W3 - ≥10 см.

Цель. Определить место интраперитонеального расположения сетчатых имплантов в алгоритме хирургического лечения вентральных грыж.

Материал и методы. С января 2012 по январь 2017 года на базе Кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова во II хирургическом отделении Клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова было прооперировано 254 пациента с вентральными грыжами. Которые были разделены на три группы соответственно методике оперативного вмешательства. I группа – 159 (68,3%) прооперированных по методике «sublay», во II группе выполнена пластика собственными тканями выполнена - 45 (15,6%). III группа с применением композитной сетки и методики интраперитонеального расположения сетчатого импланта (ПОМ) - 49 (15,1%). Первая группа(n=149) 84 женщины и 75 мужчин. Средний возраст составил 58 ±5,5 лет. Индекс массы тела(ИМТ) – 35,45 (от 27,4 до 40,9). Размер грыжевого дефекта:W1-7(3,36%) пациентов, W2-136(88,59%)пациента, W3-16(8,05%) пациентов. Рецидивными были: R1-40(25,5%), R2-26(16,1%). Вторая группа(n=45) 16 женщин и 29 мужчины. Средний возраст составил 56 ±6,5 лет. Индекс массы тела(ИМТ) – 33,45 (от 26,3 до 36,9). Размер грыжевого дефекта:W1-45(100%) пациентов, W2- 0 пациента, W3-0 пациентов. Рецидивных грыж не было. III группа (n=49) - 36 женщин и 13 мужчин. Средний возраст составил 61,5 года (от 37 до 89 лет). ИМТ в среднем 33,81 (от 24,6 до 44,37). W1 – 3 пациентов (6%), W2 – 23 (45,5%), W3 – 23 больных (48,5%). R1 – 8 (18%), R2 – 4 (9%). Выполнен анализ ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Полученные результаты. Период наблюдения - в среднем составил 42,5 месяца (от 12 до 60 месяцев).

В I группе – было отмечено 4 рецидива, во временном интервале 12-16 месяцев, во всех случаях пациенты связывали возникновение рецидива с тяжелой физической нагрузкой. Осложнение по Clavien-Dindo – III а степени (серомы и гематомы) – 6 случаев (4%). Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно., для этого потребовалось от 1 до 3 пункций.

II группа – было отмечено 4 рецидива, во временном интервале 16-18 месяцев, во всех случаях пациенты так же связывали возникновение рецидива с тяжелыми физическими нагрузками. Осложнение по Clavien-Dindo – IIIа степени (серомы и гематомы) – 3 случая (8,57%)

Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно., для этого потребовалось от 1 до 3 пункций.

III группа –рецидивов при данном виде пластики не отмечено, летальных исходов не было. Осложнение по Clavien-Dindo – II степени (серома) – 1 случай (2,6%).

Среди наших пациентов показаниями для выполнения ПРОМ явились: размер грыжевых ворот 10см и более (W3); W2 с наличием рецидивной грыжи или шириной грыжевого дефекта 8-10 см; выполнение лапароскопической интраабдоминальной герниопластики вентральных грыж – в большинстве случаев, как симультанная операция.

Заключение: Методика интраперитонеального расположения сетчатого импланта (с использованием композитной сетки) может применяться в случаях, когда возникают трудности связанные с пластикой передней брюшной стенки, соблюдая основной принцип «без натяжения», являясь альтернативой операциям с использованием сепарационной техники (сопровождающейся высокой травматичностью), при этом достоверно не увеличивая процент ранних послеоперационных осложнений и рецидивов через 1 год.

**Ахметов А.Д., Кашенко В.А., Лодыгин А.В., Мицинский М.А., Мицинская А.И.
КАК СОХРАНИТЬ КРУГЛУЮ СВЯЗКУ МАТКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТАПП У
ЖЕНЩИН С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ?**

*Клиническая Больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального Медико-Биологического
Агентства, Санкт-Петербург.*

Несмотря на интенсивное развитие герниологии в области хирургии паховых грыж, сохраняются вопросы и проблемы при лечении женщин. Операции ТАПП скоро исполнится 30 лет и она, наряду с другими протезирующими пластиками (ТЕР, открытыми пластиками) стала «золотым стандартом». Особенно актуально это утверждение для женщин, у которых имеется высокий риск выявления бедренных грыж, что диктует необходимость полноценной ревизии окна Фручада во время эндоскопии или лапароскопии. ТАПП у женщин может сопровождаться пересечением круглой связки матки при условии выраженных интимных сращений с брюшиной. У мужчин подобные ситуации также могут возникать вследствие рубцово-спаечного процесса в зоне нахождения семявыносящего протока. Если ранее не было строгих рекомендаций устанавливать имплант размерами 10х15 см и производить широкую диссекцию тканей перед его установкой, то на данный момент это отражено как минимум в 5 гайдлайнах по лечению паховых грыж. Существует мнение, что у женщин можно пересекать круглую

связку матки без риска для репродуктивной функции, без риска нарушить фиксирующе-поддерживающий аппарат матки. Но последние исследования говорят, что возможно развитие осложнений при долгосрочном наблюдении – опущение матки, развитие воспалительных заболеваний матки и яичников. Герниологические сообщества (по крайней мере AHS и EHS) высоко заинтересованы в оценке методов лечения, результатов, в том числе результатах наблюдений пациенток, перенесших операцию по поводу паховой грыжи. Проводятся многочисленные исследования на эту тему. Возможно, круглую связку матки необходимо сохранять.

Мы предлагаем к вниманию прием при выполнении TAPP у женщин, позволяющий сохранить эту важную структуру.

Методика операции: выполняется типичная TAPP с высоким дугообразным разрезом брюшины, последняя выделяется вместе с грыжевым мешком, отделяется от нижележащих структур и поперечной фасции, начиная с латеральной стороны до Ретциева пространства. Затем, при наличии интимно спаянной круглой связки матки (или же рубцовых изменений у мужчин) производится рассечение брюшины с двух сторон от нее вниз до сосудов. Устанавливается протез 10x15 см, фиксируется при необходимости. Производится ушивание горизонтальной части брюшины начиная с латерального края к медиальному, затем шов идет вниз над сетчатым имплантом. Таким образом осуществляется Т-образный шов брюшины.

Из 620 пациентов, прооперированных в клинике, 63 были женщины (10%), из них около 1/3 имели плотные сращения круглой связки матки с брюшиной (n=22). Методика показала, что при всех этих случаях, нет необходимости пересекать связку. Также в сложных случаях у мужчин возможно выполнять данный прием, если сращения с семьявносящим протоком не позволяют осуществить полноценную диссекцию тканей.

Байсиев А.Х., Смирнов А.А., Блинов Е.В., Ахматов А.М., Китаева М.А., Кривенчук Е.С., Новикова А.Д., Корольков А.Ю.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛИГАТУРНЫЙ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ, КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Санкт-Петербург

Известны различные способы лечения лигатурных свищей, суть которых заключается в «слепо» поиске лигатуры в свищевом ходе, захвате лигатуры зажимом, подтягивании ее, выведение ее в рану, пересечении одной из нитей и удалении лигатуры или в иссечении инфильтрированных и воспаленных тканей со свищем. Одним из таких способов является способ лечения лигатурных свищей предложенный И.Г. Митасовым и соавторами, в котором выполняют ушивание раны с оставлением перфорированной трубки и последующим промыванием ее, так же дополнительно иссекают участок апоневроза, несущий лигатуры [1]. Недостатком их является невозможность применения при наличии лигаутарных свищей в области грыжевых ворот, что встречается довольно часто, так как высока вероятность ранения органов находящихся в грыжевом мешке. Так же известен способ удаление лигатур под УЗ-контролем, который так же не обеспечивает безопасности поиска лигатуры и ее захвата, ввиду ограничений визуализации УЗ аппаратов. Авторами предложен способ лечения лигатурных свищей позволяющий безопасно визуализировать и удалить лигатуру – оформлена и подана заявка на изобретение. Пример выполнения способа представлен ниже. Больной С. 60 лет. Из анамнеза известно, что: в 12.02.2016г поступил в хирургическое отделение одной из больниц региона, с диагнозом острая кишечная непроходимость. Выполнена операция лапаротомия, разделение спаек брюшной полости, ликвидация тонкокишечной непроходимости. 13.02.2016 эвентрация – повторное ушивание раны. 24.02.2016г - Расхождение краев кожной раны. В 29.02.2016г поступил в ЦРБ. Состояние при поступлении расценено как проявление динамической кишечной непроходимости в виде умеренного пареза кишечника, в сочетании с инфильтратом послеоперационной раны. Диагноз: Инфильтрат в области верхней трети послеоперационной раны. Консервативная терапия с положительным эффектом. В удовлетворительном состоянии выписан 09.03.2016г. Больной 01.06.2016г поступил в ЦРБ с диагнозом: послеоперационная вентральная грыжа передней брюшной стенки гигантских размеров – оперирован 6.06.2016г – пластика по Шампьеру. В 16.09.2016г госпитализирован в ЦРБ с диагнозом инфильтрат, подапоневротическая флегмона послеоперационной раны, абсцесс передней брюшной стенки. Лигатурные свищи послеоперационного рубца. Рецидив грыжи. При поступлении выполнено вскрытие санация и дренирование полости флегмоны. 26.09.16г в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдения хирурга по месту жительства. 2.11.2017г. поступил в хирургическое отделение №2 Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова с жалобой на наличие грыжевого выпячивания в области передней брюшной стенки, которое

вызывает появление болей при наклонах и физической нагрузке и наличие свищей с мутным отделяемым. При осмотре определялось 7 свищевых ходов с мутным отделяемым. 17.11.2017г. оперирован под м/а отверстия свищевых ходов расширены до диаметра эндоскопа. Выполнена фистулоскопия аппаратом диаметром 5,6 мм. В 5 свищевых ходах обнаружены слабофиксированные лигатуры захвачены биопсийными щипцами и удалены при тракции. В 1 свищевом ходу на расстоянии 10 см от кожного отверстия свища обнаружена плотно фиксированная лигатура которая подтянута, но не выведена над кожей ввиду большой длины свищевого канала, в рабочий канал эндоскопа введены эндоскопические ножницы, лигатура пересечена эндоскопическими ножницами и удалена. В 1 свищевом ходе на расстоянии около 5 см визуализирована фиксированная лигатура, при тракции вытянута на уровень кожи – пересечена хирургическими ножницами, удалена. В общей сложности визуализировано и удалено 7 лигатур. Свищевые ходы промыты перекисью водорода. Отделяемое прекратилось на 2 сутки. Пациент выписан на 3-е сутки после операции.

При контрольном осмотре через 1, 3, 6 и 12 месяцев воспалительных изменений не выявлено свищевых ходов нет. Пациент готовится ко второму этапу лечения – герниопластике.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение эндоскопии для лечения лигатурных свищей обеспечивает исключение возможности травмы органов брюшной полости, находящихся в грыжевом мешке (петли кишечника, сальник, желудок и т.д.) за счет тотальной визуализации стенок свищевого хода и зрительного контроля манипуляций. При этом значительно улучшаются результаты лечения лигатурных свищей и сокращаются сроки полного закрытия дефектов кожи.

1. Матисов И.Г. и соавторы Патент SU 1277364 А «Способ лечения лигатурных свищей»
2. Зубов А. Д., Губанов Д. М., Вилсон Д. И. «Новые подходы к лечению лигатурных свищей» УДК:616.13/14—007.253—089.12 Клінічна хірургія. — 2014. — № 2 С.54-57.)

Байснев А.Х., Хон А.Э., Николаева Е.А., Ахматов А.М., Китаева М.А., Кривенчук Е.С., Корольков А.Ю.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ МЕЖРЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ВЫХОЖДЕНИЕМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЧЕРЕЗ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ СИНУС.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

В презентации рассматривается клинический случай посттравматической диафрагмальной грыжи с выходением грыжевого мешка через левый плевральный синус. Описан способ пластики грыжевых ворот сетчатым имплантатом с изоляцией его между листками грыжевого мешка по запатентованной методике.

Травматическая диафрагмальная грыжа – перемещение органов брюшной полости в грудную полость через патологическое отверстие в диафрагме, возникающее в результате травмы грудной клетки и живота. Частота развития травматических диафрагмальных грыж, по сводным данным, составляет 2–3%, т.е. 13% от всех диафрагмальных грыж [1]. Особо следует различать травматические диафрагмально-межреберные грыжи, когда разрыв диафрагмы происходит в месте прикрепления ее волокон к нижним ребрам или в области запяянного плеврального синуса. В этих случаях грыжевое выпячивание попадает не в свободную плевральную полость, а в одно из межреберий, как правило, слева. Диагностика посттравматической диафрагмальной грыжи нередко бывает затруднительной, особенно если факт повреждения диафрагмы не был установлен в остром периоде травмы. Лечение врожденных и травматических грыж только хирургическое. В настоящий момент предложен широкий ряд методик пластики дефекта диафрагмы, среди них наиболее широко применяется ушивание отверстия отдельными узловыми швами на расстоянии 0,8-1,0 см друг от друга, с созданием дубликатуры, возможно с пликацией. При обширных дефектах диафрагмы с целью их замещения используется аллопротезирование. [2]

Послеоперационная летальность у данной категории пациентов составляет от 30 до 50 %, а вмешательства относят к категории сложных. [3]

Приводим в качестве примера клинический случай посттравматической межреберно-диафрагмальной грыжи с описанием способа герниопластики по запатентованной методике, с использованием стандартной непокрытой полипропиленовой сетки.

Больная С., 70 лет, поступила на хирургическое отделение №2 ПСПбГМУ им. И.П. Павлова 13.02.2018 с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в левой боковой области живота, одышку. Со слов больной, данное выпячивание возникло в результате сильного кашля в 2016 году, в динамике оно увеличивалось в размере. Травмы, эпизоды ущемления пациентка отрицала, бандаж не носила. Пациентка повышенного питания,

индекс массы тела 41, что соответствует III степени ожирения. Определялись грыжевые ворота размерами 15x7 см. Внутривнутрибрюшное давление при измерении непрямым способом составило 11,5 мм рт. ст., что находится в пределах референсных значений.

По данным УЗИ органов брюшной полости в левой боковой области живота отмечается грыжевое выпячивание больших размеров. Рентгенологическое исследование грудной клетки также не выявило каких-либо особенностей. Так как больная при активном сборе анамнеза отрицала возможные травмы, мы расценили данное состояние как латеральную грыжу брюшной стенки. Было принято решение выполнить устранение грыжи с применением сетчатого имплантата.

22.02.18 произведена герниолапаротомия в проекции грыжевого выпячивания. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка оказалось, что вскрыт левый плевральный синус, который, являлся стенкой грыжевого мешка. При дальнейшей ревизии был выявлен старый перелом X ребра со смещением отломков в краниальном направлении и увеличением 10 межреберного промежутка, который являлся грыжевыми воротами. Диагностирована посттравматическая диафрагмальная грыжа с выходом грыжевого мешка через левый плевральный синус, между атрофированными растянутыми пучками наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц.

Грыжевой мешок был вскрыт вместе с покрывающим его участком плеврального синуса, его содержимое (петли тонкой кишки, прядь большого сальника) вправлено в брюшную полость.

Грыжевой мешок был мобилизован: сверху - до свободного края диафрагмы, снизу - до остатков мышечных волокон. Произведена герниопластика сетчатым имплантатом с изоляцией его между лоскутами грыжевого мешка (патент № 2647148). В зону протезирования через контрапертуру был установлен дренаж по Редону. Плевральная полость дренирована в VIII межреберье по передней подмышечной линии по Бюлау. Целостность левого плеврального синуса восстановлена посредством ушивания двойным обвивным швом. Затем была произведена пластика межреберного дефекта сетчатым протезом по типу onlay-bridge. Зона протезирования также дренирована по Редону.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи зоны протезирования удалены на 3-и сутки, плевральный дренаж удален на 4-е сутки после контрольной рентгенографии. При более активном расспросе удалось выяснить, что в анамнезе имело место падение на левый бок, а также автомобильная авария несколько лет назад, но пациентка эти события значимыми не считала.

На 11 сутки больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Н. Плеханов, Г.А. Краснояров, И.П. Убеева Хирургия травматических диафрагмальных грыж
2. В.В.Войцеховский, С.В.Аникин, Н.Д.Гоборов, В.В.Яновой, Е.Ю.Брегадзе, В.В.Глущенко, В.И.Хаткеев СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ, ПРОТЕКАВШЕЙ ПОД МАСКОЙ ПЛЕВРИТА
3. Чикинев Ю.В. 1, 2, Дробязгин Е.А. 1, 2 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)]

**Белоконов В.И., Грачев Д.Б., Пономарева Ю.В.
ЕЩЕ РАЗ О ПРИЧИНАХ ОБРАЗОВАНИЯ СЕРОМ И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У
ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ
СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ.**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара.

В литературе появились данные о комбинированных способах пластики, при которых дефект в брюшной стенке закрывается за счет перемещения без натяжения передних листков влагалищ прямых мышц живота с последующим подшиванием протеза on lay – in lay (Kockerling A. et al.,2016). При этом авторы указывают на значительный процент формирования сером и нагноений в ране, а также длительно сохраняющийся болевой синдром.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов применения комбинированных способов герниопластики.

Проведен анализ результатов 617 пациентов (муж. - 129/20,6%; жен. - 428/70,4%), у которых грыжевые ворота закрывали комбинированными способами по В.И. Белоконову. Размеры грыжевых ворот были: W1 - у 9,1% больных, W2- у 33,4%, W3- у 22,3%, W4- у 35,1%. Всего раневых осложнений в послеоперационном периоде было 52: инфильтраты послеоперационной раны - 14 (4%); длительная экссудация из раны - 11 (3,1%); инфаркт подкожной клетчатки – 7 (2%); гематома - 4 (1,1%).

М.М. Магомедов с соавт. (2016) привел результаты лечения 26 пациентов с ПВГ с использованием сепарационных методов пластики. Осложнения наблюдались в группах пациентов, оперированных с использованием способов Новицкого и Карбонелла, при межмышечном расположении протеза – у 4 из 12 (40%) с предбрюшинным – у 4 из 7 (57,1%). В группе пациентов, у которых применялась задняя сепарационная пластика с ретромускулярным расположением протеза, осложнений не было.

А.С. Кондрашкиным с соавт. (2017) проведено исследование 28 больных (78%), из них – 22 (61,1%) оперированы с использованием методики sub lay, 14 – in lay. Лишь у 13 пациентов (36,1%) не было осложнений в послеоперационном периоде. У 13 (56,5%) пациентов развились послеоперационные осложнения, которые не потребовали их оперативного лечения. В структуре осложнений ведущее место занимали серомы – 21 случай (91,3%). В 14 наблюдениях они самостоятельно регрессировали на 7-10 сутки послеоперационного периода, в 6 - потребовалась пункция под УЗ-контролем. В 1 случае после появления признаков инфицированной серомы было проведено редренирование с вакуумной аспирацией.

Kockerling F. et al. (2016) предложен оригинальный метод видеозендоскопической-ассистированной пластики пупочных, послеоперационных и трокарных грыж. Результаты его применения показали, что из 40 пациентов в послеоперационном периоде у 2 (1,4%) развилось кровотечение из раны, при этом, один получал дезагрегантную терапию, а второй имел сопутствующий субкомпенсированный цирроз печени. У 9 (6,4%) пациентов развилось нагноение послеоперационной раны. У 6 пациентов развились серомы, потребовавшие пункции. 26 пациентов (20,8%) отмечали длительный болевой синдром, из них 7 (5,6%) продолжали принимать анальгетики и через 30 дней после операции.

А.В. Базаев и соавт. (2016) приводя результаты лечения пациентов, описывает случай миграции протеза в брюшную полость при sublay-пластике, при которой протез непосредственно контактировал с париетальной брюшиной. Зафиксированы случаи развития тяжелого спаечного процесса, формирования тонко- и толстокишечных свищей при контакте полипропиленового протеза с органами брюшной полости.

Таким образом, наиболее частыми осложнениями после пластики грыжевого дефекта продолжают оставаться серомы, инфильтраты, длительная экссудация из раны, реже – нагноение, краевой некроз кожи, инфаркт подкожно-жировой клетчатки, свищи, киста имплантата, гранулемы. Практика показывает, что даже при минимально травматичных методах протезирования после операций сохраняется проблема формирования сером. По данным литературы наиболее часто серомы образуются после передних протезирующих способов герниопластики, что стало причиной отказа от подобных вмешательств и перехода на операции с расположением протеза ретромускулярно и предбрюшинно. После таких операций возникающие осложнения ассоциированы, как правило, с органами брюшной полости. В настоящее время большинство авторов считает, что основным элементом профилактики ранних осложнений при протезировании должно быть эффективное дренирование зоны герниопластики и протеза.

внутрибрюшного этапа, позволял прикрыть петли кишечника, а затем выполнить пластику дефекта комбинированным способом по первому либо второму вариантам. После чего, протез прикрывали мобилизованными кожно-подкожными лоскутами без натяжения.

У 2 пациентов, у которых грыжевого мешка не было, возникли проблемы с тем, что прикрыть петли кишечника собственными тканями было не чем, так как мобилизация передних листков апоневроза влагалищ прямых мышц живота позволяла закрыть их только частично. У 1 пациентки большой сальник был удален на этапах устранения острой хирургической патологии в брюшной полости, а 1 больного большой сальник, хотя и измененный, был частично сохранен, что позволило использовать его для того, чтобы прикрыть петли кишечника. У этих больных была предпринята попытка выполнения пластики дефектов комбинированным способом. В одном наблюдении был применен полипропиленовый протез, в другом комбинированный протез. Хотя кожно-подкожные лоскуты удалось мобилизовать, но в обоих случаях послеоперационный период осложнился развитием инфицированного инфаркта подкожной клетчатки, что потребовало удаления не только некротизированной подкожной клетчатки, но и синтетических протезов. После санации раневых поверхностей, больным произведена свободная аутодермальная пластика на эвентрированные петли кишечника. Одна больная умерла от развившегося сепсиса, у второго больного наступило выздоровление после закрытия фиксированных эвентрированных петель кишечника перемещенными аутодермальными кожными лоскутами.

Таким образом, сохранность грыжевого мешка у больных с гигантскими дефектами брюшной стенки и измененной кожей, прикрывающей его, позволяет выполнить пластику передней брюшной стенки комбинированным способом. Устранение гигантских дефектов в брюшной стенке у больных с отсутствием грыжевого мешка и дефицитом кожи является нерешенной хирургической проблемой.

**Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Пономарева Ю.В., Ковалева З.В., Мелентьева О.Н.
ОТКРЫТЫЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИЕ СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара.

Анализ многочисленных способов операций у больных с грыжами не зависимо от их локализации показывает, что по технике выполнения они могут быть сгруппированы в четыре варианта. Первый вариант пластика местными тканями (аутопластика) без и с рассечением грыжевых ворот. Второй вариант аутопластика, как при первом варианте, но

с укреплением протезом, расположенным в положении *on lay* либо *sub lay*, ретромускулярно или предбрюшинно. По отношению к мышцам передней брюшной стенки метод *sub lay* относят к задней сепарационной пластике, так как протез располагают предбрюшинно позади прямых мышц живота, а при необходимости и позади боковых мышц при так называемой тотальной сепарационной герниопластике. Третий вариант - комбинированные способы пластики, при которых дефект в брюшной стенке закрывается за счет перемещения без натяжения передних листков влагалищ прямых мышц живота с укреплением их протезом, расположенным в позиции *on lay – in lay*. Четвертый вариант пластика местными тканями с внутрибрюшным расположением протеза, которые могут выполняться как открытым, так и эндоскопическим способом. Каждый способ пластики должен иметь свои показания к применению, исходя из технических условий для выполнения операции.

Цель исследования – оценить позиции открытых протезирующих способов герниопластики при лечении пациентов с вентральными грыжами.

Материал и методы. Проведен анализ 825 больных с грыжами в возрасте от 19 до 86 лет; мужчин было 173 (20,9%), женщин - 652 (79,1%). Больные распределены на группы. В первую группу вошли 209 пациентов (м=44/20,6%; ж=165/79,4%), у которых пластика грыжевых ворот проводилась местными тканями (аутопластика) без и с рассечением грыжевых ворот. Среди них размеры грыж W1 были у 44,5% больных, W2- у 44,5%, W3- у 10,5%, W4- у 6,2%. Во вторую группу включены 617 пациентов (м=129/20,6%; ж=428/70,4%), у которых грыжевые ворота закрывали комбинированными способами. Среди них размеры грыж W1 были у 9,1% больных, W2- у 33,4%, W3- у 22,3%, W4- у 35,1%.

Результаты и их обсуждение. У больных с вентральными грыжами у 37,6% по данным дооперационного обследования и у 52,8% по интраоперационным данным выявлены сопутствующие хирургические заболевания, требующие симультанных вмешательств. При грыжах малых и средних размеров устранить внутрибрюшную патологию через грыжевые ворота практически невозможно, что требует расширения доступа путем выполнения герниолапаротомии. Внутрибрюшной этап операции был обязательным для устранения хирургической патологии в органах на момент выполнения вмешательства. В основной группе они были у 52,79% пациентов, в контрольной – у 25,9%. В основной группе удельный вес хирургических заболеваний среди больных с грыжами W₁ составил 6,17%; при W₂ - 28,48%, при W₃ - 21,3%, при W₄ - 44,06%. В

контрольной группе эти показатели составили при W_1 - 34,57%; при W_2 - 45%, при W_3 - 12,17%, при W_4 - 8,26%.

Во второй группе симультанные операции на кишечнике и большом сальнике были выполнены у 57,5% больных; на брюшной стенке – у 22%, на матке с придатками – у 4,5%; на абдоминальном сегменте пищевода и желудке – у 2,3%; на желчном пузыре и желчевыводящих путях - у 6,5 %; на органах мочеполовой системы – у 2%; при сочетании срединной грыжи с паховой – у 2,9%; операция Троянова-Тренделенбурга для профилактики ТЭЛА – у 1,4%; при опухолях в брюшной полости - у 1,1%. Из общего числа больных второй группы у 61 (17,4%) больного было зарегистрировано 76 осложнений. Общих осложнений было 24 случая: 8 (2,3%) - тромбозов сосудов, из них 4 ТЭЛА с летальными исходами; 6 (1,7%) - со стороны органов брюшной полости; 3 (0,9%) – со стороны сердечно-сосудистой системы, 4 (1,1%) – дыхательной системы, из них 2 случая пневмонии с плевритом; 2 (0,6%) – острой задержки мочи, 1 (0,3%) – развитие ОПН на фоне МКБ. Местных осложнений было 52: инфильтраты послеоперационной раны - 14 (4%); длительная экссудация из раны - 11 (3,1%); инфаркт подкожной клетчатки – 7 (2%); гематома - 4 (1,1%). Всего умерло 4 (1,1%) больных.

В первой группе симультанные операции на кишечнике и большом сальнике выполнены у 86% пациентов преимущественно при ущемленных грыжах; на брюшной стенке – у 9,3%; на желчевыводящих путях, матке и ее придатках – у 4,7%. У 31 (14,8%) пациента контрольной группы зарегистрировано 56 осложнений. Общих осложнений было 33: тромбоз сосудов – 4 (1,9%), в 1 случае ТЭЛА с летальным исходом; 6 (2,9%) – со стороны органов брюшной полости; 5 (2,4%) – сердечно-сосудистой системы; 16 (7,7%) – органов дыхания; 1 (0,5%) – органов мочевого выделения. Местных осложнений было 23 случая: 6 (2,9%) - нагноение раны, некроз кожи; 5 (2,4%) - длительная экссудация из раны; 8 (3,8%) - гематома и кровотечение из раны; 1 (0,5%) - отторжение кожного имплантата; 2 (1%) - эвентрация. Умер 1 (0,5%) больной.

Таким образом, у больных с грыжами открытые операции обоснованы необходимостью выполнения симультанных вмешательств, что позволяет снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и исключить необходимость выполнения повторных операций. Выбор способа пластики грыжевого дефекта зависит от показаний к оперативному вмешательству. Сложности выполнения симультанных вмешательств у больных с грыжами обусловлены несоответствием локализации грыжи с патологией в органах брюшной полости, выраженностью спаечного процесса и изменениями в тканях брюшной стенки, что требует выполнения герниолапаротомии. Подавляющему большинству больных показана протезирующая пластика грыжевых ворот

комбинированным способом. Пластика местными тканями показана при осложненных ущемленных грыжах W1 и W2.

**Берещенко В.В., Ворущенко А.В., Лызиков А.Н.
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ
С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ.**

Гомельский государственный медицинский университет

Гомельская областная специализированная клиническая больница

г. Гомель

Введение. Лечение паховых грыж у пациентов с перитонеальным диализом (ПД) является актуальным в связи с тяжестью их состояния при наличии хронической болезни почек (ХБП) 5 стадии. Распространенность данной патологии у пациентов с почечно-заместительной терапией путем ПД составляет от 9 до 32%. Своевременное выполнение оперативных вмешательств при осложнениях грыж у пациентов, находящихся на ПД, представляет трудности, вследствие развития диализного перитонита, затрудняющего диагностику и лечение острой хирургической патологии органов брюшной полости. Кроме того, повышение внутрибрюшного давления и снижение мышечной массы при ПД приводит к образованию грыж передней брюшной стенки в её слабых местах. Выявление грыженосителей до или во время ПД, своевременно выполненная пластика грыжевых ворот позволяет снизить количество осложнений и повысить качество жизни данной категории пациентов.

Целью работы является разработка и внедрение герниопластики паховых грыж у пациентов находящихся на перитонеальном диализе.

Результаты и обсуждение. За период с 2013 по 2017 гг. в Гомельской областной специализированной клинической больнице (ГОСКБ) было оперировано 26 пациентов с паховыми грыжами с хронической болезнью почек в 5Д стадии, находящихся на перитонеальном диализе. В зависимости от основного заболевания, которое привело к хронической болезни почек 5 Д стадии распределение пациентов было следующим: сахарный диабет, диабетическая нефропатия – 12 (46,15%); хронический гломерулонефрит с исходом в нефросклероз – 7 (26,92%); подагра, подагрическая нефропатия – 3 (11,54%); артериальная гипертензия, ишемическая нефропатия – 4 (15,39%).

Все пациенты находились или готовились к перитонеальному диализу. Это были мужчины в возрасте от 41 до 66 лет, средний возраст которых составил 59 лет. Паховые грыжи были выявлены в момент обращения пациентов или в течение первых шести месяцев проведения перитонеального диализа. У 24 (92,31%) пациентов грыжи были правосторонние, одна – левосторонняя, и одна – двухсторонняя. Пахово-мошоночных грыж было 14 (53,85%), прямых – 12 (46,15%).

Оперативное вмешательство выполнялось под местной у 3 (11,54%) пациента, спинномозговой – 12 (46,15%) или общей анестезией – 11 (42,31%). Основной задачей, которого является устранение грыжевого образования с сохранением герметичности брюшины.

После рассечения кожи и подкожной клетчатки в паховой области, вскрывали паховый канал и выделяли грыжевой мешок до шейки. При косой паховой грыже после выделения из элементов семенного канатика мешок вскрывали. Содержимое мешка погружали в брюшную полость. Отступая дистальнее от шейки на 1-1,5 см, его прошивали, перевязывали, а избыток иссекали. Культю перед погружением в брюшную полость дополнительно коагулировали по типу "запаивания". Поперечную фасцию ушивали непрерывно полипропиленом. Заднюю стенку пахового канала укрепляли полипропиленовым сетчатым эндопротезом по типу Лихтенштейна. Следует отметить, что эндопротез в области внутреннего пахового кольца отсекался для семенного канатика не по типу "ласточкиного хвоста", а вниз к паховой связке, где и создавалась дубликатура. Листки апоневроза наружной косой мышцы живота ушивались непрерывно полипропиленом. При прямой паховой грыже грыжевой мешок инвагинировали в брюшную полость без вскрытия и иссечения, поперечную фасцию ушивали непрерывно. Дополнительно заднюю стенку пахового канала укрепляли полипропиленовым сетчатым эндопротезом аналогично, как и при косой паховой грыже. Листки апоневроза наружной косой мышцы живота ушивались непрерывно полипропиленом. В обоих случаях ушивание поперечной фасции производят непрерывным полипропиленом, уменьшая внутреннее паховое кольцо до размера диаметра семенного канатика пациента. Подкожную клетчатку при необходимости активно дренировали по Редону в течении 1-2 дней.

При наличии транслокации постоянного перитонеального катетера выполнялась одномоментная лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, устранение транслокации катетера или его замена на новый с дополнительной точкой фиксации дистального конца к париетальной брюшине с последующей герниопластикой.

Заполнение брюшной полости диализным раствором производили сразу после операции без оставления раствора в брюшной полости. В послеоперационном периоде заливки диализного раствора выполняли ежедневно от 1 до 1,5 л без экспозиции в брюшной полости. Постоянный перитонеальный диализ в полном объеме начинали проводить на 10 сутки после герниопластики. Послеоперационных осложнений и летальности не было. Рецидивов грыж, выполненных данным методом отмечено не было.

Выводы.

1. Применение данного метода герниопластики позволяет многослойно укрепить заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать рецидив грыжи при повышении внутрибрюшного давления.

2. Пациентам после выполненной многослойной пластики пахового канала выполняются сразу сеансы ПД, тем самым отсутствует перерывы в почечно-заместительной терапии.

Ботезату А.А., Райляну Р.И., Маракуца Е.В., Паскалов Ю.С., Коцюруба А.М. ПЕРЕДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ.

Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко, г. Тирасполь

Введение. В хирургии срединных послеоперационных грыж проблему лечения составляют в основном большие и гигантские грыжи. Известные методы комбинированной пластики с использованием сетчатых имплантов либо аутодермальных трансплантатов неприемлемы, ибо при перемещении значительных объемов грыжевого содержимого брюшной полости может развиваться абдоминально-компрессионный синдром (АКС). По нашим данным условиями развития АКС является внутрибрюшное давление (ВБД) критический порог которого достигает 21–23 мм рт. ст., а продолжительность абдоминальной компрессии – 48 часов и более. Эти обстоятельства в ранние сроки после операции повышают риск летального исхода, а в отдаленные сроки – вероятность рецидива заболевания до 55, 3 % (Ботезату А.А., 2004). Таким образом, надежное закрытие больших и гигантских срединных грыжевых дефектов при соблюдении принципа ненапряжной пластики может быть достигнуто только при разделении мышечно-апоневротических компонентов передней брюшной стенки (РК).

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с большими и гигантскими срединными грыжами, у которых при герниопластике проводилась передняя сепарационная пластика в сочетании с аутодермопластикой.

Материалы и методы. На протяжении 2000–2018 гг. в РКБ г. Тирасполя нами пролечено 180 больных с большими и гигантскими срединными послеоперационными и рецидивными грыжами, у которых применяли технику РК передним доступом. Большинство пациентов составили женщины – 154 (85,5 %), мужчин было 26 (14,5 %). Средний возраст пролеченных больных 56, 27[±]0,61 лет. С целью увеличения поверхности брюшной стенки применяли продольные релаксирующие разрезы апоневротических образований: у 141 (78,3 %) пациента с большими грыжами, при которых ширина срединного дефекта не превышала 15 см, прибегали к рассечению апоневроза наружных косых мышц по параректальным линиям от реберных дуг до линии, соединяющей верхние подвздошные ости (по О. Ramirez, 1990). При гигантских грыжах у 38 (21,7 %) применяли 4 релаксирующих разреза: параректальные по О. Ramirez + рассечение передних влагалищ прямых мышц живота на всем протяжении срединного апоневротического дефекта и мышечного диастаза. Благодаря четырем релаксирующим разрезам достигалось максимальное увеличение передней брюшной стенки, а следовательно, и брюшной полости.

С целью уменьшения объема органов брюшной полости в 89 (49,4 %) случаях прибегали к резекции большого сальника, иногда – объемных жировых отложений ободочной кишки. По показаниям производили ампутацию матки, кистэктомию (8 случаев, или 4,4 %), холецистэктомию (9, или 5 %), резекцию тонкокишечных конгломератов (8, или 4.4 %), аппендэктомию (12 случаев, или 6.7 %).

У 60 (33,3 %) больных при сочетании больших и гигантских срединных послеоперационных грыж с ожирением III–IV степени выполняли абдоминопластику, способствующую уменьшению напряжения тканей брюшной стенки, снижению ВБД, что обеспечивает адекватное сопоставление краев мышечно-апоневротического дефекта и является мерой профилактики рецидива грыжи.

Аутопластика включала фиксацию медиальных краев: у 35 (19,7 %) пациентов – швами Шампониера в 2 ряда; в 21 (17,7 %) случае – шнурование аутодермальной полоской. Чаще всего (86, или 47.7 %) прибегали к формированию общего футляра прямых мышц. Консолидация аутопластики по средней линии и замещение параректальных апоневротических дефектов осуществлялись однослойными аутодермальными трансплантатами. При гигантских послеоперационных грыжах по средней линии выполнялась аутопластика по Welty (1941) с последующим замещением срединного апоневротического дефекта и параректальных дефектов однослойными аутодермальными трансплантатами.

Результаты лечения. Общие осложнения констатированы у 29 (16,1 %) пациентов, из которых 4 (2,2 %) умерли. У 24 (13,3 %) человек наблюдались местные осложнения (краевые некрозы кожи, нагноения ран). АКС развился у 8 (4,4 %) больных. В отдаленные сроки выявлено 6 (3,3 %) рецидивов грыж.

Выводы.

1. Предложенные нами варианты передней сепарационной пластики в сочетании с аутодермопластикой позволяют выполнять герниопластику практически у большинства больных с большими и гигантскими грыжами.

2. Операции направлены на уменьшение объема органов брюшной полости, абдоминопластика в раннем послеоперационном периоде снижает риск развития АКС, а в отдаленные сроки – рецидива грыж.

Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Райляну Р.И., Маракуца Е.В.
КОМБИНИРОВАННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.
Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко, г. Тирасполь

Введение. Несмотря на существование множества способов герниопластики вопрос лечения сложных паховых грыж остается открытым. По образному выражению L. Nyhus, «последняя глава в лечении паховых грыж еще не написана».

Цель исследования. Изучить результаты лечения паховых грыж предложенными нами комбинированными методами открытой передней пластики.

Материалы и методы. На протяжении 1999–2018 гг. в хирургическом отделении ГУ РКБ г. Тирасполя было пролечено 705 взрослых пациентов с паховыми грыжами: 660 (93,6 %) мужчин и 45 (6,4 %) женщин. Первичные паховые грыжи отмечены у 606 (85,9 %), рецидивные – у 99 (14,1 %) больных. Сложные формы паховых грыж (пахово-мошоночные, скользящие, комбинированные, рецидивные) выявлены у 441 (62,6 %) пациента. Пациенты старше 50 лет составили 517 (73,3 %) случаев. Средний возраст оперированных больных – $56,25 \pm 0,59$ лет.

В клинике от традиционных способов аутопластики (Жирар–Спасокуокский, Постемпский и др.) – отказались.

Нами разработаны и внедрены в практику комбинированные методы герниопластики из переднего доступа сочетающие аутопластику с аутодермопластикой. При этом акцент ставился на консолидацию задней стенки пахового канала, что, по мнению L. Lichtenshtein (1987) является «ахиллесовой пятой» в паховой области.

При косых и прямых паховых грыжах с незначительным разрушением задней стенки пахового канала (щелевидная либо овальная форма пахового промежутка, высота которого не превышала 3–3,5 см), аутопластика включала «гофрирование» задней стенки пахового канала путем фиксации объединенного сухожилия внутренней косой и поперечной мышц к подвздошно-лонному тяжу и пупартовой связке. При этом практически ликвидировали паховый промежуток (североамериканский вариант операции Bassini). Консолидацию аутопластики выполняли аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофундулярно и фиксированным по периметру к апоневротическим образованиям паховой области. Впереди семенного канатика ушивали апоневроз наружной косой мышцы край в край. По такой методике выполнено 258 (36,6 %) герниопластик.

При сложных формах паховых грыж, где высота пахового промежутка составляла 5 см и более применяли 2 способа:

1. Аутодермопластика с преперитонеальной укладкой трансплантата. В результате фиксации аутодермального лоскута под умеренным натяжением, высота пахового промежутка уменьшалась до 2 см. Трансплантат укрывали поперечной фасцией. Впереди семенного канатика выполняли пластику апоневроза наружной косой мышцы край в край либо дубликатуры с формированием наружного пахового кольца. Выполнено 164 (23, 5 %) герниопластики.

2. Аутопластика задней стенки пахового канала, включала косопродольный релаксирующий разрез передней стенки прямой мышцы на протяжении 7–8 см, после чего латеральный край рассеченного влагалища вместе с объединенным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц фиксировали к подвздошно-лонному тяжу и пупартовой связке до внутреннего пахового кольца. Аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофундулярно, замещали образовавшийся дефект влагалища прямой мышцы. В нем продельвали поперечный разрез в проекции внутреннего пахового кольца для формирования «колечка» вокруг семенного канатика. Впереди семенного канатика ушивали апоневроз наружной косой мышцы край в край с формированием короткой дубликатуры вблизи лонного бугорка, для «прижатия» аутодермального трансплантата к внутренней косой мышце. При этом наружное паховое кольцо перемещалось на 1,5–2 см латеральнее обычного ее расположения. Выполнено всего 305 (43,3 %) герниопластик.

Аутопластику при сложных паховых грыжах выполняли из поперечного доступа: двумя полуовальными разрезами вокруг надлобковой складки иссекали аутодермальный лоскут, из которого приготавливали аутодермальный трансплантат по методу В.Н. Янова.

Результаты лечения. Отмечено 3 (0,4 %) случая общих осложнений: 1 (0,14 %) – острая кишечная непроходимость; 2 (0,3 %) – ОНМК, из них 1 (0,14 %) больной с обширной гематомой левого полушария на 7-е сутки после операции умер. У 17 (2,4 %) пациентов наблюдались местные осложнения, в основном 16 (2,3 %) случаев посттравматические ишемические орхиты. В отдаленные сроки выявлено 9 (1,3 %) рецидивов грыж.

Выводы

1. Предложенные способы аутопластики задней стенки пахового канала в сочетании с аутодермопластикой зарекомендовали себя как эффективные беззатратные методы с хорошими ближайшими и отдаленными результатами лечения.

2. Большинство рецидивов регистрировали после комбинированной пластики с преперитонеальной укладкой аутодермального трансплантата и передней аутопластики – 7 (4,3 %) случаев. В этой связи от такой методики в последние 10 лет отказались.

**Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Бондаренко С.И., Ходырев В.Н., Стадник А.Д.,
Варганова Н.А., Кучеров В.Г., Крюков В.С., Лебеденко Н.А., Чудновский А.А.**

КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ.

*Кафедра общей хирургии, ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ.*

Лечение срединных послеоперационных вентральных грыж (СПВГ) гигантских размеров остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Они значительно ухудшают качество жизни больных, приводя их к инвалидизации. Предложены сотни способов герниопластик, что свидетельствует об отсутствии идеального варианта лечения. В последнее время в хирургии получают развитие методы 3D моделирования. В герниологии данный аспект практически не разработан.

Цель исследования - повышение эффективности диагностических и лечебных мероприятий при лечении СПВГ гигантских размеров путем разработки трехмерного компьютерного моделирования передней брюшной стенки (ПБС).

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленных целей в проводимом исследовании, была разработана базовая трехмерная модель нормальной анатомии ПБС. Она была создана с использованием графического редактора Autodesk 3ds max11, который позволяет в ручном режиме воссоздать объекты трехмерной графики любой степени сложности, меняя угол

обзора в любых плоскостях, что дает представление о пораженном участке. Для максимального приближения реальных топографо-анатомических взаимоотношений в 3D модели нормальной анатомии ПБС были учтены: данные выборки 250 УЗИ-снимков в норме, с помощью которой вычислили усредненные показатели ее слоев; антропометрические измерения – переднезадний и поперечные размеры грудной клетки, живота по областям, расстояние от мечевидного отростка грудины до пупка, расстояние от пупка до лонного сочленения, с помощью которых вносили соответствующие изменения путем масштабирования в разрабатываемой 3D модели. Этим достигалась полная идентичность органотопики у пациента и его виртуальной модели. Структура ПБС была регламентирована согласно атласу анатомии человека Р.Д. Синельникова, 1972 г. Разработанная методика построения трехмерных изображений всех структур позволяет проектировать любые варианты анатомических изменений ПБС.

Обследование 18 больных СПВГ гигантских размеров включало в себя объективную оценку величины и характера грыжи, антропометрические измерения, диагностику с помощью ультразвукового аппарата ALOKA SSD 1000 с датчиком 7,5 МГц. При формировании грыжи меняется плотность тканей, что визуализировалась в виде эхо - позитивных структур высокой плотности. Имея необходимые числовые параметры грыжи, путем изменения базовой трехмерной модели нормальной анатомии передней брюшной стенки, моделировали данный объемный процесс в графическом редакторе Autodesk 3ds max11. В связи с тем, что СПВГ гигантских размеров способна охватывать все анатомические структуры ПБС и приводить к прогрессирующим глубоким морфофункциональным изменениям техника 3D-реконструкции грыжевого образования выполнялась согласно методики послойного построения всех структур ПБС.

Для удобства и быстроты использования в дальнейшей работе полученные виды 3D модели ПБС при СПВГ гигантских размерах сохраняются в виде графических изображений в формате JPEG. Это дает возможность пользоваться данным продуктом на любом компьютере вне зависимости от модели и модификации.

Результаты и их обсуждение.

Трехмерное компьютерное моделирование ПБС при СПВГ гигантских размеров позволяло образно представить соотношение анатомических структур, наглядно оценить степень грыжевого процесса, прогнозировать более эффективную тактику хирургического вмешательства с последующим определением зоны оптимального оперативного доступа к данному грыжевому дефекту, обосновать показания к оперативному лечению и выбрать оптимальный способ герниопластики. При этом отправными точками проецирования были стандартные анатомические линии и костные структуры на трехмерной модели.

Создавая такую проекционную область в окне программы возможен «перенос» ее в действительность, ориентируясь на те же линии и скелетные объекты уже на пациенте.

Вывод: 3D моделирование – это не только выбор лучшей методики операции, сколько индивидуализация подхода к каждому пациенту, что повышает продуктивность контакта с ним. Он может убедиться в необходимом хирургическом вмешательстве, проследить этапность операции, познакомиться с образом конечного результата.

Внуков П.В.

ТЕНЗОМЕТРИЧЕСКИЕ КОНФИГУРАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПО ДАННЫМ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ.

ГУЗ "Елецкая городская больница № 2", Елец

Введение. Контроль напряжения апоневроза является одним из важнейших аспектов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки. В то же время, данные о допустимых интраоперационных диапазонах натяжения при различных видах герниопластики, об изменениях напряжения в послеоперационном периоде на сегодняшний день недостаточны. Применение сетчатых имплантов лишь частично решает проблему натяжения, поскольку напряженное состояние – основное функциональное свойство апоневротической ткани. На сегодняшний день отсутствует четкое понимание того, что происходит в зоне операции в послеоперационном периоде с точки зрения изменения тензометрических показателей. Каким образом распределяется напряжение в апоневрозе, какие векторы сил являются доминирующими?

Цель настоящей работы - изучение особенностей напряженного состояния апоневроза передней брюшной стенки в зависимости от её конфигурации.

Материал и методы. Работа основана на биомеханическом 3D моделировании передней брюшной стенки и анализе её напряженного состояния в условиях вертикального положения тела. Поверхностное 3D моделирование выполнено на основании трехмерных сканов передней брюшной стенки у 15 людей с различным типом живота (в соответствии с критериями лапарометрии Н.С.Горбунова, М.Н.Мишанина и J.Tanner) и анализе напряженного состояния в компьютерной системе автоматизированного проектирования. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программы Statistica 10 с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Было установлено, что имеет место значительная разница в показателях напряжения в зоне белой линии живота в горизонтальном и вертикальном

положении тела. Если тензометрические особенности модели в горизонтальном положении среди лиц с различным типом телосложения не имели заметных различий, то распределение продольных и поперечных напряжений в вертикальном положении в значительной степени зависело от конфигурации передней брюшной стенки.

Так, у лиц с уплощенной формой передней брюшной стенки меридиональные напряжения были распределены равномерно с наибольшими (в 1,6 раза по сравнению со средним значением $0,0039\text{Н/мм}^2$ ($p<0,01$)) показателями в околопупочной области. У лиц с максимальным коэффициентом прогиба в гипогастральной области (что соответствует гинекоморфному типу по Tanner) была отмечена значительная разница напряжений по ходу белой линии живота. Наибольшие значения были отмечены в супраумбиликальной зоне (в 3,4 раза по сравнению со средним значением $0,0105\text{Н/мм}^2$ ($p<0,01$)). Наименьшие же показания меридионального напряжения имели место в субксифоидальной и надлобковой областях (в 10,6 раз меньше супраумбиликальных показателей ($p<0,01$)). Меридиональное напряжение у обследуемых с максимальным коэффициентом прогиба в околопупочной области имело промежуточное по сравнению с описанными выше типами распределение по ходу белой линии. Наибольшие показатели напряжения отмечены в параумбиликальной зоне (в 1,4 раза больше по сравнению со средним значением $0,0048\text{Н/мм}^2$ ($p<0,01$)).

При анализе окружных напряжений было установлено, что эти показатели всегда превосходят меридиональные. Это объясняется законом распределения напряжений цилиндрической поверхности, а также анизотропностью апоневротической ткани. У лиц с уплощенным животом напряжение было неравномерно распределено по белой линии с максимумом в околопупочной области (в 3,6 раза по сравнению со средним значением $0,0753\text{Н/мм}^2$ ($p<0,01$)). У лиц с максимальным индексом прогиба в гипогастрии было отмечено более равномерное распределение напряжений. Максимумы также локализовались в околопупочной и гипогастральной областях (превышение среднего значения $0,0778\text{Н/мм}^2$ в 2,3 раза ($p<0,01$)).

Выводы. Таким образом, тензометрические особенности брюшной стенки, связанные с вертикальным положением в значительной степени определяются типом сложения брюшной стенки. Наиболее выраженная неоднородность меридионального, то есть продольного (по оси белой линии) напряжения характерна для гинекоморфного типа сложения, с наибольшей выпуклостью живота в гипогастрии. У лиц с уплощенной передней брюшной стенкой, без образования выпуклостей в сагиттальной плоскости экстремумы напряжения отмечены в околопупочной области. Эти тензометрические

особенности необходимо учитывать во время герниопластики, когда имеет место альтернатива при выборе направления апоневротического шва, а также при формировании

**О.В. Галимов, В.О. Ханов, Р.А. Зиангиров, И.Н. Сафин, А.С. Петров, Е.Д. Луговой
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ.**

Кафедра хирургических болезней и новых технологий ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа.

Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связанными, прежде всего с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время описываются осложнения после лапароскопических операций, одним из которых, существенно снижающих качество жизни пациентов, является образование послеоперационных грыж. По данным литературы осложнения, связанные с использованием троакара, у пациентов происходят приблизительно в 1% - 6% случаев.

Вследствие применения троакаров большого диаметра, дополнительных инструментов, расширителей, особенно у больных с избыточной массой тела и лиц старческого возраста, после извлечения препарата (желчного пузыря, кишки и др.) брюшина становится более подверженной растяжению, вследствие нарушения ее целостности, а рана, учитывая толщину подкожной клетчатки, не всегда ушивается послойно и в этой области брюшная стенка теряет свою прочность, что приводит к появлению троакарных вентральных грыж. Таким образом, риск послеоперационной грыжи определяют многочисленные как местные и системные факторы, так и техника закрытия брюшной стенки. По литературным данным, троакарные грыжи возникают в 0,23 % случаев в месте установки 10 мм порта, в 1,9 % случаев на участке 12 мм порта и в 6,3% случаев на участке 20 мм порта. Эти цифры заметно увеличиваются до 12 % для тучных пациентов с индексом массы тела (ИМТ) больше чем 30 кг/м².

Оперативное лечение грыж относится к восстановительной хирургии, которая всегда требует особого, конструктивного подхода и поиск более совершенных, отличных от привычных, способов операции. На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий было оперировано 42 пациента с послеоперационными вентральными грыжами, возникшими после выполнения лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство пациентов были женщины - 33 (78,6%), мужчин было 9 (21,4%) , все больные в возрасте от 33 до 70 лет. В процессе проведенного

ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число больных с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных - 30 человек (71,4%), которым ранее производилась лапароскопическая холецистэктомия. У 9 пациенток в анамнезе были гинекологические операции, у 3- sleeve резекция желудка. Грыжевой дефект, как правило, локализовался в параумбиликальной области (в месте введения 10 мм троакара, откуда извлекали желчный пузырь). У 18 больных из этой группы в послеоперационном периоде отмечались различного рода воспалительные осложнения со стороны доступа в виде образования инфильтрата операционной раны, либо ее нагноения. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроки от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5x1,5см до 5,5x5,5см. Избыточная масса тела и морбидное ожирение (ИМТ>30 кг/м²) имело место у 27 пациентов (69,2%). У 11 (78,6%) пациентов имелись вправимые послеоперационные вентральные грыжи, 9(21,4%) пациента имели невправимые послеоперационные вентральные грыжи. Случаев ущемления мы не наблюдали, и все выявленные нами пациенты с троакарными грыжами оперированы в плановом порядке. Плановые оперативные вмешательства выполнялись под местной инфильтративной анестезией (22) или комбинированным эндотрахеальным наркозом (20). Всем пациентам, оперированным в плановом порядке, выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки сетчатым ксенотрансплантатом по методике «onlay». Применялись полипропиленовые сетки с фиксацией эндопротеза проленовой нитью отдельными узловыми швами. При контрольном обследовании пациентов в сроки до 5 лет после операции рецидивов грыж не выявлено.

Проанализировав частоту и причины образования троакарных постлапароскопических грыж, мы пришли к заключению о том, что на некоторые факторы, предрасполагающие к появлению грыж (пожилой возраст, ожирение, функциональная недостаточность соединительной ткани) хирургу не повлиять, но о них необходимо помнить и учитывать при выборе оперативной тактики. При использовании в ходе лапароскопических вмешательств инструментов больших диаметров (троакары, эвакуаторы, ранорасширители и др.), инфицировании раны в зоне введения троакара и извлечении удаленного органа или ткани, а также неудовлетворительном ушивании апоневроза в месте произведенного доступа, необходима профилактики грыжеобразования. Для профилактики нагноения операционной раны мы считаем необходимым: исключение контакта удаляемого органа с подкожной клетчаткой раневого канала, а также адекватную антибиотикотерапию у больных оперированных по поводу острых хирургических заболеваний.

Галлямов Э.А.¹, Луцевич О.Э.², Агапов М.А.³, Ерин С.А.⁴, Бусырев Ю.Б.¹, Гололобов Г.Ю.¹

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

¹ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет)» 119146, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д.19, стр. 1.;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова МЗ РФ» 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1

³ГБУЗ «ГКБ имени С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, 127206, г. Москва, ул. Вучетича 21.;

⁴Университетская клиника МГУ им. М.В. Ломоносова, 119991 (119192), г. Москва, Ломоносовский проспект, д.27, к.10.

Введение. Многочисленные эпидемиологические исследования указывают на возрастающую частоту проявления симптомов гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), преимущественно у населения индустриально развитых стран. Приблизительно 20-40% взрослого населения испытывает хроническую изжогу или регургитацию, что ощутимо снижает качество их жизни. Лапароскопическая фундопликация к настоящему времени практически полностью вытеснила открытую и технически стала "золотым стандартом" лечения ГЭРБ. Преимуществами лапароскопического подхода в лечении ГЭРБ по сравнению с открытой операцией является более быстрый и комфортный период реабилитации и более низкая стоимость операции. Однако повторные вмешательства при ГЭРБ являются более сложными с технической точки зрения и в последнее время выполняются всё более часто. В данной работе коллектив авторов предоставляет свой опыт оперативного лечения рецидива ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материалы и методы. Коллективом авторов в период с 1993 г. по 2018 г. с соблюдением единых лечебно-диагностических принципов прооперировано 2678 больных по поводу ГЭРБ и ГПОД. По поводу рецидивных форм заболевания оперированы 127 (4,74%) пациентов, а у 46 из них первоначальная операция была выполнена в других клиниках.

Результаты. У всех пациентов интраоперационно выполнено восстановление абдоминальной позиции пищевода, выполнение задней крурорафии у 42 (33%) пациентов, задней и передней крурорафии у 8 (6.30%) пациентов, использование сетчатого импланта

для пластики диастаза ножек пищеводного отверстия диафрагмы выполнено у 8 (6,30%) пациентов. При выявлении «Slipped»-синдрома выполняли ревизию первоначальной манжетки, «разворачивали» её, формировали новую манжетку: по Nissen у 16 (12,60%) пациентов, по Toupet у 6 (4,72%) пациентов. Задняя крурорафия была выполнена у 8 (6,30%) пациентов. При выявлении несостоятельности манжетки переводили деформированную манжетку в короткую мягкую манжетку по Nissen у 22 (17,30%) пациентов, выполняли заднюю крурорафию у 7 (5,51%) пациентов, проксимальная гастропексия была сделана у 8 (6,30%) пациентов. При выявлении стойкой дисфагии из-за наличия рубцовых изменений в области манжетки, выполняли операции, которые включали себя ревизию манжетки, перевод циркулярной манжетки в парциальную по Toupet. Хирургическая тактика по поводу рецидива ГЭРБ определялась по клинической картине: у 7 (5,51%) пациентов (5 из них отмечали выраженный метеоризм и 2 дисфагию) парциальная манжетка была переведена в циркулярную, 3 (2,36%) пациентам при рецидиве ГЭРБ парциальная манжетка была переведена в циркулярную. Медиана наблюдений данных пациентов составила 63 (12-139) месяца. Хороший функциональный результат после рефундопликации мы наблюдали у 76,4% пациентов.

Выводы. Повторные операции при рецидиве ГЭРБ и ГПОД являются технически более сложными и трудоёмкими, нежели изначальное хирургическое вмешательство, и требуют большого опыта хирурга. Залогом успешного результата является мультидисциплинарный подход к ведению таких пациентов, где важная роль принадлежит гастроэнтерологу.

Германович В.И., Стебунов С.С., Глинник А.А.
**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ
БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.**

*ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»
г. Минск, Республика Беларусь.*

Частота ожирения за последние 20 лет увеличилась во всем мире в 3 раза. Более 65% населения наших стран имеют лишний вес (16% мужчин и 32% женщин). Учитывая распространенность ожирения и малую эффективность консервативных методов лечения, количество выполняемых в мире бариатрических операций по поводу морбидного ожирения неуклонно возрастает. В настоящее время наиболее часто выполняются лапароскопическое бандажирование желудка, гастрощунтирование и другие виды шунтирующих операций, а также рукавная резекция желудка (ЛРЖ), которая во всем мире вышла на первое место по частоте исполнения. Одним из недостатков данной операции

является разрушение угла Гиса, увеличение или усугубление явлений гастроэзофагального рефлюкса (ГЭРБ). По данным некоторых авторов, частота ГЭРБ у пациентов после рукавной резекции желудка может достигать 70%. Это связано, с разрушением в ходе операции запирающего клапанного механизма пищеводно-желудочного перехода, а также с оставлением части антрального отдела желудка, в котором имеется зона, продуцирующая соляную кислоту.

Мы имеем опыт проведения 360 бариатрических вмешательств: 140 лапароскопических регулируемых бандажирований желудка, 140 рукавных резекций желудка; 50 – гастрощунтированных, 10 пликаций желудка и 20 ревизионных (повторных вмешательств).

У пациентов после лапароскопического бандажирования желудка клиника ГЭРБ развивалась у 44% случаев. После рукавной резекции желудка ГЭРБ наблюдался у 7-30%. После гастрощунтирующих операций наблюдается снижение частоты ГЭРБ до 3-12%.

У 6 пациентов после рукавной резекции желудка ввиду выраженного ГЭРБ производились ревизионные операции.

В дальнейшем, все пациенты, готовящиеся к бариатрической операции были опрошены с помощью опросника GERD-Q. Выявление клиники рефлюкса было подтверждено инструментальными обследованиями: рентгеноскопия желудка, фиброгастродуоденоскопия, КТ-энтерография, РН-метрия.

У 24% пациентов с ожирением при тщательном дооперационном обследовании были выявлены причины рефлюкса: недостаточность кардии (18%), грыжи ПОД (6%). Учитывая эти данные, нами разработаны методы профилактики и лечения гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов во время проведения бариатрических вмешательств. У пациентов с недостаточностью кардии и клиникой гастроэзофагеального рефлюкса, а также грыжами ПОД 1 степени была дополнительно произведена передняя крурорафия с целью профилактики рефлюкса и прогрессирования скользящей грыжи (1 группа). У пациентов с доказанными грыжами ПОД 2-3 степенью кроме крурорафии была произведена антирефлюксная операция по специально разработанной нами методике (2 группа). В настоящее время проводится анализ и статистическая обработка результатов применяемых методов.

При выборе метода бариатрической операции пациентам с сопутствующими ГЭРБ и грыжами ПОД более целесообразно по нашему мнению сразу отдавать предпочтение гастрощунтирующим операциям (классическому гастрощунтированию по Ру или минигастрощунтированию).

Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ - РЕВОЛЮЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ, г. Москва.

Во всем мире паховая грыжа является одной из наиболее распространенных операций, выполняемых более чем 20 миллионам человек в год. Хирургическое лечение в большинстве случаев является успешным, но рецидивы требуют повторных операций в 10-15% случаев после традиционной методики пластики пахового канала. В настоящее время лечение паховой грыжи не стандартизировано. Использование эндопротезов для пластики пахового канала началось в 1960-х годах, первоначально только у пожилых пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Благоприятные долгосрочные результаты после использования эндопротеза способствовали применению их у более молодых пациентов. В настоящее время большинство хирургов в мире предпочитают использование эндопротеза у больных паховыми грыжами.

Несмотря на то, что было разработано множество различных методик герниопластики, техника Лихтенштейна в 21 веке по-прежнему остается самой популярной, что приводит к одинаковым хорошим результатам во многих хирургических центрах. Частота рецидива после герниопластики по Лихтенштейну варьирует от 1% в специализированных отделениях до 3% - неспециализированных.

Принцип пластики по Лихтенштейну заключается в имплантации сетчатого эндопротеза под апоневроз наружной косой мышцы живота. Эндопротез фиксировали к паховой связке, к апоневрозу над лобковой костью и к соединённому сухожилию внутренней косой мышцы живота.

Материалы и методы. С 1998 – 2017 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского по поводу паховых грыж выполнено 821 операция с пластикой пахового канала по Лихтенштейну.

Из них мужчин было 752 (91,6%), женщин – 69 (8,4%). Подавляющее большинство пациентов были среднего и пожилого возраста: 541 (65,9%).

Правосторонняя паховая грыжа была у 427 (52,0%) пациентов, левосторонняя – у 384 (46,8%), а двухсторонняя – у 10 (1,2%). В 509 (62,0%) случаях грыжи были косые, в 263 (32,0%) – прямые и в 49 (6,0%) – сочетание косых и прямых.

Операции выполнены под местной анестезией в 674 (82,1%) наблюдениях, под спинальной анестезией – в 24 (3,0%) и общей – в 123 (15%) случаях.

При этих операциях легкие сетчатые эндопротезы использованы в 132 (16%) случаях, а в 689 (84%) – стандартные.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде отмечали серому мошонки у больных с пахово-мошоночными грыжами в 14 (1,7%) случаях, ликвидированная пункционно. В 7 (0,85%) наблюдениях отмечали отек семенного канатика и яичка, в 19 (2,3%) – экхимозы, в 6 (0,73%) – поверхностное нагноение раны и в 6 (0,73%) – острую задержку мочи. Отторжений эндопротеза не было. В отдаленные сроки (от 6 месяцев до 16 лет) рецидива грыжи не наблюдали. Все больные остались довольными результатами операции.

Заключение. Таким образом, методика герниопластики по Лихтенштейну безопасна, легко выполнима и обеспечивает отличные результаты.

Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.

ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОБШИРНОЙ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ РАНОЙ

ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ, г. Москва

Больной Н., 55 лет, был госпитализирован в Центр хирургии им. А.В. Вишневского с диагнозом гигантская срединная послеоперационная вентральная грыжа, осложненная длительно незаживающей раной над грыжевым выпячиванием.

Пациент поступил с жалобами на наличие грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке, боли в области грыжевого выпячивания, длительно незаживающей раны над грыжевым выпячиванием, требующей ежедневных перевязок в течение последних 8 лет, затруднение при ходьбе, в результате чего качество жизни значительно снизилось. Носит бандаж 9 лет.

Из анамнеза известно, что в 2008 г. выполнена операция по поводу деструктивного панкреатита, с последующими четырьмя релапаротомиями и санациями брюшной полости. Сразу же после выписки из стационара сформировалось грыжевое выпячивание, которое стало увеличиваться в размерах, появились боли, трофические изменения кожи. Проводились ежедневные перевязки с маевой атравматической повязкой Бранолинд® Н, мазью «Левомеколь». В последующем, с увеличением объема грыжевого выпячивания также увеличилась в размерах рана над грыжевым выпячиванием. Обращался в многочисленные медицинские учреждения г. Москвы, где ему было отказано в

оперативном лечении. В конце 2016 года (через 8 лет [!] после возникновения послеоперационной грыжи и через 7 лет после возникновения трофических изменений над грыжевым выпячиванием) больной был направлен в наш Центр, где он прошел предоперационное амбулаторное обследование.

В анамнезе: с 2008 г - сахарный диабет 2 типа, в мае 2015 г - передний острый инфаркт миокарда, произведено экстренное стентирование ПМЖВ с установкой стента Tsunami Gold. Постоянно принимает конкор, аспирин, лизиноприл.

При поступлении на передней брюшной стенке имеются множественные послеоперационные рубцы и грыжевое выпячивание размерами 45x40 см. Над грыжевым выпячиванием имеется длительно незаживающая рана размерами 20x16 см. Рана кровоточит, отмечается резко выраженный лимфатический отек кожи в гипогастральном области живота.

При КТ органов брюшной полости и передней брюшной стенки, размеры грыжевых ворот 27x23 см.

В 2017 было выполнено оперативное вмешательство: грыжесечение с иссечением длительно незаживающей раны, комбинированная пластика брюшной стенки с имплантацией композитного эндопротеза в позиции IPOM.

По окончании операции больной был экстубирован в операционной и переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии на самостоятельном дыхании, а на следующий день в палату. Послеоперационный период протекал гладко. Больной начал ходить на 2-е сутки после операции. Заживление раны первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

При контрольном осмотре пациента через полгода данных за рецидив грыжи нет. Ведет активный образ жизни, доволен операциями.

Горский В.А.¹, Эттингер А.П.², Поливода М.Д.¹, Иванов А.В.³, Сивков А.С.¹, Титков Б.Е.¹, Хачатрян Г.В.², Шадский С.О.¹

СРАВНЕНИЕ КЛЕЕВОЙ И ШОВНОЙ ФИКСАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

¹Кафедра экспериментальной и клинической хирургии и ²кафедра организации биомедицинских исследований медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Москва. ³Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии Курского государственного медицинского университета.

В последнее время появилось много статей о преимуществах клеевой фиксации имплантов. Основным преимуществом данного метода считают быстроту фиксации. Но все ли хорошо, когда быстро? На этот вопрос в приложении к герниологии мы постарались ответить, проведя экспериментальное исследование.

Цель. Сравнительное исследование клеевой и шовной фиксации коллаген-полипропиленового комплекса (КПК) интраперитонеально.

Материал и методы. Эксперимент проводили на 20 белых беспородных крысах-самцах линии Wistar. Сетчатый полипропиленовый имплант размером 20x15мм оборачивали с одной стороны коллагеновой субстанцией (КС), края подгибали и приклеивали клеем «Нустоасгул» (1 серия) или подшивали полипропиленовыми нитями (2 серия). В первой серии исследовали клеевую фиксацию заготовленного КПК к брюшной стенке. Во второй серии комплекс фиксировали полипропиленовыми нитями. Релапаротомию и забор материала на морфологическое исследование выполняли на 7 и 30 сутки.

Результаты. В результате первой серии экспериментов мы поняли, что клеевая фиксация КС к импланту хороша, а фиксация самого КПК к париетальной брюшине дает массу неприятностей. Во время релапаротомии на 7-е и 30-е сутки у подавляющего большинства животных выявлены спаечные сращения между имплантом и сальником в зонах аппликации клея. При микроскопическом исследовании отмечено формирование двухслойной соединительнотканной капсулы вокруг зон аппликации клея. Несмотря на наличие данной ткани, внутри полостей продолжается миграция моноцитов с их слиянием и последующим формированием гигантских клеток с очень высокой степенью полиплоидии. На стенках полостей обнаруживаются гигантские клетки, имеющие 35-40 и более ядер, что говорит о крайне высокой литолитической активности в этих зонах.

Данные факты позволяют сделать вывод о том, что использование клея как фиксирующего агента способствует поддержанию и пролонгированию процессов воспаления в зоне нанесения и сопровождается высоким риском развития адгезии внутренних органов.

А вот КС зарекомендовала себя с положительной стороны - в зонах свободных от клея, несмотря на имеющуюся макрофагальную резорбцию, она сохраняет свою толщину и структуру на срок, достаточный для интеграции сетчатого импланта в переднюю брюшную стенку.

Результаты в группе 2 с шовной фиксацией комплекса были значительно лучше. Как и в предыдущей группе, на 7 сутки КС сохраняла свою структуру, спайкообразование

в зонах шовной фиксации было минимальным – у 1 крысы (1 степень по шкале Zühlke, 15% площади комплекса). По данным гистологического исследования отмечена менее выраженная воспалительная реакция тканей на внедренный комплекс.

На 30-е сутки у всех животных спаечных сращений между внутренними органами, КПК и срединным швом выявлено не было. Спаечные сращения между соседними органами также отсутствовали. Отмечены признаки умеренной резорбции КС и интеграция сетчатого импланта в брюшную стенку. Проникновения сальника между краем импланта и брюшиной, характерного для клеевой фиксации, не было. При микроскопии установлено, что на периферии КПК процесс резорбции КС практически завершен. Относительно сохранные участки КС образуют немногочисленные «мостики» между участками резорбции. Там, где резорбция полностью не завершена, КС значительно деформирована и разрыхлена. Отмечено умеренное смещение волокон импланта с формированием вокруг отдельных нитей двухслойной соединительнотканной капсулы. Такая же капсула сформирована вокруг шовных лигатур. Волокнистый слой капсулы импланта состоит из зрелой, высокоорганизованной плотной волокнистой соединительной ткани, в то время как клеточный слой истончен и состоит в основном из фибробластов и многочисленных макрофагов, содержащих в своей цитоплазме мультивезикулярные тельца и фагосомы. Кровеносные сосуды микроциркуляторного русла в инфильтрате расширены за счет капилляров и собирательных венул. Преобладающее количество фибробластов над другими клеточными элементами в инфильтрате свидетельствует о завершении экссудативной фазы воспаления и о пике пролиферативной фазы в данные сроки.

Заключение. Использование цианокрилатного клея для фиксации КПК показало себя с негативной стороны – отмечено развитие спаечных сращений сальника с имплантом, а также недостаточно плотное прилегание его к брюшине. При применении шовного полипропиленового материала получены обнадеживающие результаты – менее выраженная воспалительная реакция тканей и практически полное отсутствие спаек.

Д.м.н. проф. Грясов В.И.(1,2), Агапов М.А.(2), Тамбиев М.Д.(2)
СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ
ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ. ИРОМ ИЛИ e-TEP?

1). *СтГМУ, Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии, г. Ставрополь*

2) *ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница», г. Ессентуки*

Введение: Эндовидеохирургические способы герниопластики, при лечении грыж передней брюшной стенки, обладают значительными преимуществами перед традиционными (открытыми) методами грыжесечения. Наиболее эффективными современными способами лечения вентральных грыж необходимо признать методы IPOM (intraperitoneal onlay mesh) и e-TEP (endoscopic total extraperitoneal) герниопластики. Каждый из которых имеет свои показания к применению и отличительные особенности оперативного пособия, чем обусловлен характер интра- и послеоперационных осложнений.

Цели и задачи исследования: провести сравнительный анализ результатов IPOM и e-TEP герниопластики при лечении пациентов с грыжами передней брюшной стенки.

Материалы и методы: в Эссентукской городской клинической больнице накоплен опыт 121 IPOM и 92 e-TEP (e-TEP TAR) герниопластик. IPOM пластика производилась в 24(19,9%) случаях при пупочных, 31 (25,6%) вентральных и 66(54,5%) при послеоперационных грыжах брюшной стенки М 2-4, W1-2, по классификации EHS. При e-TEP пластике у 35(38%) пациентов имели место пупочные грыжи (во всех случаях в сочетании с диастазом прямых мышц живота от 4 до 8 см), у 52(56,5%) больных — вентральные и послеоперационные грыжи М 2,3,4. W1-3. R0-2, у 5-х(5,5%) пациентов боковые грыжи L2. Стандартное общеклиническое обследование больных дополнялось ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза и УЗИ брюшной стенки. При грыжах W2, W3 по данным УЗИ – выполнялось КТ брюшной полости. Для IPOM пластики применялись композитные сетчатые импланты фирмы Ethicon PHYSIOMESH и PROCEED 10x15 и 15x15 см, с фиксацией эндопротеза клипсами. При e-TEP пластике использовались стандартные полипропиленовые (Эсфил, Линтенкс) сетчатые импланты длиной 30см, и шириной от 15 до 30см, без фиксации эндопротеза.

Результаты: по результатам анализа у пациентов, оперированных способом IPOM герниопластики были получены следующие осложнения: у 18 (14,8%) пациентов образовались серомы между имплантом и неудаленной частью грыжевого мешка, что удлинит сроки лечения и потребовало выполнения пункций под УЗИ контролем. Рецидив грыжи выявлен у 7 (5,7%) пациентов. Еще у 2 больных при выделении петель кишки из грыжевых ворот произошло ранение стенки кишки, потребовавшее ее ушивания. 9 (7,4%) пациентов (с грыжами W2) в раннем послеоперационном периоде отмечали стойкий болевой синдром, что было связано с попаданием клипсы для фиксации сетки в нервные окончания передней брюшной стенки. В группе пациентов с e-TEP (e-TEP TAR) герниопластикой осложнения получены у 2-х больных (2,1%): в одном случае

на 4 сутки возникло кровотечение в ретомускулярное пространство с объемом 1500 мл, во втором - ограниченное нагноение серомы в объеме 30 мл. Оба пациента были повторно оперированы, выписаны в удовлетворительном состоянии. Рецидивов грыжи в этой группе больных не отмечено.

Обсуждение: оба способа (IPOM и e-TEP) герниопластики обладают всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и позволяют значительно снизить сроки стационарного лечения, особенно у больных с сопутствующим ожирением и сахарным диабетом, до 5-6 суток. Однако методы существенно отличаются друг от друга некоторыми техническими аспектами. Прежде всего, к недостаткам IPOM пластики нужно отнести необходимость использования дорогостоящих композитных протезов и их фиксацию (что в определенных случаях приводит к стойкому болевому синдрому). Кроме того, нахождение сетки в интраабдоминальной позиции, несмотря на наличие антиадгезивного покрытия, не исключает возникновение спаечного процесса в брюшной полости. При e-TEP пластике не требуется фиксация эндопротеза в ретромускулярном пространстве и возможно использование более дешевых сеток отечественных производителей. При этом, сетка размещается позади прямых мышц живота и не контактирует с органами брюшной полости. Метод e-TEP позволяет выполнять пластику при больших (W3) вентральных грыжах и боковых (L), в том числе с применением способов TAR сепарации, но является более трудоемким и сложным вмешательством, требующим от хирурга значительного опыта в эндовидеохирургических вмешательствах.

Заключение: у пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами необходимо дифференцированно подходить к выбору способа оперативного вмешательства. IPOM пластика может эффективно применяться при небольших (W1) срединных (M1-4) грыжах, или как способ симультанной герниопластики при лапароскопических операциях на органах брюшной полости. Способ e-TEP успешно применим при грыжах передней брюшной стенки любой локализации, позволяет снизить риск развития рецидивов и послеоперационных осложнений, а так же, доказывает свою экономическую эффективность у больных с вентральными и послеоперационными грыжами.

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ АЛЛОПЛАСТИКА (TAR-TECHNIQUE) ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ: ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва.

Введение: У 28% пациентов, перенесших лапаротомию, формируются послеоперационные вентральные грыжи. В связи с большим числом послеоперационных осложнений и высокой частотой рецидивов послеоперационные грыжи больших размеров являются актуальной проблемой современной герниологии. Это обусловлено отсутствием единых подходов в лечении данной категории пациентов.

Материалы и методы. С марта 2013 года по настоящее время в центре хирургии ФГАУ ЛРЦ Минздрава России выполнено 70 оперативных вмешательств с применением технологии TAR-technique при проведении задней сепарационной аллопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами. У 59 пациентов грыжи были первичными, у 11 больных - рецидивными. По размеру грыжевых ворот все больные относились к группе W3 по классификации EHS. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом в комбинации с эпидуральной анестезией. После выделения грыжевого мешка и грыжевых ворот производили сепарацию слоев брюшной стенки в соответствии с методикой TAR-technique. Применялся один или несколько шитых между собой некомпозитных сетчатых протезов размерами 30 x 30 см, которые располагались над ушитой поперечной фасцией и брюшиной. Фиксация протеза проводилась с помощью транспоневротических швов в четырех точках: под мечевидным отростком, над лобком и латерально с обеих сторон по средне-подмышечной линии. В 2 случаях применялся сетчатый протез с самофиксирующимся клеевым покрытием ADHESIX – в этих случаях дополнительная фиксация сетки не выполнялась. После установки протеза и дренирования созданной полости белая линия восстанавливалась непрерывным швом полипропиленовой нитью.

Результаты. Средняя продолжительность операции 180±24 мин. Средний прирост объема брюшной полости после выполнения сепарации составил более 30%. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов. В соответствии с классификацией осложнений Clavien-Dindo осложнения I степени выявлены у 2 больных. Осложнений II степени не было. Осложнение III а степени (ТЭЛА) было отмечено в 1 случае. Осложнение III б степени выявлено у 2 больных – у 1 пациентки на вторые сутки после операции возникла «острая» грыжа в зоне спигелевой линии - наиболее вероятно из-за непреднамеренного повреждения апоневроза наружной косой мышцы во время сепарации – с развитием на этом фоне острой кишечной непроходимости. Это осложнение потребовало повторной операции. Во 2 случае течение раннего послеоперационного периода осложнилось развитием внутрибрюшного

кровотечения на 1 сутки после операции. Данное осложнение также потребовало повторного вмешательства. Осложнения 4 степени не отмечены. Оценивая частоту и степень развития внутрибрюшной гипертензии в послеоперационном периоде нужно отметить, что после операции по методике TAR-technique это осложнение возникло у 1 из 70 больных (интраабдоминальная гипертензия II степени). У большинства пациентов после проведения сепарации удалось восстановить белую линию живота. «Bridge» методика использована только в 1 случае. У 3 пациентов с выраженной ретракцией мышц живота и ожирением III степени для закрытия брюшной полости операция вынужденно дополнена правосторонней гемиколэктомией и оментэктомией. В одном случае потребовалось проведение резекции конгломерата тонкой кишки и большого сальника, интимно сращенного с послеоперационным рубцом. У 2 пациентов классическая методика задней сепарации дополнена частичным релизингом прямых мышц живота, что позволило избежать послеоперационной интраабдоминальной гипертензии. В 2 случаях задняя сепарация была дополнена частичной передней сепарацией с сохранением перфорантных сосудов. За период с марта 2013 г. по настоящее время - 1 летальный исход; причина смерти - инфаркт миокарда. Продолжительность стационарного лечения $8 \pm 1,2$ койко-дней. За обозначенный период времени выявлен 1 рецидив.

Выводы. Задняя сепарационная аллопластика (TAR-technique) является эффективной методикой хирургического лечения вентральных грыж больших размеров. Она позволяет выполнить аллопластику брюшной стенки без выраженной внутрибрюшной гипертензии и восстановить белую линию живота, при этом методика сопровождается небольшим числом осложнений. Внедрение этой методики позволяет повысить эффективность лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, снизить число осложнений раннего послеоперационного периода, улучшить отдаленные результаты лечения, а также сократить количество рецидивов заболевания у данной категории пациентов.

Член-корр. РАН А.С. Ермолов., д.м.н. проф. Д.А. Благовестнов., доц. к.м.н. А.К. Алексеев., д.м.н. А.В. Юрасов., доц. А.В. Упырев., к.м.н. И.А. Шляховский., В.Т. Коршвили.

РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва (кафедра неотложной и общей хирургии)

Актуальность: в настоящее время, около 50 % всех грыж брюшной стенки являются послеоперационными (ПОВГ). Летальность при плановых и экстренных оперативных вмешательствах по поводу грыж передней брюшной стенки варьирует от 0,2 до 2,3 %, из них 50 % грыж являются большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, что актуализирует поиск оптимальной хирургической тактики. Частота рецидивов при использовании местных тканей и открытых протезирующих методик варьирует от 8 % до 63 %. Это все связано с множеством факторов риска рецидива ПОВГ: возраст, пол, коморбидное состояние, генетическими особенностями, интраоперационные параметры грыжи и передней брюшной стенки и тактика хирургического вмешательства. По нашему мнению, при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах до конца не определена роль внутрибрюшного давления. В нашем исследовании мы хотим показать роль ВБД в моделировании передней брюшной стенки при больших и гигантских ПОВГ

Материалы и методы: с использованием методики измерения внутрибрюшного давления всего пролечено 46 пациентов, из них 30 (65,2 %) мужчин, 16 (34,8 %) женщин. Преобладала возрастная группа среднего и пожилого ("трудоспособного") возраста от 45 до 74 лет - 35 (75 %). Средний возраст пациентов составил $63,2 \pm 14,2$. Многие пациенты имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания органов дыхания, онкологические заболевания, ожирение и другие заболевания влияющие на внутрибрюшное давление. Диагноз послеоперационной вентральной грыжи установлен на основании клинико-инструментальных и физикальных методов обследования. Для стратификации пациентов и корректного представления данных, пациентов разделили согласно классификации, предложенной Европейским Обществом Герниологии, которая считается универсальной и модифицированной версией предшествующих классификаций. Диагностика проводилась при помощи клинико-анамнестических и инструментальных методов обследования (ультразвукового метода исследования передней брюшной стенки, рентгенкомпьютерную герниоабдоминометрию - РГКАМ). Все ПОВГ относились к категориям больших и гигантских, при которых площадь грыжевых ворот больше 15 см^2 , а относительный объем ПОВГ при РГКАМ варьировал от 14 % до 32 %. Все пациенты были оперированы по стандартной методике реконструкции ("sublay") или коррекции ("submuscular-inlay", "модифицированная методика пластики при дефиците тканей") с использованием сетчатого полипропиленового имплантата в зависимости от показателей внутрибрюшного давления (ВБД). Перед операцией уровень ВБД в мочевом пузыре был в пределах нормы и

варьировал от 3 до 8 мм. рт. ст. Выполнялась мобилизация заднего листка апоневроза с последующим сведением краев под контролем показателей ВБД. У молодых пациентов в возрасте до 45 лет без коморбидного фона значения ВБД могли достигать от 12 до 18 мм.рт.ст, которым была выполнена реконструкция передней брюшной стенки. У пациентов с отягощенным терапевтическим анамнезом при повышении ВБД выше критических значений выполнялась коррекция передней брюшной стенки со вскрытием грыжевого мешка и формированием контралатеральных лоскутов. Интраоперационно выполнялся мониторинг с измерением оксигенации крови, сопротивления давления в дыхательном контуре наркозного аппарата, частоты пульса, ВБД в мочевом пузыре с помощью приспособления UnoMeter Abdo-Pressure. Под контролем ВБД формировался «заданный диастаз» (расстояние между мышечно-апоневротическими элементами) с увеличением не более чем на 2-3 мм.рт.ст. При этом заданный диастаз варьировал от 5 см до 12 см. Всем пациентам выполнялось активное дренирование надсеччатого пространства с помощью дренажной трубки и вакуумного резервуара.

Результаты: у всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, несмотря на то, что у 15 был тяжелый коморбидный фон (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ожирение - индекс массы тела > 34). В раннем послеоперационном периоде в течение двух суток также проводился мониторинг ВБД в мочевом пузыре и не превышали 1-2 мм. рт. ст. от показателей на момент окончания операции. На вторые сутки с появлением активной перистальтики кишечника показатели ВБД снижались в подавляющем числе случаев до нормы. Ранняя активизация пациентов на 1 сутки. Вакуумные дренажные системы удалялись на 3-5 сутки. Пациенты никак не ограничивали себя в физической активности спустя 6 месяцев после операции.

Выводы: таким образом, измерение ВБД во время операции позволяет моделировать объем брюшной полости и недопустить интраабдоминальной гипертензии у пациентов с коморбидной патологией и в соответствии с этим позволяет выбрать тактику хирургического лечения. У молодых пациентов с большими ПОВГ допустимо повышение внутрибрюшного давления до первой и второй степени интраабдоминальной гипертензии.

Жданов А.И., Рудой В.Г., Разворотнев А.В., Ткачев И.Е., Соловьев А.И., Сурова М. В., Меремьянин К.Л.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Воронежская городская клиническая поликлиника № 7, Воронеж.*

Актуальность. Создание центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) при поликлиниках позволило в условиях амбулаторно-поликлинического звена выполнять оперативные вмешательства госпитального реестра, среди которых значительную часть составляют грыжесечения. Поэтому большое значение имеет использование оптимальных способов герниопластики, применяемых в этих центрах при различных грыжах.

Материалы и методы. Основным подразделением ЦАХ является стационар кратковременного пребывания до 3 суток (СКП), который расположен при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7).

Стационар ЦАХ ВГКП №7 состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии, оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи.

Грыжесечения производим под спинальной анестезией с нейролептанальгезией, а при лапароскопических герниопластиках применяем эндотрахеальный наркоз. В качестве эндопротезов использовали сетки из полипропилена «Эсфил-Линтекс» и «Эндопрол-Волоть», легкие и средние, размерами от 6 x11 см до 15x15 см.

Результаты. В СКП центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7 с 2004 г. выполнили 12788 операций по 7 специальностям. Из них 2490 оперативных вмешательств произвели по поводу грыж различных локализаций: пупочных – 612; белой линии живота – 204; бедренных – 19 и 1616 грыжесечений выполнили по поводу паховых грыж.

Среди паховых грыж выявили: косых – 916 (56.7%); прямых 658 (40.7%); двухсторонних – 42 (2.6%). Из них паховомошоночных - 100 (6.2%), комбинированных – 24 (1.5%); рецидивных – 85 (5.3%).

Пациенты старших возрастных групп от 61 года и выше составили большинство – 1025 (63.4%) и 591 (36.6%) - в группах работоспособного возраста от 21 до 60 лет. Среди пациентов было 1416 (87.6%) мужчин и 200 (12.4%) женщин.

Из 1616 операций по поводу паховых грыж мышечно-апоневротическую пластику передней стенки пахового канала по Жирару - Спасокукоцкому произвели в 70 случаях у пациентов молодого возраста с косыми паховыми грыжами, с хорошо развитыми мышечно-апоневротическими слоями, прочной, нерастянутой поперечной фасцией, невысоким паховым промежутком и нерасширенным внутренним отверстием пахового канала. В остальных случаях при прямых и косых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При этом в 83 случаях герниопластику выполнили по Postempsky, в 25 – по Rives, в 22 – по Nyhus, а в 1054 (65.2%) – по Lichtenstein. Из них «ненатяжной», протезирующей пластике по Lichtenstein

отдавали предпочтение, как одному из наиболее оптимальных способов для выполнения в условиях стационара при поликлинике.

С 2009 года по поводу паховых грыж у 386 (23.9%) пациентов произвели лапароскопическую герниопластику методом TAPP. Из них у 26 больных – одновременно с двух сторон, а у 10 – по поводу рецидивных грыж после ранее выполненных грыжесечений паховым доступом с применением различных способов ауто- и аллопластики.

Длительность пребывания больных в СКП ЦАХ после грыжесечений в среднем составила 1,6 дня и 1,3 - после лапароскопических герниопластик. Стоимость одного дня пребывания пациентов в СКП при поликлинике значительно меньше, чем в больничных стационарах города, что вместе с сокращением сроков госпитализации дает существенную экономию материальных средств.

Рецидивы грыж после герниопластики по способу Жирара - Спасокукоцкого возникли у 2 (2.9%) пациентов, по Postempsky - у 1(1.2%) и у 2 (0.2%) - после аллопластики по Lichtenstein. Рецидивы после лапароскопических герниопластик выявлены у 9 (2.3%) больных. Устранение рецидивов грыж после ЛПП было произведено при помощи грыжесечений по Lichtenstein.

При анализе результатов хирургического лечения паховых грыж в условиях СКП центра амбулаторной хирургии на базе ВГКП №7 установлено, что при паховых грыжах с расширенными грыжевыми воротами, особенно при грыжах паховомошоночных, рецидивных, наиболее предпочтительными являются способы герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов. Применение этих способов наиболее целесообразно у пожилых людей с гипо- и атрофичными мышечно-апоневротическими слоями брюшной стенки, которых среди пациентов поликлиники большинство. Использование протезирующих пластик позволило выписывать этих больных на амбулаторное лечение на следующий день или через день после операции. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего двигательного режима, отсутствие внутрибольничной инфекции в СКП ЦАХ способствовали сокращению периода послеоперационной реабилитации, уменьшению количества осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных.

Выводы. Хирургическое лечение паховых грыж в СКП центра амбулаторной хирургии при поликлинике с избирательным применением различных способов герниопластики предоставило возможность производить грыжесечения у большего количества больных, сократить период послеоперационной реабилитации при уменьшении гнойно-воспалительных осложнений на фоне снижения материальных затрат.

Жуков Ю.В.

ГДЕ ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ?

Федеральное государственное казенное учреждение Поликлиника № 4, г. Балашиха

По данным отечественных и зарубежных авторов грыжи брюшной стенки встречаются у 3-7% населения. Лечение данной патологии только хирургическое и в настоящее время существует множество методик герниопластики, как местными тканями, так и с применением синтетических материалов. Но при обращении пациента к хирургу в поликлинику возникает вопрос, где же лучше выполнить хирургическое вмешательство – в амбулаторных или стационарных условиях?

Цель. Оценить результаты и определить показания для лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов хирургического лечения больных с грыжами брюшной стенки в дневном стационаре многопрофильной поликлиники. Всего было выполнено 395 операций у 364 больных, распределение по полу: мужчин – 291 (79,9%), женщин – 73 (20,1%), по возрасту – от 18 до 75 лет, по локализации грыж: паховая грыжа – 234 (64,3%) случая, пупочная – 72 (19,8%), белой линии живота – 16 (4,4%), послеоперационная – 12 (3,3%), множественные грыжи – 30 (8,2%).

Перед операцией больные проходили полное лабораторное и инструментальное обследование по разработанному нами алгоритму, для выявления сопутствующей патологии и противопоказаний к лечению в амбулаторных условиях, при их наличии больные направлялись в стационар.

Операции в дневном стационаре поликлиники проводили под местной и сочетанной анестезией. Выбор пластики при грыжесечении выбирали индивидуально с учетом возраста пациента, размеров грыжевых ворот, состояния местных тканей, проведенной ранее операции при рецидивных грыжах. Наличие у больного множественных грыж брюшной стенки являлось показанием к одномоментному выполнению хирургического вмешательства. Операции с использованием пластики грыжевых ворот местными тканями по общепринятым методикам были выполнены у 190 (52,2%) больных, применение ненатяжных методик с использованием сетчатых нерассасывающихся сеток из политетрафторэтилена и полипропилена у 174 (47,8%).

После операции больные наблюдались анестезиологом и врачом дежурного отделения в послеоперационной палате в течении 6-8 часов, с оценкой функции сердечно-

сосудистой и дыхательной систем, неврологического статуса, при отсутствии осложнений санитарным транспортом поликлиники отправлялись домой. В послеоперационном периоде больного наблюдал оперирующий хирург до восстановления трудоспособности, затем динамическое наблюдение у хирурга поликлиники.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 4 (1,1%) больных, в структуре осложнений после грыжесечений: воспалительный инфильтрат в области послеоперационной раны (50%), подкожная гематома (25%) и лимфорея (25%). Госпитализация в стационар не потребовалась ни одному больному. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты оценивали в течение 5 лет после операции при проведении диспансеризации. После выполнения операций, где для пластики использовались местные ткани, рецидив грыжи выявлен у 7 (3,7%) пациентов, при применении ненатяжных методик и сеток из синтетических материалов – у 2 (1,1%).

Выводы. Хирургическое лечение больных с неосложненными грыжами брюшной стенки может эффективно и безопасно проводится в амбулаторных условиях, это может быть дневной стационар крупной многопрофильной поликлиники, дневной стационар или стационар кратковременного пребывания больницы, центр амбулаторной хирургии. Могут выполняться все операции, как с применением пластики местными тканями, так и ненатяжные методики с использованием сетчатых синтетических материалов. Для работы необходим стандарт специализированной медицинской помощи при грыжах брюшной стенки разработанный непосредственно для дневного хирургического стационара, чтобы устранить юридические конфликты и вопросы, возникающие при проведении проверок вышестоящими организациями.

Больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, требующие круглосуточного наблюдения после операции, с большими и гигантскими грыжами, ущемленными грыжами должны лечиться только в стационарных условиях.

**Зурнаджянц В.А., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Бондарев В.А., Калиев Д.Р.
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИАСТАЗАХ ПРЯМЫХ МЫШЦ
ЖИВОТА 1-2 СТЕПЕНИ.**

*Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Астрахань.*

Актуальность: Распространенность диастаза прямых мышц живота среди населения остается высокой. За последние десятилетия заболеваемость данной патологией

имеет тенденцию к неуклонному росту, а потому все больные нуждаются в качественной хирургической помощи. Неизменно высоким остается и число рецидивов после хирургической коррекции диастазов прямых мышц живота. По данным различных авторов рецидив после хирургического лечения наблюдается в 4-26% случаев.

За минувший век разработано большое количество способов хирургического лечения диастазов прямых мышц живота. Условно все методы можно разделить на 4 группы: интраперитонеальные (способ В.П. Вознесенского, способ А.В. Мартынова), экстраперитонеальные (способ Чемпионера, Способ А.А. Троицкого), с рассечением влаглищ прямых мышц живота (способ Н.И. Напалкова) и ненатяжные с использованием синтетических сетчатых эксплантов (способ С.В. Васильева, способ А.Ю. Тетерина, а так же всевозможные варианты пластики onlay, inlay и лапароскопические методы пластики с применением синтетических сетчатых эксплантов).

Все вышеперечисленные методы, на наш взгляд имеют свои недостатки, о чем свидетельствует большое количество рецидивов и множество публикаций по данной проблеме.

Материалы и методы: на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета Астраханского ГМУ разработан способ хирургической коррекции при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени [патент № 2655519 от 28.05.18г].

Предполагаемое изобретение направлено на улучшение результатов хирургической коррекции при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени.

Суть данного способа заключается в следующем: после рассечения кожи, подкожной клетчатки, выделения апоневроза белой линии живота, с использованием сетчатого протеза в виде прямоугольной пластины шириной 6-8см, и длиной соответствующей протяженности диастаза, фиксируют узловыми швами к задней поверхности одного из влаглищ прямой мышцы живота, а другой её край фиксируют к передней поверхности противоположного влаглища прямой мышцы живота по типу «дубликатуры», сближая края апоневроза, а свободный край апоневроза фиксируют узловыми швами к передней поверхности влаглища прямой мышцы живота на противоположной стороне, формируя белую линию живота, далее дренируют подкожную клетчатку и послойно ушивают рану.

Результаты исследований: Разработанный способ хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени, помимо восстановления передней брюшной стенки, подразумевает сохранение полноценной дыхательной функции передней брюшной стенки.

Разработанным способом планируется улучшить результаты хирургической коррекции при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени благодаря следующим положительным эффектам данного способа:

- реконструкция и формирование белой линии живота;
- сохранение дыхательной функции передней брюшной стенки;
- снижение частоты рецидивов;
- снижение частоты раневых осложнений таких как серомы, так как площадь синтетического сетчатого экспланта контактирующего с подкожной клетчаткой минимальна, и гематом, так как влагалища прямых мышц живота не вскрываются, и риск травматизации крупных сосудов минимален;
- повышение качества жизни пациентов после операции по поводу диастаза прямых мышц живота 1-2 степени;

Обсуждение и выводы: Перечисленные выше особенности разработанного способа представляют собой ключевые критерии для улучшения регенеративных процессов в области оперативного вмешательства, способствуют уменьшению количества раневых послеоперационных осложнений, а так же являются условиями улучшающими ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с диастазами прямых мышц живота 1-2 степени и повышают качество жизни пациентов.

Разработанный способ может широко применяться в практической работе хирургических отделений.

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Панфилов К.А.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, г. Самара

Введение. Эхинококкоз печени остается актуальной проблемой хирургической гепатологии. Рецидивы заболевания и нагноения остаточных полостей печени сопровождаются повторными операциями, что в свою очередь приводит к развитию послеоперационных вентральных грыж. Решение вопроса о этапности операции и возможности симультанных вмешательств является предметом дискуссии, особенно когда речь идет о погибшем паразите.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с рецидивным эхинококкозом печени и сформировавшимися послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 5 женщин в возрасте от 52 до 65 лет с рецидивным эхинококкозом печени и послеоперационными вентральными грыжами, находившимися в клинике хирургии с 2012 по 2017 гг. В анамнезе у трех пациенток отмечен рецидив заболевания, у двух пациенток - первичный эхинококкоз печени. Все кисты были CEIII, CEIV типа (по классификации ВОЗ 2003 г.). У 4 пациенток была срединная локализация грыжи, у 1 больной – грыжа спигелиевой линии. По классификации J.Chevrel et R.M.Rath (SWR-classification 1999) грыжи имели градацию MW₃R₀ и CLW₃R₀ соответственно.

Результаты и обсуждение. Все больные были оперированы. Выполнена верхнесрединная лапаротомия с иссечением рубцово-измененных тканей. Содержимым грыжевого мешка были петли тонкой кишки и прядь большого сальника. Выполнялась тщательная ревизия брюшной полости, висцеролиз тонкой кишки, тщательно осматривались все органы на предмет недиагностированных ранее эхинококковых кист. Далее выполнялась открытая эхинококкэктомия печени с соблюдением принципа апаразитарности. Остаточную полость обрабатывали 80% глицерином с 10-минутной экспозицией. После частичного иссечения свободных краев фиброзной капсулы, по возможности, осуществляли герметизацию остаточной полости с обязательным наружным дренированием одиночным силиконовым дренажем диаметром 10 мм.

Далее выполняли этап пластики передней брюшной сетчатым имплантом. Размер импланта варьировал от 10x10 см до 30x30 см. Подкожную жировую клетчатку дренировали по Редону. В послеоперационном периоде проводили вакуум-терапию остаточных полостей. У 4 больных отмечено поступление желчи, дебит которой уменьшался к 12-15-м суткам после операции. На 12-е сутки после операции выполняли замену дренажа на тонкий, контроль остаточной полости осуществляли посредством фистулографии. У одной пациентки с открывшимся в остаточную полость желчным свищом с дебитом желчи более 150 мл. в сутки выполнили ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией для декомпрессии желчевыводящих путей; в результате свищ самостоятельно закрылся на 18-е сутки после операции. Все больные в послеоперационном периоде носили бандаж в течение 3 месяцев.

Срок госпитализации составил в среднем 25 суток. Удаление дренажа проводили после обязательного ультразвукового контроля остаточной полости на 28-36-е сутки после операции в амбулаторном порядке. Все больные прошли курс противопаразитарной химиотерапией немозолом в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Сроки наблюдения составили

от 1 года до 6 лет; рецидивов эхинококкоза и вентральных грыж у этих пациентов не было.

Выводы. Выполнение симультанных операций при эхинококкозе печени и послеоперационных вентральных грыжах возможно при применении открытых методов (наружного дренирования) ведения остаточной полости. Такой подход дает возможность контролировать процесс облитерации остаточной полости, возможные осложнения в виде цистобилиарных коммуникаций и снижает вероятность релапаротомии при их развитии. Применение комбинированных методов пластики передней брюшной стенки с применением сетчатых имплантов у этой категории больных улучшает результаты лечения, поскольку одномоментное устранение грыжи и эхинококкэктомия печени проходит в один этап.

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Кенарская М.В.

СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЁННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, г. Самара.

Введение. Лечение больных с ущемлёнными послеоперационными вентральными грыжами, осложнёнными синдромом энтеральной недостаточности (СЭН), является актуальной проблемой хирургии. СЭН приводит к эндогенной интоксикации, нарушению гемодинамики, вызывая полиорганную недостаточность, что является причиной неудовлетворительных результатов лечения этой категории больных.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с ущемлёнными вентральными грыжами, осложнёнными синдромом энтеральной недостаточности.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 гг. на базе Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина проходили лечение 32 пациента с ущемлёнными вентральными грыжами, у которых послеоперационный период сопровождался СЭН. Все пациенты поступили в стационар в экстренном порядке и в зависимости от схем лечения были разделены на две группы. У больных контрольной группы (n=15) применяли стандартную схему лечения – ликвидацию ущемления, грыжесечение с пластикой, назогастроинтестинальную интубацию, в послеоперационном периоде инфузионную терапию, обезболивающие препараты, медикаментозную стимуляцию кишечника и выполнение очистительных клизм. Пациентам основной группы (n=17) дополнительно во время операции и раннем послеоперационном периоде, начиная со 2-х суток, выполняли внутрикишечный лаваж, энтеросорбцию, раннее энтеральное

(зондовое) питание и селективную (зондовую) деконтаминацию кишечника, при отсутствии противопоказаний - энтеральную оксигенотерапию. Возраст пациентов обеих групп варьировал от 18 до 72 лет, средний - 45 лет (у мужчин - 39, у женщин - 42 года). В контрольной группе лица трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет) составили 69%, в основной – 84%.

У пациентов обеих групп при поступлении были признаки острой кишечной непроходимости. Резекцию тонкой кишки при ее некрозе выполнили 11 пациентам (73%) контрольной и 14 пациентам (82,4%) основной групп. В качестве критериев эффективности лечения СЭН в сравниваемых группах мы принимали объём и характер отделяемого по назогастроинтестинальному зонду, сроки восстановления перистальтики и появления самостоятельного стула, а также динамику снижения лейкоцитоза, нормализацию показателей общего белка плазмы крови и альбумина, электролитных нарушений, уровня мочевины и креатинина. Каждому критерию присваивались баллы, сумма которых отражала степень СЭН. Определение степени энтеральной недостаточности в группах больных проводили до операции и в сроки 1–3-е сутки, 4-6-е сутки, 7-9-е сутки и 10–12-е сутки после операции, что позволило сравнить динамику энтеральной недостаточности. Первая степень СЭН соответствовала 16 баллам, вторая степень – 17-32 баллам, третья степень – 33-48 баллам.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе до операции и в раннем послеоперационном периоде у 8 пациентов (53,3%) выявлена III степень СЭН. У 4 больных (26,6%) в эти периоды выявляли II степень кишечной недостаточности. Энтеральная недостаточность I степени была у 3 пациентов контрольной группы (20,1%). Динамика СЭН у больных данной группы была следующей: III степень имела тенденцию к постепенному снижению до II степени, в среднем, к $12 \pm 2,4$ суткам наблюдения; вторая степень СЭН при улучшении состояния снижалась до I степени, в среднем, к $7 \pm 1,5$ суткам; I степень СЭН купировалась в среднем к $5 \pm 3,6$ суткам. В основной группе СЭН III степени определяли до операции у 9 (52,4%) пациентов. В послеоперационном периоде у всех больных этой группы выявляли энтеральную недостаточность только II степени (10 человек, 58,8%) и I степени (7 человек, 41,2%), купирование которых отмечали в среднем к $5 \pm 2,2$ и $3 \pm 1,3$ суткам, что статистически значимо отличалось от результатов в контрольной группе. Летальность в контрольной группе составила 33,3% (5 пациентов). Причинами смерти пациентов служили полиорганная недостаточность (4 пациента), септический шок (1 пациент). В основной группе смерть трёх больных (11,7%) произошла в результате сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы.

1. В процессе наблюдения в обеих клинических группах больных отмечено снижение показателей эндогенной интоксикации и степени СЭН. Однако у пациентов, которым применяли стандартную терапию, процесс стабилизации этих показателей носил менее выраженный характер.

2. Применение интестинальной терапии в дополнение к стандартной схеме лечения позволило снизить степень СЭН уже в ранние сроки лечения. Это обстоятельство способствовало улучшению результатов лечения больных.

Ильченко Ф.Н., Маханта А., Гривенко С.Г. УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОКАННОЙ КАПСУЛЫ ПРИ ИНТЕГРАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

*Крымская государственная медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского
федерального университета имени В.И. Вернадского, г. Симферополь*

На сегодняшний день только полипропилен (ПП), являясь оптимальным материалом для изготовления сетчатого импланта (СИ), стал «золотым стандартом» для практического использования в хирургической герниологии [Богдан В.Г., 2015; Kingsnorth A.N., 2013]. Однако, являясь СИ, ПП хирургическая сетка вызывает в зоне имплантации активную и длительную (хроническую) воспалительную реакцию окружающих тканей, которая лежит в основе развития местных ретенционных и инфекционных послеоперационных осложнений, вплоть до отторжения СИ [Novitsky Y.W., 2007; Snyder C.W., 2011]. С конкретными осложнениями их связывают некоторые физические и структурные свойства, а именно размер пор и пористость. Поэтому исследовательский интерес сместился в сторону структуры и ее взаимодействия с тканями, что позволило выявить различия тканевой интеграции у протезов, имеющих различный дизайн, и связанные с фактором конструкции осложнения. Однако сложность окончательного выбора СИ заключается в том, что принадлежность к одному классу указывает лишь на имеющийся одинаковый качественный набор свойств, однако выраженность этих свойств может значительно различаться у разных представителей одного класса [Ануров М.В., 2015]. Все перечисленное выше явилось основанием к активному изучению сложных гистопатологических реакций и особенностей регенераторного процесса при взаимодействии имплантируемого материала с живыми тканями [Богдан В.Г., 2015].

Цель работы – оценка в эксперименте ультраструктурных изменений в тканях брюшной стенки при интеграции различных ПП СИ в зависимости от размера ячеек и плотности СИ.

Экспериментальное исследование проведено на 27 белых нелинейных крысах-самцах весом 200-250 г, в трех группах (по 9 животных в каждой), которым под эфирным наркозом в ткани брюшной стенки имплантировали ПП СИ. В качестве СИ использовали следующие ПП СИ. У животных первой группы использовали СИ Opusmed PPM 601 (Украина), который изготовлен из биологически инертной ПП мононити диаметром 0,15 мм, плотность сетки 100г/м², размер ячеек 1,3х1,0мм. У животных второй группы использовали СИ Opusmed PPM 403 (Украина), который изготовлен из биологически инертной ПП мононити диаметром 0,1 мм, плотность сетки 47г/м², размер ячеек 1,3х1,0мм. У животных третьей группы использовали СИ ProLite™ MESH (Atrium, USA), который изготовлен из биологически инертной ПП мононити диаметром 0,15 мм, со средним размером ячеек 800 микрон, и плотностью сетки 85г/м². Животные выводились из опыта на 30, 60 и 120 сутки после имплантации. Препараты для трансмиссионной электронной микроскопии окрашивали по Reynolds. Просмотр и фотографирование препаратов производили на трансмиссионном электронном микроскопе ПЭМ-100 (Украина) в диапазоне увеличения - от х1000 до х30000.

При анализе гистологических препаратов выявлено, что у животных всех трех групп на 30 сутки после имплантации ПП СИ морфологическая картина реакции тканей брюшной стенки характеризуется как экссудативная стадия асептического воспаления. Однако ее проявления существенно зависят от физических свойств ПП СИ. Так чем больше была плотность сетки, тем продолжительнее были проявления экссудативного компонента. Экссудативный компонент присутствует и на 60 сутки у животных всех трех групп. Начиная со 120 суток после имплантации наблюдаются существенные различия в гистологической картине. Так у животных первой группы морфологическая картина характеризуется как стадия ремоделирования плотной волокнистой оформленной соединительной ткани капсулы СИ. У животных второй группы морфологическая картина характеризуется завершенностью формирования соединительнотканного «каркаса» капсулы на фоне продолжающегося привлечения в клеточный слой капсулы клеток-мононуклеаров. В третьей группе животных вокруг нитей СИ определяется капсула с четким разделением на два слоя - клеточный и волокнистый. Указанные изменения на этом сроке наблюдения в этой группе животных свидетельствуют о том, что процессы экссудации в клеточном слое капсулы по-прежнему не завершены. В то же самое время в

волоконистом слое капсулы процессы репаративной регенерации практически завершены, о чем свидетельствует прочная интеграция перипротезной капсулы в окружающие соединительнотканые структуры.

Учитывая то, что выполнение оперативного вмешательства во всех группах эксперимента было стандартизировано, послеоперационный период протекал одинаково, можно сделать вывод, что переход стадии экссудации в пролиферацию в различных группах исследования может быть связан с механическими и технологическими характеристиками исследуемых ПП СИ, а именно диаметром мононити, плотностью сетки, размера ячеек и технологии плетения. Эти факторы должны учитываться при проведении оперативных вмешательств на брюшной стенке у больных с грыжами живота, ведь они непосредственно влияют на течение раневого процесса и в дальнейшем на функциональные результаты проводимых операций.

Ишутов И.В., Алексеев Д.Г., Алиев В.Г.

ЭВОЛЮЦИЯ СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра общей хирургии, г. Самара.

Актуальность. Несмотря на то, что имеется много работ, посвященных различным аспектам хирургического лечения вентральных грыж, проблема во многом остается недостаточно решенной. Даже при использовании современных эндопротезов частота рецидивов колеблется в широких пределах и может превышать 30 %. Число рецидивов особенно велико при больших и гигантских грыжах.

Целью нашей научной работы является изучение эволюции и сравнение эффективности различных методов оперативного лечения вентральных грыж.

Материалы и методы. В своей работе используем принятую в ноябре 1999 года на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде классификацию J. Chevrel и A. Rath (SWR classification), которая предусматривает разделение послеоперационных грыж по трем категориям – локализации, размерам и количеству рецидивов и применявшимся ранее способам пластики. Нами проанализированы результаты раннего послеоперационного периода 224 пациентов со срединными вентральными грыжами, оперированных в плановом порядке в хирургическом отделении клиники пропедевтической хирургии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России в 2016 и 2017 году. Всем пациентам выполнена комбинированная герниопластика с использованием полипропиленовых эндопротезов. Аутопластика как метод оперативного лечения в настоящее время в нашей клинике не применяется даже при грыжах с шириной

грыжевых ворот менее 5 см (W1). При пластике ventральных грыж применялись несколько способов имплантации эндопротеза: Onlay, Sublay, TAR, IPOM, передняя комбинированная пластика по В.И. Белоконеву.

Результаты. Методика “Onlay” (27 пациентов) применялась только при ширине грыжевых ворот менее 5 см. Средний койко-день у данной категории пациентов составил 8,85, что связано с дренированием подкожной клетчатки из-за ее мобилизации для фиксации эндопротеза на 3-5см шире ушитых грыжевых ворот. У 2 пациентов развились подкожные серомы, которые были купированы консервативно. Имел место один случай частичной спаечной тонкокишечной непроходимости, что связано с недостаточным адгезиолизисом во время операции, т.к. в большинстве случаев адгезиолизис проводился по необходимости.

Передняя комбинированная пластика по В.И. Белоконеву ранее была самым распространенным способом операции при ventральных грыжах в нашей клинике. За последние 2 года данная операция выполнена 30 пациентам. Средний койко-день у данных пациентов составил 19, что связано с длительным дренированием подкожной клетчатки из-за ее мобилизации для фиксации эндопротеза. У 2 пациентов развился краевой некроз кожи и подкожной клетчатки, что потребовало выполнение вторичной хирургической обработки ран, вакуумного дренирования ран и последующего наложения вторичных швов. У 2 пациентов развились подкожные серомы, которые были купированы консервативно, но требовали дополнительного дренирования ран.

Задняя пластика по методу “Sublay” в последнее время применяется чаще всего (147 пациентов). После стандартного грыжесечения по краям грыжевых ворот выполняют вскрытие влагалищ прямых мышц живота. Далее производят диссекцию ретромускулярного пространства. Последнее с помощью электрохирургического скальпеля освобождают до его латеральной границы на всём протяжении прямых мышц краниально и каудально в зависимости от размеров грыжевых ворот и локализации грыжи на брюшной стенке. Осуществляют тщательный гемостаз. В последующем выполняется размещение эндопротеза в ретромускулярном пространстве. Эндопротез фиксируется узловыми транспоневротическими швами. После завершения ретромускулярной имплантации эндопротеза производят ушивание передних листков влагалищ прямых мышц живота. Средний койко-день составил 7, что связано с тем, что активное дренирование раны проводилось только в 20% случаев. Серомы диагностированы у 5 пациентов, у 2 они потребовали дополнительного дренирования раны.

Один из вариантов задней сепарационной пластики TAR-пластика (с рассечением поперечных мышц живота) начала выполняться в нашей клинике сравнительно недавно (10 пациентов). Операция выполнялась только при грыжах W3-W4. Койко-день составил 10, у 1 пациента развилась подкожная серома, купированная консервативно.

Открытая методика "IPOM" выполнена у 10 пациентов с грыжами W1. Средний койко-день составил 4. Осложнений не было.

Выводы. При анализе результата лечения срединных грыж выявлено, что большая часть операций в клинике пропедевтической хирургии выполнена при помощи способа Sublay. При этом изучив ранние послеоперационные осложнения выяснилось, что в 3% случаев образовались серомы. В двух случаях комбинированной передней пластики по Белоконову развился краевой некроз кожи и клетчатки. Соответственно пациенты провели значительно больше времени, что связано с более длительным дренированием раны и повторными вмешательствами. При клинике спаечной болезни необходима герниолапаротомия с тотальным адгезиолизом.

**Кожемяцкий В.М., Скороход В.В., Осипов Е.С., Андреев П.В., Щегарцов А.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ МЕЗО И
ГИПОГАСТРАЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.**

Краевая клиническая больница, город Барнаул.

Послеоперационные вентральные грыжи у больных с избытком веса и ожирением последние годы встречаются довольно часто. Этому способствует ряд причин; ослабление мышечно-апоневротических структур, связанных с возрастом пациентов и малой физической активностью, образование кожно-жировых фартуков, а также технические дефекты ушивания брюшной стенки при первичных вмешательствах.

Цель сообщения: оценка результатов комплексной коррекции брюшной стенки у пациентов с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами на фоне ожирения.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 82 пациентов, в основном женщины-78. Возраст от 24 до 75 лет. Все пациенты имели избыток веса: ИМТ до35 у 42 пациентов, индекс массы тела более 40 у 25 и ИМТ 45-50 у 22, и 12 пациенток имели ИМТ более 50. Характер выполненных первичных операций: у 52 пациенток в анамнезе операции по поводу миомы матки и кесарева сечения. В 8 случаях после холецистэктомии, в 12 случаях имело место грыжесечение по поводу первичных

пупочных и грыж белой линии живота на фоне диастаза прямых мышц. В 6 случаях мы наблюдали рецидивные вентральные грыжи с применением ранее сетчатых имплантатов, расположение имплантатов при этом было на апоневроз. Размеры грыжевого выпячивания варьировали от 3-5см до 30-40см. При этом грыжевые ворота: W1-5, W-26, W3-32 и W 4-20.

Перед операцией проводилось полное обследование, включая стандартную спирографию и спирографию с компрессией брюшной стенки, диплографию, дуплексное сканирование системы нижней полой вены, ЭХО-КГ по показаниям. Согласно протоколу ведения пациенток: предоперационное введение гепаринов, интраоперационное введение цефалоспоринов. Во время операции в 54 случаях выполнен ниже-горизонтальный разрез с мобилизацией и удалением кожно-жирового фартука. При этом масса удаляемых тканей составила от 1,5-2кг до 16кг при этом в половине случаев с сохранением пупочного стебля. В остальных случаях ввиду наличия диастазов и многофокусных срединных грыж выполнялся вертикальный окаймляющий разрез. На абдоминальном этапе операции выполнялся энтеролиз, резекция сальника при его изменениях. В 6 наблюдениях - обходной энтеро-энтероанастомоз, в 3-х случаях илеотрансверзоанастомоз. С целью сохранения объёма брюшной полости при наличии дефектов W3-W4 выполнялась передняя сепарация брюшной стенки. Имплантат достаточных размеров размещался под мышцы, при этом моделировался куполообразно с фиксацией в нижнем секторе двумя швами за надкостницу лонного сочленения. В боковых отделах редкие сквозные «П» - образные швы в области линии Спигеля, при этом лигатуры завязывались на последнем этапе пластики апоневроза. Данная фиксация имплантата позволяла равномерно распределить нагрузку на швы, формируя куполообразную форму брюшной стенки, оптимально расположив фасциальные края апоневроза. Перипротезное пространство дренировалось активными дренажами на срок от 3 до 5 суток. При W-2 производилось смыкание передней фасциальной пластинки над имплантатом.

В послеоперационном периоде ранняя активизация, антибактериальная терапия. Учитывая размеры доступов, швы снимались поэтапно. Во всех случаях первичное заживление, у 5 пациентов отмечены перипротезные серомы эвакуированные под контролем УЗИ.

У всех пациентов, осмотренных в сроки от 3 до 5 лет, даже несмотря на увеличение веса тела в отдельных случаях, результат хороший, рецидивов не отмечено.

Таким образом, комплексная коррекция брюшной стенки с использованием дермолипэктомии в сочетании с передней сепарацией брюшной стенки и моделированием сетчатого имплантата в ходе операции, позволяет достичь хороших результатов. В ближайшие и отдаленные сроки улучшает качество жизни.

**Колесников С.А., Луценко В.Д., Мигунов А.А., Захаров О.В. Чайкин Р.С.
АЛЛО- И АУТОПЛАСТИКА В ГЕРНИОЛОГИИ XXI ВЕКА, С ПОЗИЦИИ
ХИРУРГА «ОБЩЕЙ» ПРАКТИКИ.**

НИУ «Белгородский государственный университет», кафедры факультетской и общей хирургии, г. Белгород.

Аллопластика настолько стремительно и прочно вошла в общехирургическую практику в начале XXI века, что поиск альтернативы даже не обсуждается. Такие же основательные позиции занимают и малоинвазивные, высокотехнологичные методы лечения, среди которых главенствующую роль играет видеолaparоскопия. С сожалением следует признать, что в контексте с этим, проблема тактики лечения конкретного больного, зачастую складывается не столько в выборе метода, его обоснованности и оправданности, сколько в решении вопросов где, кем и как зафиксировать самый современный, разрекламированный и дорогой эксплантат под модным названием «эндопротез». Аргументы сторонников аутопластики на этом фоне звучат уже не столько смешно, сколько нелепо. Действительно, те ошеломляющие цифры осложнений и рецидивов, еще не так давно, звучавшие с трибун хирургических форумов «канули в лету». Но настолько ли безукоризненна аллопластика, настолько ли «плохими» выглядят в настоящее время апробированные способы аутогерниопластики?

Цель работы. Определить целесообразность различных вариантов аллопластики, значение аутопластики в герниологической практике общехирургического стационара.

Материалы и методы. За период 2000 – 2018 гг. выполнено 9012 оперативных вмешательств по поводу вентральных грыж. Грыж передней брюшной стенки было 8952, тазового дна – 3, диафрагмальных – 57. Аутопластика применена в 278 случаях паховых, бедренных и пупочных грыж. Применялись способы Кукуджанова, Shouldice, Колесникова, Postempsky, Сапежко. Показаниями являлись грыжи малых размеров у больных молодого (до 25 лет), пожилого и старческого возраста (старше 70 лет).

Для аллопластики чаще всего использовались сетчатые эксплантаты на основе полипропиленовой мононити: Эсфил (Линтекс, Россия); Surgipro mesh (USSC, США); Polypropylene mesh (Resorba, Германия); Premilene mesh (B. Braun, Германия); Prolene mesh (Ethicon, Великобритания). В единичных случаях – эксплантаты на основе

полиэтилентерефталатных волокон: Mersilene mesh (Ethicon, Великобритания) Dacron mesh (Meadox medicals inc, США). Фиксацию осуществляли шовным материалом из полипропилена №3-0 и 2-0. При паховых грыжах применялся способ Lichtenstein; при бедренных – глубокая аллопластика. Лапароскопические способы TAPP и TEP – не используем, предпочитаем глубокую паховую пластику из мини доступа инструментами «мни-ассистент». При пупочных, белой линии живота и послеоперационных грыжах выполняем аллопластика sublay, onlay, при грыжах больших размеров - оригинальный tension free вариант onlay-inlay аллопластики (137 случаев). Видеолапароскопический метод IPOM для лечения пупочных и послеоперационных грыж не применяем и оставляем без комментариев.

Результаты и их обсуждение. После аутопластики при паховых, бедренных и пупочных грыжах рецидивов нет. Вид обезболивания, продолжительность оперативного вмешательства, длительность пребывания в стационаре – сопоставимы и не отличаются во всех группах. После аллопластики по Лихтенштейну - 2 рецидива, 7 инфильтратов, 12 невралгий. После аллопластики пупочных грыж – 2 рецидива. При послеоперационных грыжах, метод размещения эксплантата sublay – предпочтительный, так как метод onlay чаще осложняется (58 случаев) скоплением серозной жидкости в поверхностных слоях раны, что требует длительного аспирационного дренирования или многократных пункций для эвакуации экссудата. В 92,5% оперативных вмешательств по поводу послеоперационных вентральных грыж эксплантат использовался в качестве дополнительного средства укрепления зоны аутогерниопластики, и только в 7,5% случаях - была выполнена условно «протезирующая» аллопластика методом tension free onlay-inlay. В отдаленном периоде подавляющее большинство пациентов испытывают дискомфорт, неприятные ощущения инородного тела, периодические боли в зоне вмешательства при физической нагрузке.

Безусловно, учесть все факторы, влияющие на результат лечения больных с вентральными грыжами, не представляется возможным. Принципиальное значение имеет не вид, форма выпуска и название производителя эксплантата, а морбидное состояние пациента (основное и фоновые заболевания) и технические аспекты выполнения оперативного вмешательства.

Заключение. Аутопластика для лечения паховых, бедренных и пупочных грыж не имеет абсолютных противопоказаний, может и должна находиться в арсенале хирурга «общей практики». Отдаленные результаты применения способов Кукуджанова, Shouldice, Колесникова, Postempsky, Сапежко в группе индивидуализированной тактики –

отличные и хорошие. Продолжительность оперативного вмешательства, пребывания в стационаре, реабилитационного периода – сопоставимы и не отличаются от группы больных, перенесших аллопластику.

Оптимальными вариантами аллопластики при паховых грыжах является метод Lichtenstein; при бедренных грыжах – глубокая паховая аллопластика; при пупочных грыжах и белой линии живота - аллопластика sublay, при послеоперационных грыжах всех локализаций и размеров – аллопластика sublay.

Разницы в использовании различных эксплантатов на основе полипропилена не выявлено.

Колесников С.А., Луценко В.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Белгородский национальный научно-исследовательский университет «Белгородский государственный университет». Кафедры факультетской и общей хирургии, г. Белгород.

Диафрагмальные грыжи весьма сложное, многообразное в своем проявлении заболевание. К сожалению, в монографических и учебных изданиях, а так же периодической медицинской печати вопросам патогенеза, морфологии, общим вопросам и частным положениям лечебной тактики уделяется не достаточно внимания. Страдает, в этом отношении, и программа обучения высших медицинских учреждений. Все это приводит к тому, что не только молодые, но и опытные хирурги путаются в определении термина «диафрагмальная грыжа», плохо представляют современные классификации, принципиальные аспекты диагностики и хирургического лечения.

Наиболее оптимальной, приближенной к практической деятельности, удобной для интерпретации является классификация Б.В. Петровского, Н.Н. Каншина, Н.О. Николаева (1966). Основными методами диагностики как врожденных, так и приобретенных диафрагмальных грыж является рентгенологический. Гораздо большей информативностью обладают магнитно-резонансная и спиральная компьютерная томография. Лечебная тактика включает общие положения определения сложности грыжи в соотношении с профессиональным рейтингом хирурга, его опытом в герниологии и хирургической гастроэнтерологии. Немаловажное значение придается предоперационной подготовке, включающей коррекцию полиморбидности, адаптацию к возможной абдоминальной гипертензии, осуществляемой в специализированном терапевтическом стационаре. Хирургическое лечение складывается из нескольких положений. Прежде всего, это доступ. Мы в своей практической деятельности в течение 30 лет используем

срединный лапаротомный, позволяющий выполнить устранение дефекта диафрагмы любой локализации, любых размеров.

Куполообразная форма диафрагмы, использование миорелаксантов во время оперативного вмешательства всегда позволяют ушить дефект последней даже с образованием дубликатуры. Дефект ушивается синтетическими, не рассасывающимися нитями, швы затягиваются не туго, чтобы избежать прорезывания, вторым рядом – ушивается дефект брюшины. Лишь в исключительных случаях, при дефектах очень больших размеров, аплазии диафрагмы есть необходимость применения синтетических материалов, оптимальными из которых являются сетчатые полипропиленовые, с антиадгезивным покрытием или из политетрафторэтилена. Описанная тактика позволила нам добиться отличных и хороших результатов в 9 случаях ложных травматических грыж и 1 грыжи щели Бохдалека, что позволяет признать ее оптимальной.

Наиболее распространенной формой диафрагмальных грыж являются грыжи пищеводного отверстия. Параэзофагеальные грыжи, в любом выражении следует лечить в срочном порядке, так как последние - чаще всего проявляются ущемлением. После извлечения из грыжевого мешка его содержимого, мешок следует удалить, осторожно и тщательно отделив его от органов средостения, перикарда и париетальной плевры. Край пищеводного отверстия необходимо отделить от париетальной брюшины, сшить над, или под пищеводом однорядными узловыми швами, синтетической нитью из не рассасывающего материала. Фиксировать при этом желудок, совершенно не обязательно, а пищевод – категорически нельзя.

Наиболее сложным, является вопрос лечения аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В настоящее время наибольшее признание получили полная фундопликация по Ниссену-Розетти и неполная фундопликация по Тоупе и Дору. К сожалению, осложнения их применения имеют место и достигают 30%. Спорными, моментами являются следующие: есть ли необходимость сшивать ножки пищеводного отверстия, необходимо ли нет фиксировать манжету к диафрагме. По нашему мнению, эти манипуляции не только не оправданы, но и опасны, так как способны привести к прорезыванию швов манжеты, соскальзыванию ее, сдавлению в суженном пищеводном отверстии, развития длительного болевого синдрома. Мы так же полагаем - нет не только необходимости, но и смысла в дополнительном укреплении суженного швами пищеводного отверстия синтетическими эксплантатами, способными вызвать рубцовый периэзофагит и стойкую дисфагию. Оптимальным, как в открытой, так и в видеолапароскопической хирургии является метод А.Ф. Черноусова, заключающийся в

селективной проксимальной ваготомии и кардиоэзофагофундорафии. При этом пищеводное отверстие диафрагмы не суживается, восстанавливается жомно-клапанная функция кардиального отдела желудка, снижается кислотопродукция, нивелируются проявления рефлюкс-эзофагита. Наш опыт 47 случаев и полученные положительные результаты, позволяют признать правильность выдвинутых положений.

Преодоление ошибок, опасностей и осложнений в хирургии диафрагмальных грыж возможно при повышении профессиональных знаний и мастерства практических хирургов, специализации хирургических стационаров в области герниологии и хирургической гастроэнтерологии.

Краснов С.В., Юрченко С.А., Быков Н.М., Малеваный О.И., Тишков П.Н., Пушнов А.В., Крысько К.Г., Солтан Д.С.

**НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.**

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи», г. Могилев, Беларусь

Введение. В нашем стационаре методом выбора лапароскопической герниопластики является трансабдоминальная преперитонеальная (ТАРР), как наиболее доступная в освоении хирургами уже владеющими лапароскопическими навыками. Широко данная методика стала применяться с 2013г., когда были учтены опубликованные в 2011г. рекомендации Международного общества эндоскопической хирургии грыж (IEHS) по лапароскопической герниопластике ТАРР и ТЕР. В арсенале хирургического отделения (малоинвазивной хирургии), в частности, данная методика является основной в лечении пациентов с паховыми грыжами.

Цель работы: изучить результаты применения ТАРР на основе нашего опыта.

Материалы и методы. За период с 2011г. по 6 месяцев 2018г. в хирургическом отделении (малоинвазивной хирургии) выполнено 398 операций ТАРР пациентам с паховыми грыжами. До 2011г. эти операции выполнялась эпизодически. Ниже приведена динамика внедрения данной методики:

	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.,6 мес.
ТАРР	12	10	30	38	70	74	105	59
ТЕР	2	0	0	0	3	0	0	0
Лихг.	22	17	18	24	14	21	7	7
Натяжн.	9	17	5	-	-	-	-	-

Соотношение пациентов: по полу: мужчин - 346 (87%), женщин 52 (13%); по локализации грыжи: односторонняя - 382 пациента, двусторонняя - 16. Средний возраст оперированных - 46,3 года (17-79 лет). В период освоения выполнялась только односторонняя герниопластика. В 13 случаях TAPP выполнена при рецидивной грыже, из них: 8 после натяжных пластик, 3 после операции Лихтенштейна, 2 после TAPP выполненной до рассматриваемого периода. На операциях в этих случаях отмечен слишком малый размер установленного протеза. Все операции выполняем через 3 порта: 10мм параумбиликальный и два 5мм по краю прямых мышц. Один из них впоследствии менялся на 13мм при использовании герниостеплера (12мм скобочный многоразовый герниостеплер фирмы «Аксиома»). Крой сетки по типу «ласточкина хвоста» с проведением концов вокруг семенного канатика применялся лишь в 2011 - 2012гг. и ранее. Использовались полипропиленовая или композитная (частично рассасываемая) сетки. По производителям: *Беларусь - это СООО ЭргонЭст («Эргомэш» 10*15 и 15*15см облегченные, «Сорбимэш» 15*15см) и УП Фиатос («Мономэш» и «Полимэш» 15*15см); *Великобритания - Grena (10*15 и 15*15см облегченные), от других (Этикон, V&Braun) – в единичных случаях. Сепарацию тканей выполняем с помощью монополярной коагуляции и «холодной» диссекции. Грыжевой мешок при косых грыжах извлекаем почти всегда, за редким исключением больших пахово-мошоночных и врожденных грыж (максимально иссекается). Сетку фиксировали в 4 - 5-ти точках по верхнему краю к мышцам. В настоящее время фиксацию сетки перестали применять за счет установки протезов размерами больше чем 10*15см. Исключение составляют случаи больших прямых грыж (дефект более 4см в d). Сетку перед установкой подкраиваем индивидуально из 15*15см (обычно до 15*14 – 15*12см) и располагаем в края зоны препаровки лоскутов брюшины. Брюшину ушиваем непрерывно эндошовом с использованием нитей ПГА 2-0, 3-0. Дренирование брюшной полости не выполняем.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции - 75,6 мин (40-140 мин). Связана с постоянной подготовкой молодых хирургов в освоении данной методики, совершенствовании ими продвинутых лапароскопических навыков (эндошов, «холодная» диссекция); увеличивающимся числом двусторонней лапароскопической пластики и вмешательства по поводу рецидивных паховых грыж. Значимых интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде у 17 (4,3%) пациентов наблюдались серомы, которые в динамике купировались самостоятельно. В 2 случаях (0,5%) на 2-е сутки после операции были отмечены явления кишечной непроходимости, которые потребовали релапароскопий. В каждом из них случилось

ущемление петли тонкой кишки в дефекте ушитой брюшины (разрыв нити). Резекций кишечника не потребовалось. Дефекты брюшины были ушиты повторно. Все они были связаны с наложением промежуточных клипс на нить ПГА по ходу формирования эндошва брюшины в целях упрощения данного этапа операции. От данного способа впоследствии мы категорически отказались. Был отмечен 1 случай рецидива грыжи (большая прямая грыжа), который был связан с клинически малым размером установленного имплантата (15*10см), что привело к смещению его нижнего края в дефект. Пациенту выполнена операция Лихтенштейна. В настоящее время при всех прямых грыжах с дефектом около 4см и более мы предварительно выполняем фиксацию инвертированной поперечной фасции к апоневрозу прямой мышцы живота. В послеоперационном периоде в целях обезболивания во всех случаях использовались НПВС. Среднее пребывание составило 4,3 койко/ дня.

Выводы. Трансбрюшинная преперитонеальная герниопластика (TAPP) имеет определенные преимущества перед открытыми методами, так как позволяет одномоментно протезировать паховые грыжи с 2-х сторон, приводит к меньшему числу послеоперационных осложнений со стороны п/о раны и способствует скорейшей реабилитации пациентов. По совокупности включающих в себя этапов, несет высокую практическую ценность в оттачивании продвинутых лапароскопических навыков хирургами уже владеющими эндовидеохирургией. Считаем также, что при технически правильной сепаровке лоскутов брюшины и адекватно подобранном по размерам имплантате (зачастую большем чем 15*10см) в большинстве клинических случаев фиксации последнего не требуется. Несомненно данный вопрос требует дальнейшего изучения.

**Кривошеков Е.П., Молчанов М.А., Григорьева Т.С., Романов В.Е.
СНИЖЕНИЕ РИСКОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПУПОЧНЫХ И
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.**

СОКБ им. В.Д. Серedaвина, СОКОД, ТФОМС Самарской области. Самара.

Классические способы герниопластики сопровождаются значительной травмой. Интраперитонеальный подход создает условия проведения вмешательств со снижением операционной травмы. За контрольный период оперировано 130 пациентов, 38 человек с пупочными и 92 больных с послеоперационными грыжами. Операцию проводили без удаления грыжевого мешка, мобилизация не выполнялась. Величина кожного разреза обычно превышает размеры грыжевого мешка, однако, в предложенном способе,

вскрывается только верхний полюс грыжевого мешка, который служил входом в брюшную полость. Протезирующую пластику проводили изнутри. У больных с большими грыжевыми дефектами и незначительными избытками мягких тканей применяли переменный доступ. Выполнялось 2 разреза из которых проводился весь объем вмешательства. Через один из разрезов вводили имплантат и фиксировали его со стороны брюшной полости, затем перемещали и фиксировали через апертуру другого разреза. Смещаемость мягких тканей позволяла провести тоннелизацию имплантата и его поэтапную фиксацию. У больных с большими грыжами удаление избытков мягких тканей проводили по заранее намеченным реперным линиям, применяли бимануальное сведение противоположных сторон грыжевого мешка до их соприкосновения. Образованная складка соответствовала площади и объему удаляемых тканей. Точки соприкосновения отмечали со стороны кожи грыжевого мешка и они служили ориентиром для разрезов. Так же использовали среднюю линию живота, нанесенную ранее. Грыжевой мешок без значительного натяжения смещали в латеральную сторону и у основания грыжевого мешка на коже проводили линию, совпадающую со средней линией брюшной стенки. Затем, грыжевой мешок смещали в противоположную сторону и также отмечали среднюю линию на коже отведенного грыжевого мешка. Между этими линиями находилась искомая удаляемая часть мягких тканей. При иссечении их избытков края раны соответствовали средней линии и находились в состоянии адекватного сопоставления. Измеряли ширину передней брюшной стенки. Лентой охватывали брюшную стенку от задне-подмышечной линии с одной стороны до такой же линии с другой. Несколько измерений проводили вне зоны грыжевого мешка. Полученную длину делили пополам - она означала расстояние от задне-подмышечной линии до средней линии брюшной стенки. Эту половину расстояния откладывали на уровне грыжевого мешка, содержавшего избыток тканей. От задне-подмышечной линии укладывали ленту, заходя на сторону грыжевого мешка и делали отметки на коже. Они соответствовали средней линии живота. Такие же отметки делали на противоположной стороне грыжевого мешка. После иссечения края раны совпадали со средней линией живота и при сшивании не было натяжения. По намеченным линиям единым блоком рассекали кожу, подкожную клетчатку и избытки грыжевого мешка. Противоположные стороны раны находились в состоянии сопоставления и натяжения, что позволяло произвести сшивание каждого слоя раны в отдельности. Линии и направление разреза часто зависят от формы грыжевых ворот, которая вынуждает применять фигурные разрезы. При грыжевых воротах, ширина которых превышает их длину, рекомендуют поперечные или косые разрезы. По

заживлению раны такие разрезы приобретают не эстетичный вид. В косметическом отношении срединные разрезы выглядят более предпочтительно. При работе изнутри грыжевого мешка такой зависимости нет, поскольку нет необходимости в выделении грыжевого мешка, а его полость обеспечивала вполне нормальные условия для пластики при любой форме грыжевых ворот. Применение срединного доступа стало рабочим стандартом. Поперечных доступов не было. Окаймляющий разрез с рассечением тканей единым блоком позволял подойти к оболочкам грыжевого мешка и произвести его вскрытие в месте, свободном от припаянных петель кишечника. Изнутри грыжевого мешка было легче подойти к участкам, где припаянность органов и рубцовый процесс наиболее выражен и связан с отделением кишечника от истончённой кожи и грубого послеоперационного рубца. Выделенные кишечные петли освобождали от грубых сращений, петлевых деформаций. При выполнении пластики не допускали контакта эндопротеза с подкожной клетчаткой. После фиксации эндопротеза, над ним сшивали листки сохраненного грыжевого мешка. При этом брюшинную поверхность грыжевого мешка дезэпителизировали и создавали плотное прилегание брюшины к поверхности имплантата. Это имело значение для профилактики раневых осложнений. В послеоперационном периоде болевой синдром выражен слабо, физическая активность пациентов восстановлена в день операции, наркотические обезболивающие не применялись. Слабо выраженный болевой синдром связывали с применением операционных разрезов меньшей длины, выполнением операции без удаления грыжевого мешка и без широкой диссекции тканей, созданием механизма эластической разгрузки по линии фиксации имплантата. Интраоперационные десквамация и перитонеодез грыжевого мешка дали возможность исключить скопление жидкости в ране и избежать контакта имплантата с подкожной клетчаткой. Малотравматичный метод интраперитонеальной пластики создает условия высокой механической устойчивости в сочетании со свойствами эластической декомпрессии по линии фиксации эндопротеза, позволяет проводить операции без удаления грыжевого мешка, широкой диссекции подкожной клетчатки, соответствует современной концепции, и может быть использован в качестве стационарозамещающей технологии.

Кумуков М.Б., Богданов Д.Ю., Курганов И.А., Протасов А.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАХОВЫХ
АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ,
НЕ ТРЕБУЮЩИХ ФИКСАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Российский университет дружбы народов, Больница Центросоюза Российской Федерации, г. Москва

Актуальность: Основным, зачастую длительно существующим, осложнением современных паховых аллогерниопластик считается хронический болевой синдром, встречающийся с частотой до 20%. Применение современных имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами, уже позволило снизить частоту формирования хронического болевого синдрома до 0-0,5%. При этом рекомендации, посвященные выбору того или иного имплантата, а также исследования, в которых проводились бы сравнения результатов герниопластик, выполненных с применением различных разновидностей сетчатых имплантатов, не требующих дополнительной фиксации, практически отсутствуют.

Цель исследования: Изучить результаты выполнения паховых аллогерниопластик, осуществленных с различными имплантатами, не требующими фиксации к тканям дополнительными материалами.

Материалы и методы: Были проанализированы результаты хирургического лечения 267 пациентов с паховыми грыжами. Во всех случаях была выполнена аллогерниопластика открытым оперативным доступом. 85 пациентов (31,8%) было прооперировано с применением полипропиленового крупноячеистого имплантата с проленовыми ребрами жесткости, что обеспечивало «память формы» имплантата, предотвращало его смещение и способствовало «быстрой» адгезии к тканям, по методике Трабукко (группа 1). 96 пациентам (36,0%) операции были выполнены с полипропиленовым имплантатом с микрокрючками из полимолочной кислоты для самофиксации (группа 2). В 86 случаях (32,2%) был применен макропористый облегченный полипропиленовый сетчатый имплантат с самофиксирующимся клеевым покрытием (группа 3).

Результаты: Средняя продолжительность операций составила $29,2 \pm 5,3$ минут в группе 1; $32,8 \pm 7,4$ минуты – в группе 2 и $28,6 \pm 6,5$ минут – в группе 3, что не составило статистически значимой разницы ($p > 0,05$). В ходе выполнения паховых аллогерниопластик с полипропиленовым имплантатом с микрокрючками из полимолочной кислоты для самофиксации были отмечены определенные технические трудности – затруднения или невозможность коррекции расположения имплантата из-за

его быстрой самофиксации, а также нецелевая самофиксация имплантата к окружающим тканям. Случаев как интраоперационных, так и значимых послеоперационных осложнений не было отмечено ни в одном из случаев, ни в одной из групп сравнения. Рецидивы грыж были зафиксированы в группе 1 в 2,4% случаев, в группе 2 – в 1,1% случаев, в группе 3 – в 1,2% случаев ($p>0,05$). Также ни в одном из наблюдений во всех трех группах не было выявлено случаев формирования хронического болевого синдрома. Однако у пациентов группы 1 в послеоперационном периоде в 83,5% случаев уже в ближайшем послеоперационном периоде развилось чувство «ощущения инородного тела» в зоне интеграции имплантата, а у 57,6% пациентов данной группы чувство «ощущения инородного тела» приобрело стойкий характер сроком до 6 и более месяцев наблюдения. У пациентов группы 2 и группы 3 подобных явлений зафиксировано не было, что составило статистически высоко значимую разницу с группой 1 ($p<0,01$).

Выводы: Применение имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами, обеспечивает высокую клиническую эффективность хирургического лечения паховых грыж. Применение для паховой аллогерниопластики «жестких» самофиксирующихся имплантатов с «памятью формы» нецелесообразно, так как не обеспечивает соответствующего уровня показателей качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

**Лембас А.Н, Кучинский М.В, Шпеко А.П, Евстратий В.В, Ивасишина М.В.
АБДОМИНАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV
КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ЧТО ДЕЛАТЬ?**

ГУ «Каменская ЦРБ», г. Каменка, Приднестровье.

Лечение вентральных грыж широко освещено в современной научной медицинской литературе. Однако проблема абдоминальных грыж у онкологических больных изучена недостаточно. Имеются лишь отдельные сообщения о причинах возникновения и вариантах герниопластики послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ) у онкологических пациентов III клинической группы (Попроцкий В.В, 2004 г; Зимин Ю.И., 2011 г). Однако, в доступных для нас научных источниках, нами не было найдено ни одного сообщения о лечении вентральных грыж у онкологических больных IV клинической группы.

Цель исследования – изучить возможность хирургического лечения вентральных грыж, варианты герниопластики у онкологических больных IV клинической группы.

Материал и методы. В период с 1.01.11 г. по 31.12.17 г. в хирургическом отделении ГУ «Каменская ЦРБ» различные варианты герниопластики по поводу вентральных грыж были выполнены 13 онкологическим больным IV клинической группы. Среди оперированных - все мужчины, средний возраст - 57,0±1,2 лет. Локализация злокачественного процесса: рак желудка – у 4 больных, колоректальный рак – у 4, рак простаты – у 3, хр. лейкоз – у 2 больных. Общее состояние больных было оценено по шкале Karnofsky (KPS).

Первичные вентральные грыжи (9 больных): паховая грыжа – у 8, надпупочная грыжа – у 1 больного. Варианты герниопластики паховой грыжи (8 пациентов): пластика по Bassini – у 5, протезирующая герниопластика сетчатым эндопротезом по Lichtenstein – у 3 больных; надпупочной грыжи (1 пациент) – пластика по Сапешко.

При лечении ПОВГ (4 больных) - протезирующая герниопластика сетчатым протезом: TAR-методика по Y. W. Novitsky– у 3, по Rives-Stoppa – у 1 больного; симультанные операции у 3 из 4 больных: адгеолизис– у 1, адгеолизис+ устранение илеостомы – у 1, адгеолизис+ формирование обходного тонко-тонкокишечного анастомоза– у 1 больного.

Протезирующий материал - сетчатый эндопротез (ООО «Линтек», С.-Петербург, РФ).

Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями, 2010 г). Антибиотикотерапию проводили только у пациентов, оперированных по поводу ПОВГ; продолжительностью 1- 5 суток.

Результаты и обсуждение. Имеющиеся вентральные грыжи у онкологических больных IV клинической группы нередко причиняют им значительные неудобства. Так, у 13, госпитализированных нами, больных основными жалобами были - наличие грыжевого выпячивания, создающее неудобства при ходьбе, при ношении одежды; наличие стойкого болевого синдрома в области грыжи; затруднение выполнения легкой физической работы. При наличии ПОВГ отмечались признаки нарушения функции внешнего дыхания. У 7 пациентов имелись эпизоды ущемления грыжи. В связи с наличием этих жалоб, больные категорически настаивали на оперативном лечении.

Для оценки состояния больных была применена шкала Karnofsky (KPS), которая позволяет не только оценить общее состояние онкологического больного IV клинической группы, но и определить медиану выживаемости: $KPS \geq 50$ – 86,1 день; $KPS \geq 30-40$ – 49,8 дня; $KPS \geq 10-20$ – 16,8 дня (Loprinzi, 1994 г). Общее состояние наших пациентов (13

больных) при госпитализации соответствовало 40-90 баллам с медианой выживаемости $\geq 86,1$ дней.

При выполнении пластического этапа было достаточным применение традиционных методов герниопластики: по поводу паховой грыжи – пластика по Bassini (4 больных), сетчатым протезом по Lichtenstein (3 больных): по поводу надпупочной грыжи (1 пациент) – пластика по Сапешко. При ПОВГ (4 больных) размеры грыжевого дефекта соответствовали W3-W4 (Chevrel-Rath, 1999 г), в связи с чем, была выполнена протезирующая герниопластика сетчатым эндопротезом: TAR-методика по Y. W. Novitsky – у 3, по Rives-Stoppa – у 1 больного. В раннем послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны - у 1 пациента, оперированного по поводу ПОВГ. У остальных 12 больных - неосложненное течение послеоперационного периода.

После выполненной герниопластики у всех пациентов отмечалось улучшение качества жизни – повышение физической активности больных, что способствовало возможности выполнения легкой физической работы; отмечалось восстановление функции самообслуживания; была устранена угроза ущемления грыжи; отмечалось улучшение психологического статуса пациента.

Продолжительность жизни (10 пациентов) после герниопластики - 4 мес. - 1,5 г. В настоящее время еще 3 больных живут более 2 лет.

Выводы.

1. Устранение угрозы ущемления, улучшение качества жизни пациента – основные цели оперативного лечения вентральных грыж у онкологических больных IV клинической группы.
2. Плановое оперативное лечение первичных и послеоперационных вентральных грыж у онкологических больных IV клинической группы возможно при их функциональном состоянии ≥ 40 баллов по шкале Karnofsky (KPS).
3. При лечении первичных и послеоперационных вентральных грыж у онкологических больных IV клинической группы применение существующих методов герниопластики является достаточным.

**Лембас А.Н, Кучинский М.В, Шпеко А.П, Евстратий В.В, Ивасишина М.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
ОТКРЫТЫМИ МЕТОДАМИ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ**

ГУ «Каменская ЦРБ», г. Каменка, Приднестровье.

По мнению ряда авторов, применение видеолапароскопического доступа при лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) имеет ряд преимуществ перед

открытыми, традиционными методами протезирующей герниопластики. При выполнении лапароскопической герниопластики отмечается менее выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде; число раневых осложнений составляет не более 11.9% - 31.5%; продолжительность госпитализации в среднем - 2.4 сут., частота рецидивов – у 3% оперированных больных (Han G.J, 2007 г.; Н.М.А. Kaafarani, 2010 г; Криворучко И. А., 2012 г; Ю.В. Иванов, 2017 г). Тем не менее, практикующие хирурги продолжают активно применять различные методы открытой протезирующей герниопластики.

Цель исследования – изучить результаты лечения ПОВГ с применением открытых методов протезирующей герниопластики сетчатым эндопротезом.

Материал и методы. Проведено слепое, выборочное, неконтролируемое исследование историй болезни 98 больных, оперированных по поводу ПОВГ в период с 01.01.08 г по 31.06.18 г. Среди оперированных пациентов, женщин было 72, мужчин – 26; средний возраст - $67 \pm 2,7$. Клинически значимая соматическая патология (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) - у 42 (42.9%) из 98 больных. Согласно SWR- классификации (Chevrel-Rath, 1999 г), срединные грыжи (M) – у 90 больных: M1 – у 61, M2 – у 10, M3 – у 16, M4 – у 3; боковые грыжи (L) – у 8 больных: L3 – у 2; L4 - у 6 больных. По ширине грыжевых ворот (W): W1 – у 2 больных; W2 – у 49; W3 – у 29; W4 – у 18 больных. У 20 (20.4%) из 98 больных отмечались от 1 до 3 рецидивов (R).

Под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легкого оперативные вмешательства были выполнены у 58, под спинальной анестезией – у 40 больных.

Варианты пластики при срединных ПОВГ (90 пациентов): интраабдоминальное расположение эндопротеза (28 больных) – sub lay- у 20 пациентов, bridging-техника – у 8; предбрюшинное расположение (46 пациентов) - sub lay- у 41, bridging-техника – у 5 ; межмышечное расположение по Rives-Stoppa (18 пациентов) -sub lay- у 17, bridging-техника – у 1 ; TAR-методика Y. W. Novitsky - sub lay- у 6 пациентов, из них, в комбинации с методикой Ramirez – у 2 больных. При боковых ПОВГ (8 больных) предбрюшинное расположение эндопротеза: sub lai – у 7, bridging -техника – у 1 больного. Симультантные операции - у 10 из 98 оперированных больных: адгеолизис – у 8; адгеолизис, формирование обходного тонкокишечного анастомоза – у 1; адгеолизис, устранение илеостомы – у 1 пациента.

В качестве пластического материала была использована полипропиленовая сетка (ООО “Линтекс”, С-Пб, Россия). Дренаж раны по Редону применили у 42 (42,9%) больных. Профилактику тромбэмболических осложнений проводили в соответствии с

«Российскими клиническими рекомендациями» (2000 г, 2010 г). Продолжительность антибактериальной терапии – 1- 5 суток после операции.

Результаты и обсуждение. В связи с отсутствием в ГУ «Каменская ЦРБ» оборудования для выполнения лапароскопических оперативных вмешательств, нами были применены открытые методы протезирующей герниопластики. При этом, предбрюшинное (46 больных) и внутрибрюшное (28 больных) расположение эндопротеза, как менее травматичный вариант, были применены у пациентов, имеющих определенный операционный риск. TAR -методика Y. W. Novitsky (6 пациентов), методика по Rives-Stoppa (18 пациентов) – при ПОВГ больших и гигантских размеров. Варианты размещения эндопротеза sub lay (84 больных) или bridging-техника (14 больных) зависели от возможности ушивания краев грыжевых ворот над эндопротезом. Дренажирование послеоперационной раны по Redon (у 22 больных) осуществлялось при выполнении элементов components separation, при TAR-методике Y. W. Novitsky, при наличии больших остаточных полостей в подкожно-жировой клетчатке. Дренажи были удалены после прекращения их функционирования. Из числа оперированных (98 больных) раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде - у 10 больных(10,2%). Характер раневых осложнений (10 пациентов): нагноение послеоперационной раны – у 3 больных; воспалительный инфильтрат - у 2; некроз поверхностного слоя подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки – у 2; гематома полости раны – у 2; лигатурный свищ – у 1 больного. Возможные причины раневых осложнений: хронический остеомиелит 10 ребра, травматизм оперативного вмешательства, вынужденная обширная мобилизация подкожно-жировой клетчатки от подлежащего апоневроза. Длительность пребывания больных в стационаре после выполненной операции – от 3 до 10 дней, в среднем $7\pm 1,5$ дней.

Сроки наблюдения за больными составили от 3 мес. до 10 лет. Из числа оперированных (98 больных), достоверно известно о наличии рецидива грыжи у 5 пациентки (5.1%).

Выводы. 1. Выполнение открытых методов протезирующей герниопластики с применением сетчатого эндопротеза доступно в хирургических отделениях любого уровня лечебных учреждений.

2. Применение различных вариантов открытой протезирующей герниопластики при лечении ПОВГ характеризуется хорошими результатами лечения с частотой рецидивов грыжи 5.1%.

Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э., Магомедова К.А.
ГЕРНИОПЛАСТИКА ДЕСАРДА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.
ФГБУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала.

Наиболее распространенные в настоящее время виды пластики пахового канала с использованием синтетических протезных материалов и аутопластики не лишены недостатков. Искусственные протезы привели к возникновению специфических послеоперационных осложнений. В свою очередь аутопластические методики сопровождаются высоким уровнем рецидивов. Десард М.Р. предложил метод аутопластики, который к настоящему времени получает все большее распространение в разных странах. Суть его заключается в укреплении задней стенки пахового канала расщепленным листком апоневроза наружной косой мышцы живота.

Цель: Выбор оптимального варианта герниопластики с целью прогнозирования мужского бесплодия. **Материалы и методы:** Исследование проведено в двух группах пациентов. В зависимости от методики герниопластики пациенты были разделены на две группы. В первой группе выполнялась операция по Лихтенштейну, во второй герниопластика по методике Десарда. До оперативного лечения и через 3 месяца после операции производилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере ALOKASSD -1700 с линейным датчиком 10 МГц. Во всех группах проведены спермографические исследования за 6 дней до операции, спустя 3 месяца после операции. **Результаты:** В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших герниопластику по методике Десарда, зафиксирован лучший кровоток в семенном канатике и, как следствие, меньший остаточный дефицит кровотока - 8, 12%. Пациенты 1 группы, перенесшие операцию Лихтенштейна, имели наибольший из всех двух групп остаточный дефицит кровотока- 14,38% и индекс резистентности- 0.86. Проведенные исследования показали, герниопластика у мужчин по методике Лихтенштейна развивает уменьшение числа сперматозоидов в единице объема эякулята. Результаты исследования показали, что герниопластика по Десарда оказывает минимальное действие на эпидемостимуляторную функцию и предпочтительно для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности. У пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна наблюдалось образование осложнений- двух сером и двух инфильтратов и на протяжении месяца отмечался дискомфорт в месте операции, жаловались на ощущение инородного тела. У пациентов, оперированных по методике Десарда отмечался инфильтрат только в одном случае, других жалоб нет.

Выводы: Операция Десарда позволяет выполнить пластику задней стенки пахового канала при первичной грыже технически просто, с максимальным сохранением функции и анатомического строения пахового канала. Герниопластика Десарда показывает минимальное действие на эпидемотестикулярную функцию и предпочтительна для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

**Можаровский В.В., Цыганов А.А., Николаев Н.В., Можаровский К.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАПП ПЛАСТИКИ И
ПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ
ГРЫЖАМИ.**

Дмитровская городская больница, Дмитров.

Актуальность проблемы. На сегодняшний день в мировой практике технологии используемые в оперативном лечении паховых грыж четко стратифицированы. Согласно международным рекомендациям в настоящее время сосуществуют 3 вида хирургического лечения паховых грыж: ТАПП, ТЕР, и операция Лихтенштейна. Однако в РФ пока не существует национальных клинических рекомендаций посвященных данной проблеме. В связи с чем исследование эффективности этих технологий по-прежнему является актуальным.

Цель исследования. Анализ эффективности технологии ТАПП в хирургическом лечении пациентов с пупочными грыжами.

Материал и методы. В исследование включены 58 пациентов, оперированных по поводу паховой грыжи. Основную группу составили 21 пациент, которым выполнена ТАПП пластика, контрольную – 37 пациента, которым выполнена пластика по Лихтенштейну.

У пациентов основной группы доступ осуществляли с использованием 3 троакаров, из которых оптический – 10 мм. троакар вводился трансумбиликально, и после визуализации брюшной полости вводили 2 рабочих троакара, один 10 мм, второй 5 мм. в правом и левом гипогастрии чуть ниже пупка, по середине между среднеключичной и переднеаксиллярной линиями. Вторым этапом после создания визуального доступа выполняли препаровку брюшины с целью создания преперитонеального пространства, с этой целью использовали ножницы. Диссекцию старались выполнять без излишней электрокоагуляции. Брюшину отсепаровывали с учетом анатомических структур, ниже ангулярного перехода семявыносящего протока. В обязательном порядке контролировали

полное низведение грыжевого мешка. Третьим этапом идентифицировали куперовскую связку с адекватной диссекцией этой зоны. Четвертым этапом осуществляли доставку сетчатого имплантата, его разворачивание и анатомически правильное позиционирование. Адекватность его расположения контролировали при потягивании выкроенного брюшинного лоскута. После чего фиксировали имплантат. Мы использовали для фиксации 4 точки: связка Купера, фасция прямой мышцы, подвздошно-лонный тракт, фасциальные структуры поперечной мышцы живота. Далее осуществляли контроль гемостаза и геометрии фиксированного имплантата, ушивание брюшины, десуффляцию и ушивание троакарных ран.

У пациентов контрольной группы моделирование сетки осуществляли интраоперационно, с учетом размера 13,5 – 8,5 см. При этом сетчатый имплантат фиксировали полипропиленовой нитью к латеральной части апоневроза прямых мышц живота, и апоневротической части внутренней косой мышцы-узловыми швами, а к пупартовой связке непрерывным швом. «Ножки» протеза ушивали одним швом с обязательной фиксацией к пупартовой связке. В медикаментозном лечении использовали послеоперационную антибиотикопрофилактику (цефтриаксон – 2 г), антиангинальную терапию НПВС и профилактику тромбозомболических осложнений. Активизацию больных проводили в первые сутки, без использования бандажирования брюшной стенки в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. Длительность операции у пациентов основной группы составила 97 минут против 43 минут в контрольной группе. В нашем исследовании мы не наблюдали послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших TAPP пластику, при этом в контрольной группе отмечены 2 послеоперационных осложнения в виде послеоперационных сером. В одном случая это осложнения не потребовали инвазивных вмешательств, в другом спустя 3 месяца однократное пункционное вмешательство. У пациентов, перенесших TAPP, послеоперационных осложнений не отмечено. Длительность антиангинальной терапии при операции Лихтенштейна более продолжительна, чем при TAPP пластике – 4,1 против 1,7 дней. Сроки госпитализации и время общей нетрудоспособности более продолжительны у пациентов после операции Лихтенштейна, 7 и 27 дней против 4 и 17 дней у пациентов, в лечении которых использована технология TAPP.

Выводы. Использование лапароскопической технологии TAPP в лечении паховых грыж позволяет значительно снизить сроки госпитализации, время общей

нетрудоспособности и сопровождается менее выраженным болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде.

М.Н. Навид¹, А.В. Протасов¹, Н.Ю. Шухтин², Д.Л. Титаров¹, Л.А. Евлюева¹, С.С. Путилов², М.Ю. Подольский¹

ГРЫЖА МОРГАНЬИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

¹ *Российский университет дружбы народов. Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии имени И.Д. Кирпатовского, г. Москва*

² *Больница Пушкинского научного центра РАН, г. Пушкино*

Введение. Диафрагмальная грыжа представляет собой перемещение брюшных органов в грудную полость через естественный или патологический (травматический) дефект в диафрагме. Грыжа ребено-грудинного треугольника – одна из наиболее редких форм диафрагмальных грыж. Описана впервые итальянским анатомом и патологом, Джованни Баттиста Морганьи, в 1761г., а по данным ряда авторов в 1769г. Частота встречаемости в популяции грыжи Морганьи среди всех диафрагмальных грыж составляет 1-3%. А наиболее частая локализация – правый передне-боковой отдел диафрагмы, на уровне VII ребра у правого края мечевидного отростка грудины. Учитывая врожденный характер грыжи, пик диагностики и лечения приходится на детский возраст. Однако, у ряда пациентов течение заболевания носит бессимптомный характер. А клинические проявления во взрослом возрасте не специфичны. Это обстоятельство затрудняет диагностику и вынуждает пациентов длительно обследоваться у смежных специалистов.

Описание. Мы хотели бы представить редкий случай успешного хирургического лечения грыжи Морганьи. Пациентка находилась на лечении в условиях хирургического отделения БПНЦ РАН г. Пушкино Московской области в 2017г.

Пациентка Ж., 71 года, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. Из анамнеза заболевания известно, что с 2008г. пациентка отмечает приступообразные боли в правом подреберье, тошноту. В 2016г. находилась на лечении в хирургическом стационаре по поводу острого калькулезного холецистита. Обследована амбулаторно у гастроэнтеролога и терапевта. Предоставлены рентгенограммы органов грудной клетки при поступлении в стационар от 23.10.2017: определяется средней интенсивности затемнение в кардио-диафрагмальном углу справа. Предоставлены данные УЗИ органов брюшной полости от 2016г.: в воротах печени визуализируется неоднородное гипэхогенное скопление в объеме 30мл, желчный пузырь содержит конкременты до 2,0см в диаметре, стенки его утолщены до 4мм.

Предоставлены данные МРТ от 12.10. 2017 года: холецистолитиаз. При поступлении в стационар состояние пациентки ближе к удовлетворительному. Температура тела 36,8°C. ЧСС – 78 ударов в минуту. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, со слабо заметным локальным мышечным дефансом. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, симптома «плеска» не наблюдалось, перистальтика не усилена. Пациентка отмечала склонность к запорам. В клиническом анализе крови при поступлении отмечен умеренный лейкоцитоз $10,3 \times 10^9/\text{л}$. Установлен предварительный диагноз – острый калькулезный холецистит. Проводилась инфузионная, спазмолитическая, противовоспалительная, симптоматическая терапия, динамическое наблюдение. Учитывая изменения на рентгенограммах органов грудной клетки, пациентке дополнительно выполнена КТ органов грудной полости, по данным которой в правом кардио-диафрагмальном углу определяется объемное образование с четкими ровными контурами размерами 117x92x91мм, плотностью 119едН. У пациентки была заподозрена липома правого кардио-диафрагмального угла на фоне ЖКБ, острого калькулезного холецистита. Учитывая данные обследования и клинической картины, решено было выполнить диагностическую лапароскопию, с возможной последующей холецистэктомией. Пациентка была оперирована через 30 часов с момента госпитализации. После введения лапароскопа в брюшную полость выполнена ревизия: выявлен дефект в диафрагме, грыжевые ворота размерами 6x8см, расположены тотчас позади и справа от мечевидного отростка, в области грудино-реберного треугольника. В последний втянута брюшина, формирующая грыжевой мешок, содержащий круглую связку печени, большой сальник и поперечно-ободочную кишку. Попытка извлечения грыжевого содержимого эндоскопически успеха не принесла. Визуализация ворот печени представляла определенные трудности из-за изменения анатомии и выраженного спаечного процесса. Решено выполнить конверсию в верхне-срединную лапаротомию. С техническими трудностями из грыжевого мешка извлечено содержимое: большой сальник и поперечно-ободочная кишка. Последний вывернут, извлечен в брюшную полость вслед за содержимым. Произведено иссечение мешка у шейки. Выполнена пластика грыжевых ворот: свободный задний край грыжевых ворот (край диафрагмы) фиксирован к заднему краю реберных дуг и к мечевидному отростку отдельными швами. Выполнена холецистэктомия от дна. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-ые сутки, операционная рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана из стационара на 10-е сутки.

Заключение. Грыжа Морганьи является достаточно редким заболеванием, длительное время протекающим бессимптомно или под маской другой патологии. Своевременная диагностика, с применением мультиспиральной КТ позволяет выполнить хирургическое вмешательство в ранние сроки и избежать серьезных осложнений.

Орехов Г.И.

ГЕРНИОПЛАСТИКА В НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

ООО «Клиника №1 плюс», г. Обнинск

Наружные грыжи живота – одно из самых частых заболеваний в общехирургической практике. Операции по поводу паховых грыж занимают по частоте первое место как в нашей стране, так и за рубежом. Проблемы герниологии не стали менее актуальными, прежде всего потому, что результаты операций не могут полностью удовлетворять ни больных, ни хирургов. Рецидив грыжи составляет до 10% при простых формах и до 30% - при сложных. Представлен опыт выполнения герниопластик при различных видах грыж за период с 2012 по 2018 г, в негосударственной хирургической клинике. Все пациенты обследованы амбулаторно, госпитализация проводилась в день операции. Всем пациентам проводилась комбинированная, многокомпонентная интубационная анестезия с применением миорелаксантов и с комбинацией местных анестетиков (вентральные, пупочные грыжи). Применялись сетчатые импланты фирм Lintex (эсфил легкий), Covidien (parietex). Пребывание пациента в клинике после операции не превышало 3-х суток. Обязательным условием являлась ранняя послеоперационная активизация больных. Всего выполнено 559 герниопластик. Возраст пациентов от 20 до 87 лет. Паховые грыжи – 375. Лиц мужского пола – 316, женского – 59. Прямых паховых грыж – 105, косых – 270, пахово-мошоночных – 174, рецидивных – 42. Лапароскопическая герниопластика выполнена 373 пациентам, одномоментная лапароскопическая герниопластика с двух сторон выполнена в 3 случаях, натяжная методика 1 случай, методика Лихтенштейна 1 случай. Вентральная грыжа – 112. По классификации Chevrel J.H., Rath A.M. / SWR-classification/, 1999. М, W2, R2 – 26 пациента; М, W3, R4 – 5 пациент; М, W4 – 9 пациента; ML, W3 – 2 пациента; L2, W2 – 3 пациента; L3, W3 – 3 пациента, М, W2 – 64 пациента. При больших срединных грыжевых дефектах применялась передняя сепарация элементов передней брюшной стенки по Ramires, с обязательным дренированием подкожных карманов передней брюшной стенки активными дренажами. В 98 случаях размещение сетчатого импланта проведено *sablay*, в 9-ти случаях проводилась комбинация размещения импланта *onlay* – *sablay*. В трех случаях выполнена лапароскопическая техника IPOM с применением композитной сетки

Covidien. При боковых грыжах L3,W2 выполнена гибридная лапароскопическая герниопластика с подбрюшинным расположением сетчатого протеза. Пупочная грыжа - 72. Возраст пациентов от 25 до 80 лет. Лиц мужского пола – 31, женского – 41. Герниопластика с применением местных тканей по Мейо – 65, аллопластика 7 случаев. При выполнении трансабдоминальной предбрюшинной лапароскопической герниопластики отмечались послеоперационные боли связанные с невралгией кожных ветвей бедренного нерва у 7 пациентов, которые купировались назначением физиопроцедур и ударноволновой терапии аппаратом фирмы «EMS» Swiss Dolorclast Master, в течении 6-ти месяцев. Рецидив паховой грыжи после лапароскопической герниопластики выявлен у 3-х пациентов, коррекция рецидивов проведена лапароскопически. У всех пациентов на операции выявлен грыжевой дефект в верхне - медиальной паховой области. В одном случае на первые сутки после операции выявлен рецидив паховой грыжи, который устранен релапароскопией с повторной фиксацией протеза. Рецидивов в группе вентральных, пупочных грыж не выявлено в сроки наблюдения от 6-ти месяцев до 4-х лет. Выполнение различных видов герниопластик в негосударственной хирургической клинике позволяет добиваться хороших результатов.

Паршиков В.В., Градусов В.П., Козлова В.П., Сечкина М.А.
ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

ПИМУ, городская больница №35, Нижний Новгород.

Национальные рекомендации не содержат указаний по лечению больных с большими дефектами брюшной стенки, ситуацией loss domain. Выбор методики операции осуществляется индивидуально в зависимости от ситуации. Единого подхода к лечению таких пациентов ведущими клиниками мира не продемонстрировано. Клинический случай. Пациент В., 56 лет с послеоперационной грыжей больших размеров. В анамнезе разрыв сигмовидной кишки, колостомия, санации брюшной полости, колопластика, несостоятельность анастомоза, каловый свищ, перфорация язвы желудка. Сопутствующая патология: АГ, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, подагра, язвенная болезнь желудка, варикозная болезнь вен нижних конечностей. ИМТ 30 кг/м², курит. Более 50% объема органов брюшной полости расположены в грыжевых мешках. Площадь дефекта в медиальном сегменте брюшной стенки - 600 см², в латеральном - 144 см². В левой подвздошной области - небольшой абсцесс брюшной стенки, свищ сигмовидной кишки 2 типа. Клинический случай НЗР1W1, Stage 4 (Novitsky Y.W., 2016). Выполнена

герниолапаротомия, адгезиолизис, правосторонняя гемиколэктомия, резекция подвздошной кишки, илеотрансверзостомия, иссечение участка брюшной стенки с абсцессом и свищем, ушивание стенки сигмовидной кишки, сепарационная (Ramírez I) протезирующая пластика (ретромускулярно), полная реконструкция медиального сегмента, абдоминопластика. В послеоперационном периоде острая дыхательная недостаточность (ОДН), купирована к 6 суткам, уровень ВБД до 13 мм рт. ст. На 8 день - некрэктомия, пристеночная сигмостомия по поводу некроза участка кожно - подкожного лоскута слева, несостоятельности шва стенки сигмовидной кишки. На 20 сутки - дренирование флегмоны брюшной стенки, некрэктомия, двустольная десцендостомия. Целенаправленная терапия ИОХВ (*E. coli* и MDR - патогены *Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter lwoffii*), другие компоненты ИТ - по рекомендациям WSES и SSC. К 24 суткам стал питаться и ходить. Тактика ведения обсуждена с проф. В.И.Белоконевым. В перспективе (отсроченно) показано закрытие свища 4 типа с реконструкцией латерального сегмента, а позднее - операция по поводу свища 5 типа. Обсуждение. Послеоперационный период у таких пациентов связан с крайне высоким риском осложнений. По данным американских и российских исследователей, у части больных наблюдается компартмент - синдром (АКС). В настоящем случае патогенез ОДН связан не только с перемещением внутренних органов и повышением ВБД, но и с распространенным ателектазированием. При ретроспективном анализе складывается впечатление, что проведение ИВЛ во время операции и респираторная терапия у таких пациентов требуют нестандартного подхода, детального планирования и динамической коррекции. Диагностика варианта ОДН (пневмония, АКС, ОРДС или ателектазирование) очень важна, поскольку методики лечения носят взаимоисключающий характер. Стойкая гипоксемия на фоне ОДН и повышения ВБД - неблагоприятный фактор для пациента, перенесшего резекционный этап с наложением анастомоза или шва, кроме того, увеличивает риск ИОХВ. Отсутствие разгрузочной кишечной стомы следует рассматривать как критерий риска. Длительное лечение в ОРИТ было необходимо, но ассоциировано с риском контаминации MDR - патогенами. Инфекция, вызванная *E. coli* в сочетании с нозокомиальной флорой, протекает бурно при наличии девитализированных тканей. ACST в такой ситуации - фактор риска, поскольку намерение хирурга сохранить кровоснабжение за счет параумбиликальной группы перфорирующих сосудов иногда не может быть реализовано, либо эффект техники PUPS окажется недостаточным. Увеличение продолжительности операции за счет предпочтения PCST рискованно в отношении ОДН, но в этом случае жизнеспособность кожно - подкожных лоскутов будет выше. Диссекция тканей в ходе PCST при наличии больших латеральных дефектов может быть затруднена.

Заключение. Пациенты с большими и множественными дефектами брюшной стенки и ситуацией loss domain, необходимостью выполнения обширного резекционного или реконструктивно - восстановительного этапа на кишечнике представляют собой сложную категорию. Рассматривая альтернативные варианты тактики, следует учитывать возможность принятия следующих решений: коррекция объема операции на кишечнике, колостомия, разделение вмешательства на ряд этапов (отказ от одномоментной протезирующей пластики, выполнение реконструкции только одного сегмента брюшной стенки), как исключение - выбор более простого способа пластики (bridging repair). Респираторная поддержка требует детального планирования, тщательного контроля и динамической коррекции.

Паршиков В.В., Романов Р.В., Логинов В.И., Бабурин А.Б.

ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИЯ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ПОКАЗАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ.

ПИМУ, городская больница №35, 422 ВКГ, Нижний Новгород.

Введение. Вопросы техники оперативного вмешательства с использованием сепарационной протезирующей пластики при больших послеоперационных грыжах к настоящему времени детально разработаны, накоплен соответствующий опыт. Представляется необходимым изучить публикации по вопросам применения задней сепарации с позиций доказательной медицины для обоснованного включения PCST в Национальные рекомендации.

Материал и методы. Проведен анализ 170 литературных источников по вопросам реконструкции брюшной стенки и операций с применением техники разделения компонентов. Сопоставлены результаты исследований, касающихся использования задней сепарации, опубликованных к 2018 г. в России и за рубежом. Дана оценка полученного опыта и подходов ведущих хирургических школ мира. Сравнены позиции авторов и клиник относительно показаний и противопоказаний к осуществлению данного варианта вмешательств. Результаты и обсуждение. В литературе описаны способы Ramirez, Maas, Ennis, Lindsey, Sukkar, Levine – Karp, Carbonell, Novitsky, «open - book», проф. В.И. Белоконова, Ю.С. Винника, PARRA и другие. Их следует относить к передней (ACST) и задней (PCST) сепарации, при этом различать открытые операции и эндоскопические. PCST - последовательность действий, выполняемых в глубоких слоях брюшной стенки, направленных на диссекцию тканей последней, повышение подвижности и растяжимости мышечно – апоневротических компонентов. Это позволяет завершить операцию

реконструкцией брюшной стенки, приблизив ее строение к естественному анатомическому варианту. Объем брюшной полости (при предельном уровне абдоминальной гипертензии) увеличивается приблизительно на четверть в ходе PCST, чуть больше - при осуществлении техники Ramirez, а при дополнении ACST ретромулярной диссекцией - почти наполовину. ACST и PCST могут выполняться в сопоставимых группах пациентов (площадь грыжевых ворот - 472 см² и 531 см², ширина ворот - 16 и 13 см соответственно). Наибольший опыт TAR изложен разработчиками операции - Novitsky Y.W. et al. (428 операций, площадь грыжевых ворот от 180 до 1220 см², в среднем - 606 см²). Методика TAR технически сложнее, но риск раневых осложнений должен быть меньше, поскольку нет широкой отсепаровки кожно-подкожных лоскутов. С другой стороны, в мета-анализе не продемонстрировано достоверной разницы ACST и PCST по событиям в области хирургического вмешательства (21,4 и 23,7% соответственно). Частота рецидивов после TAR почти в 2 раза меньше. Использование TAR возможно и оправданно не только при больших, но и при средних грыжах, на что указывают зарубежные публикации, включающие пациентов с шириной ворот от 7 см. Ряд авторов считает возможным завершить вмешательство в ИАГ до 18 мм рт. ст. Гипертензия у лиц с сепарированной брюшной стенкой носит транзиторный характер, однако динамика ВБД у лиц с феноменом loss domain отличается от таковой у других пациентов и риск респираторных проблем выше. Между различными вариантами CST нет достоверных отличий в отношении параметров качества жизни оперированных пациентов, но результаты реконструкции брюшной стенки всегда лучше, чем использование bridging repair.

Заключение. Задняя сепарация представляет собой довольно сложное в техническом отношении, но высокоэффективное и надежное решение для пациентов с большими послеоперационными грыжами. Проведенных к настоящему времени исследований, удовлетворяющих критериям доказательной медицины, достаточно для обоснованного включения методики в Национальные рекомендации.

Литература. 1. Егиев В.Н. и др. Первые результаты после задней сепарационной пластики у пациентов со срединными грыжами. Здоровье и образование в XXI веке 2017; 9: 38–41. 2. Шаповальянц С.Г. и др. Морфо – функциональная оценка влияния различных методов сепарации передней брюшной стенки на увеличение объема брюшной полости. Росс мед – биол вестник 2017; 3: 443–452. 3. Blair L.J., et al. The effect of component separation technique on quality of life (QOL) and surgical outcomes in complex open ventral hernia repair (OVHR). Surg Endosc 2017; 9(31):3539–46. 4. Cornette B. et al. Component separation technique for giant incisional hernia: A systematic review. Am Surg 4(215): 719–726.

5. Novitsky Y.W., et al. Outcomes of posterior component separation with transversus abdominis muscle release and synthetic mesh sublay reinforcement. *Ann Surg* 2016; 2(264): 226–232.
6. Scheuerlein H. et al. What do we know about component separation techniques for abdominal wall hernia repair? *Front Surg* 2018; 5: 24.

Паскалов Ю.С., Ботезату А.А., Райляну Р.И.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЯ БРЮШНЫХ МЫШЦ ВОКРУГ НОРМАЛЬНОГО И РАЗРУШЕННОГО ГРЫЖЕЙ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА.

Кафедра хирургических болезней медицинского факультета

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь

Введение. Паховая грыжа является сложным топографо-функциональным заболеванием, при котором учет электрофизиологии брюшных мышц, формирующих паховый промежуток, позволяет в предоперационном периоде оценить степень разрушения пахового канала и улучшить результаты лечения путем выбора способов пластики, направленных на ликвидацию грыжевого дефекта и на функциональную реабилитацию паховой области.

Цель исследования. Сравнить электрофизиологическую активность брюшных мышц пациентов без грыж и у больных с паховыми грыжевыми дефектами.

Материалы и методы. В период 2016–2018 гг. проведено исследование электроактивности самостоятельного и стимулируемого сокращения брюшных мышц аппаратом «Synapsis Neurotech Russia» у 159 больных. Из них мужчин было 114 (71,6 %) и женщин 45 (28,4 %) человек. Средний возраст составил $52,6 \pm 1,5$ лет. В группу пациентов без грыж вошло 64 (40,3 %), а в группу больных с паховыми грыжами – 95 (59,7%) обследованных. Методом поверхностной электромиографии оценивались электропотенциалы мышц, окружающих паховый промежуток; группы боковых мышц и прямых мышц передней брюшной стенки.

Результаты исследования. В группе пациентов без грыж показатели амплитуды и частоты электромиограмм (ЭМГ) с обеих паховых областей при самостоятельном сокращении брюшных мышц оказались на уровне $739,75 \pm 79,77$ МкВ и $50,38 \pm 7,6$ /с. Электростимуляция мышц в паховых областях среди пациентов этой же группы обнаружила электроактивность в $66,86 \pm 9,8$ мВ и $365,16 \pm 58,63$ /с. Амплитуда и частота ЭМГ мышц разрушенного грыжей пахового промежутка при физической нагрузке были равны $446,88 \pm 53,72$ МкВ и $13,34 \pm 4,46$ /с, на противоположной стороне – $523,36 \pm 59,9$ МкВ и $22,3 \pm 4,9$ /с. Разница в амплитуде между ними составила 14,6 %. При

электростимуляции амплитуда и частота мышц паховой области на стороне грыжи равнялась $14,79 \pm 2,76$ мВ и $182,56 \pm 41,91$ /с, на контралатеральной стороне – $23,22 \pm 4,09$ мВ и $192,78 \pm 34,24$ /с. Таким образом, электростимуляция позволила обнаружить более выраженное различие в амплитуде мышц паховой области с грыжей и на противоположной от грыжи стороне на 36,6 %. Результаты вызванного физической нагрузкой сокращения мышц разрушенной грыжей паховой области уступали показателям амплитуды и частоты ЭМГ мышц вокруг пахового промежутка пациентов без грыж на 34,4 % и 72,5 %, а при электростимуляции данная разница достигла уровня 77,9 % и 50,1 % соответственно.

У пациентов без грыж электропоказатели боковых мышц живота с обеих сторон при выполнении физической нагрузки были примерно равны $773,04 \pm 38,3$ МкВ и $96,63 \pm 4,65$ /с. Электростимуляция боковых мышц у лиц данной группы выявила амплитуду и частоту ЭМГ на уровне $42,2 \pm 8,21$ мВ и $351,93 \pm 75,22$ /с. Амплитуда и частота ЭМГ, полученных при вызванном физической нагрузкой сокращении боковых мышц на стороне паховой грыжи, имели уровень $551,09 \pm 24,1$ МкВ и $55,55 \pm 4,37$ /с, а в противоположной от паховой грыжи стороне составили $627,05 \pm 23,47$ МкВ и $86,12 \pm 16,39$ /с. Таким образом, разница в амплитудах ЭМГ самостоятельного сокращения боковых мышц на стороне паховой грыжи и в симметричной области с противоположной стороны составила 12,1 %. Электростимуляция боковых мышц у лиц с паховыми грыжами показала фиксацию амплитуды и частоты на уровне $21,28 \pm 3,4$ мВ и $252,29 \pm 53,9$ /с на стороне грыжи и $31,63 \pm 4,3$ мВ и $263,79 \pm 61,77$ /с в противоположной ей стороне. Разница между ними по амплитуде составила 32,8 %. Результаты самостоятельного сокращения боковых мышц на стороне паховой грыжи уступали показателям амплитуды и частоты ЭМГ боковых мышц пациентов без грыж на 28,7 % и 42,5 %, а при электростимуляции данная разница достигла уровня 49,5 % и 28,4 % соответственно.

Амплитуда и частота самостоятельного сокращения прямых мышц пациентов без грыж составили $880,0 \pm 34,55$ МкВ и $65,29 \pm 2,74$ /с, стимулируемого – $92,12 \pm 13,66$ мВ и $312,26 \pm 48,36$ /с. Произвольное сокращение прямых мышц на стороне пахового грыжевого выпячивания генерировало ЭМГ с амплитудой и частотой на уровне $765,86 \pm 27,11$ МкВ и $51,97 \pm 3,85$ /с, в противоположной от грыжи стороне – $844,94 \pm 23,44$ МкВ и $64,24 \pm 3,96$ /с, что позволяет сделать заключение о снижении амплитуды ЭМГ прямых мышц на стороне паховой грыжи на 9,3 %. При электростимуляции электроактивность прямой мышцы составила на стороне пахового грыжевого выпячивания $69,09 \pm 13,52$ мВ и $230,54 \pm 22,32$ /с; на здоровой стороне $76,81 \pm 8,47$ мВ и $290,72 \pm 45,71$ /с. Разница между ними по амплитуде составила 10,2 %. Результаты самостоятельного сокращения прямых мышц на стороне

паховой грыжи уступали амплитуде и частоте ЭМГ прямых мышц пациентов без грыж на 12,9 % и 1,7 %, а при электростимуляции данная разница достигла уровня 25 % и 26,2 % соответственно.

Выводы: 1. Различие в амплитуде мышц разрушенного грыжей пахового промежутка; боковых мышц и прямых мышц на стороне паховой грыжи с аналогичными мышечными группами пациентов без грыж составило при самостоятельном сокращении 34,4 %, 28,7 % и 12,9 %, при электростимуляции – 77,9 %, 49,5 % и 25 %. 2. При планировании способа герниопластики пахового грыжевого дефекта необходимо учитывать присутствующую функциональную неполноценность мышц, формирующих паховый промежуток.

Пепенин А.В., Макаров Л.П., Бондарец Л.И., Агзибегян А.С., Сацута С.В., Пепенин Н.А., Пепенин И.А.

«ЗА» И «ПРОТИВ» ИРОМ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное

Актуальность. В настоящее время в мире накоплен большой опыт лечения вентральных грыж с использованием различных алломатериалов. Однако способы оперативных доступов и виды эксплантатов продолжают собирать все больше сторонников и противников каждого из них.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с вентральными грыжами методом ИРОМ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 56 пациентов с вентральными грыжами, которым произведена ИРОМ. Мужчин было 24, женщин- 32. Средний возраст составил 48 лет. По поводу пупочных грыж оперировано 15, троакарных грыж- 18, послеоперационных вентральных грыж- 23 пациента. По ширине грыжевых ворот больные распределились следующим образом: W1- 22, W2- 18, W3- 16 наблюдений. Рецидивные грыжи имели место у 15 пациентов (из них R1- 8, R2- 7 пациентов). Во всех случаях для ИРОМ использовались композитные сети. Для их фиксации применялись все виды фиксирующих девайсов.

Результаты. Ретроспективный анализ использования ИРОМ в лечении вентральных грыж у наших пациентов позволил определить его достоинства и недостатки. Критериями оценки служили: возникновение рецидива и болевой синдром. По нашему мнению, основными факторами, повлиявшими на результаты лечения, явились: 1. Размер грыжевых ворот, 2. Размер сети, 3. Вид герниостеплера, 4. Число рецидивов.

Оценка результатов лечения наших пациентов с ИРОМ позволила сделать следующие выводы. К аргументам «за» мы отнесли: грыжевые ворота W1; максимально возможный размер экспланта; герниостеплеры с лизирующимися такерами; и количество рецидивов: R1.

Аргументами «против» явились: широкие грыжевые ворота (более W2), при которых необходимо использование сети большого размера, требующей увеличения количества точек ее фиксации; использование металлических такеров, которые приводят к припаиванию большого сальника и стойкому болевому синдрому; рецидивирующие вентральные грыжи, при которых обязательный адгезиолизис удлинит время оперативного вмешательства. Основанием для этих выводов послужил анализ двух случаев рецидивов после ИРОМ при W2R2.

При W2-W3 дефектах брюшной стенки и рецидивирующих грыжах считаем более обоснованным применение открытой sublay методики.

В последнее время в своей практике мы стали использовать композитные сети Symbotex и герниостеплеры Absorbatack (Covidien). Считаем, что эти материалы являются важной составляющей в снижении числа рецидивов, облегчают выполнение операции и, вероятно, дадут возможность расширить контингент пациентов с вентральными грыжами для проведения ИРОМ.

Пономарева Ю.В., Белоконев В.И.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ
ГРЫЖАМИ.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара.

Основным постулатом оперативного лечения пациентов с вентральными грыжами является сшивание тканей передней брюшной стенки (ПБС) без натяжения с использованием протеза, поскольку последние в условиях имеющейся грыжи являются несостоятельными. Известно, что формирование вентральной грыжи сопряжено с процессами атрофии мышечной ткани, однако, до сих пор не дано определение понятию несостоятельности тканей передней брюшной стенки, что делает необходимым его фундаментальное обоснование.

Цель исследования – провести морфологическую идентификацию несостоятельности тканей у пациентов с вентральными грыжами различных локализаций и их рецидивами.

Материалы и методы. Проведен морфологический анализ биоптатов 283 пациентов с вентральными грыжами различных локализаций. Из них: с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) (n=86), с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами (РПВГ) (n=52); с паховыми грыжами (ПГ) (n=84); с рецидивными паховыми грыжами (РПГ) (n=61).

Из полученного интраоперационного биоматериала изготавливали гистологические препараты. При морфометрическом анализе в мышцах ПБС определяли относительные плотности: мышечной, соединительной и жировой тканей (%); в гранулемах инородного тела – ее толщину; число гигантских клеток инородных тел и их ядер; соотношение макрофагов, лимфоцитов, фибробластов, нейтрофильных лейкоцитов.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Пороговый уровень значимости α составил 0,05.

Полученные результаты. Патоморфологический анализ тканей ПБС у больных с ПВГ различных локализаций, размеров и длительностью грыжеобразования от 6 до 24 месяцев показал, что в прямых мышцах живота имеет место атрофия мышечных волокон с вакулярным замещением их преимущественно жировой ($p < 0,05$), а также гетерогенной соединительной ($p > 0,05$) тканями на фоне продуктивного воспаления, характеризующегося образованием клеточных инфильтратов из макрофагов, лимфоцитов, единичных эозинофилов. При этом, воспалительная реакция не ограничивалась составляющими элементами грыжи, а распространялась на интактные мышцы ПБС.

Патоморфологическая оценка прямых мышц ПБС у пациентов с РПВГ показала, что изменения в них в целом, такие же, как и у больных с ПВГ, однако имеет место значимое увеличение не только жировой ($p < 0,05$), но и соединительной ($p < 0,05$) тканей, причем последняя представлена в основном грануляционной.

У пациентов с РПВГ после всех протезирующих способов пластики не зависимо от сроков наступления рецидива волокна протезирующих материалов были окружены гранулемами инородного тела, на периферии которых отмечено разрастание фиброзной ткани с очагами дезорганизации коллагеновых волокон, инфильтратами из клеток воспаления, большая часть из которых была представлена макрофагами. Выявленные изменения были характерны не только для линии рецидива, но и прослеживались в отдаленных зонах.

У пациентов с ПГ изменения в косых мышцах были такими же, как у больных с ПВГ в прямых мышцах. В паховой связке выявлены изменения от отека, единичных локусов

набухания, разволокнения коллагеновых волокон до дезорганизации соединительной ткани с развитием перифокальной воспалительной реакции и вакатным замещением жировой тканью. Степень этих изменений прогрессивно нарастала от I к IIIВ типу грыжи по L. M. Nyhus (1993).

У пациентов с РПГ изменения в косых мышцах в целом были идентичны изменениям прямых мышц у больных с РПВГ. Отличительная особенность выявлена лишь в биоптатах мышц после ТАРР, где также имели место многочисленные очаговые кровоизлияния и воспалительные инфильтраты. Изменения в паховой связке зависели от способа операции, предшествующего развитию РПГ. После пластик по способам Жирара Спасокукоцкого со швами Кимбаровского, Мартынова, Постемпски выявлены признаки атрофии паховой связки за счет очаговой дезорганизации коллагеновых волокон, интенсивной воспалительной реакции продуктивного типа с появлением очагов грануляционной ткани.

При РПГ после способа Лихтенштейна изменения в паховой связке были различными от разволокнения коллагеновых волокон с незначительной воспалительной реакцией до дезорганизации коллагеновых волокон с перифокальной воспалительной реакцией за счет макрофагов, лимфоцитов с примесью плазматиков. Наряду с признаками альтерации и воспаления отмечено интенсивное разрастание фиброзной ткани, которая вызывала срастание протеза и семенного канатика с деформацией элементов последнего. Таким образом, несостоятельность тканей ПБС у пациентов с вентральными грыжами всегда связана с продуктивным воспалением в них на фоне имеющейся атрофии мышечной ткани и вакатного замещения ее жировой и соединительной тканями.

**Пономарева Ю.В., Волова Л.Т., Белоконев В.И., Сарбаева Н.Н., Милякова М.Н.
НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ КАК ОДНА ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В
ГЕРНИОЛОГИИ.**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара.

Протезирующие материалы на основе полипропилена на протяжении нескольких десятилетий остаются наиболее востребованными для лечения пациентов с вентральными грыжами. Их применение было положено в основу концепций и технологий безнатяжной герниопластики. Тем не менее, протезы на основе полипропилена не в полной мере могут отвечать определению биосовместимости, поскольку в ряде случаев не способны встраиваться в организм пациента, имеются сведения о побочных клинических

проявлениях после их имплантации, а главное – материал индуцирует клеточный и тканевой ответ через продуктивное воспаление с формированием гранулем инородного тела на протяжении всего периода нахождения материала в тканях пациента.

С этих позиций определенной альтернативой могут стать протезы биологического происхождения. Однако основным сдерживающим моментом их внедрения в клиническую практику является негативный опыт, связанный с применением аутодермальных лоскутов. Сложилась парадигма о высоких рисках инфекционных осложнений и рецидивов после пластики такими материалами. Современный уровень развития медицинских биотехнологий позволил взглянуть на проблему иначе. В основе создания протезов из кожи животных и человека лежит технология децеллюляризации тканей, смысл которой заключается в удалении из исходного материала всех клеток и их фрагментов, а также основного пула клеточных белков и сохранение преимущественно матрисомных белков. При этом необходимо сохранение структурной организации коллагеновых фибрилл, что обеспечивает сопоставимые с нативной кожей механические показатели.

Практической реализацией концепции применения биологических протезов стало получение лабораторного образца ацеллюлярного дермального матрикса из шкуры свиней. Выбор материала был обусловлен возможностью иссечения больших по площади лоскутов, отсутствием потенциальных рисков трансмиссии таких опасных инфекций как: ВИЧ, гепатит, сифилис, а также губчатой энцефалопатии, в случае использования в качестве исходного сырья шкур крупного рогатого скота.

Децеллюляризация выделенных лоскутов начинается с этапа дезэпителизации путем осмотического шока за счет использования солевого гипертонического раствора, а затем разбавленного 1:9 фосфатного буфера Серенсена. Это позволяет отслоить эпидермис в виде единого лоскута. Далее децеллюляризации подвергают исключительно дерму, при этом используют отдельную трехкомпонентную децеллюляризирующую систему. Для этого дерму обрабатывают 2% раствором натрия дезоксицолата на шейкере в режиме 250 уд./мин. После промывания лоскутов, их погружают в емкость с раствором, содержащим 2 г натрия дезоксицолата и 0,07 г панкреатической липазы и обрабатывают на шейкере в режиме 250 уд./мин. После промывания лоскуты инкубируют в растворе ДНК-азы (0,67 мкг/мл) без перемешивания. После чего осуществляют заключительную промывку матрикса, его стерилизацию и криоконсервацию.

Получение ацеллюлярного дермального матрикса является сложным и длительным технологическим процессом. На каждом из этапов предусмотрена система оценки

требуемых параметров. Так, после обработки дермы липазой, контролируется остаточное содержание липидов, при этом целевым значением считается их полное отсутствие. Это связано с рисками химического прогоркания жиров с образованием токсичных перекисных соединений в ходе технологического процесса. Все это индуцирует в тканях воспалительную реакцию, негативно сказывающуюся на результатах имплантации.

Контроль содержания фрагментов ДНК, как в промывных растворах, так и в самом матриксе проводят после этапа обработки ДНК-азой с использованием спектрофотометрических и флуорисцентных методов. Определен целевой показатель максимального остаточного содержания ДНК в биоматериалах, который не должен превышать 50 нг/мг. Сама ДНК не является потенциально иммуногенной, но снижение ее содержания сопряжено и с процессом удаления иммуногенных специализированных белков –гистонов.

Также, готовые матрикс подвергают морфологическому исследованию после изготовления гистологических препаратов, окрашенных пикросирусом красным. С использованием поляризационной микроскопии оценивают матрикс на предмет целостности коллагеновых волокон и сохранения их пространственной ориентации. Качественный состав дермального матрикса исследуют с применением времяпролетной масспектрометрии с ионизацией электроспреем, при этом, целевым параметром является полное отсутствие основного пула клеточных белков и идентификация в составе матрикса преимущественно матрисомных белков.

Биосовместимость лабораторных образцов ацеллюлярного дермального матрикса исследована в соответствие с ГОСТ Р ИСО 10993-2011. Результаты тестирования подтвердили отсутствие у материала цитотоксичных свойств. Матрикс не индуцирует воспалительную реакцию, стабилен, хорошо интегрируется в окружающую соединительную ткань и не инкапсулируется.

Таким образом, ацеллюлярный дермальный матрикс из шкуры свиней может быть рассмотрен как потенциально перспективный имплантационный материал для решения целого ряда клинических задач.

Пономарева Ю.В., Белоконев В.И., Вавилов А.В.
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ФАКТОРА НАТЯЖЕНИЯ НА ТКАНИ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара.

При лечении пациентов с вентральными грыжами натяжение в сшиваемых тканях стало основной причиной отказа от аутопластических способов и переходу к протезирующим. Выраженное натяжение тканей в большинстве случаев сопровождается развитием системных осложнений и характеризуется понятием абдоминального компартмент синдрома. Незначительное натяжение в тканях при пластике вентральной грыжи может протекать, как латентно, так и с осложнениями раневого процесса, вплоть до развития рецидива и зависит от компенсаторно-приспособительных возможностей передней брюшной стенки (ПБС) и степени выраженности ее морфологических изменений.

Цель – изучить особенности морфологических изменений в тканях передней брюшной стенки в условиях действия фактора натяжения.

Материалы и методы. У 24 крыс (группа N 1) стока Wistar рассекали кожу ПБС по средней линии и имплантировали один из протезирующих материалов (N1– Э – Эсфил; N1 – OT - Optomesh Thinlight; N1- Ti - Титановый шелк; N1- Ф – Фторэкс). В группе N2 (n=24) рассекали ткани ПБС по средней линии, а затем их сшивали в виде дубликатуры. В группе N3 (n=24) формирование дубликатуры дополняли имплантацией протеза (N3 – Э – Эсфил; N3 – OT - Optomesh Thinlight; N3- Ti - Титановый шелк; N3- Ф – Фторэкс). Срок эксперимента составил 30, 90, 180 суток.

По окончании эксперимента получали фрагменты прямых, боковых мышц живота, в том числе содержащих имплантированный протез, фиксировали в 10% нейтральном формалине с фосфатным буфером. Фиксацию образцов осуществляли в спиртах восходящей крепости, после чего заливали в парафин. Гистологические срезы готовили серийно толщиной 5 – 6 мкм на микротоме Sakura Accu-Cut SRM200 (Sakura, Finetek, Япония). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизон, крезоловым фиолетовым. Морфометрический анализ проводили с использованием аппаратного комплекса, состоящего из микроскопа Nikon Alphaphot-2 YS2-H и видеокамеры КСС-31 OPD с программным обеспечением «Морфология 5.2». (ООО «Видеотест», Санкт-Петербург, Россия). В мышцах определяли относительные плотности: мышечной, соединительной и жировой тканей (%), толщину мышечных волокон (мкм). В гранулемах инородного тела – ее толщину (мкм); число ГКИТ (шт.); число ядер (шт.); соотношение основных популяций клеток (%): макрофаги, лимфоциты, фибробласты, нейтрофильные лейкоциты.

При сравнении трех и более несвязанных совокупностей и нормальном распределения применен однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с

последующими попарными сравнениями по критериям Даннета, Шефе и Тьюки в зависимости от гомогенности дисперсий в сравниваемых группах. При проверке статистических гипотез пороговый уровень значимости α составил 0,05.

Полученные результаты. Локальное натяжение оказывало разное влияние на мышцы ПБС. Так, в прямых мышцах, возможность сокращения которых была минимизирована условиями эксперимента (группа N2) в динамике (30-90-180 суток) относительные плотности тканей были следующими: мышечной ($88,50 \pm 0,49\%$ - $72,95 \pm 0,46\%$ - $56,15 \pm 0,59\%$, $p_{30-90-180} < 0,001$); жировой ($2,95 \pm 0,37\%$ - $17,30 \pm 0,47\%$ - $31,50 \pm 0,50$, $p_{30-90-180} < 0,001$); соединительной ($8,55 \pm 0,22\%$ - $9,75 \pm 0,27\%$ - $12,35 \pm 0,36\%$, $p_{30-90} = 0,013$; $p_{90-180} < 0,001$), то есть преобладали процессы липоматоза. В боковых мышцах, испытывающих значительную нагрузку и натяжение (группа N2) относительные плотности тканей (30-90-180 суток) изменялись следующим образом: мышечной ($85,95 \pm 0,38\%$ - $79,79 \pm 0,39\%$ - $72,26 \pm 0,42\%$, $p_{30-90-180} < 0,001$); жировой ($2,06 \pm 0,25\%$ - $3,50 \pm 0,22\%$ - $4,94 \pm 0,19\%$, $p_{30-90-180} < 0,001$); соединительной ($12,00 \pm 0,31\%$ - $17,00 \pm 0,29\%$ - $23,10 \pm 0,29\%$, $p_{30-90-180} < 0,001$), то есть преобладало разрастание соединительной ткани, прежде всего грануляционной, на фоне продуктивного воспаления.

Имплантация протеза в условиях натяжения тканей ПБС (группа N3) к 180 суткам эксперимента приводила к снижению относительной плотности жировой ткани прямых мышц (N2 vs N3 - $31,50 \pm 0,50\%$ vs $29,70 \pm 0,47\%$, $p = 0,007$) и увеличению незрелой соединительной ткани (N2 vs N3 - $12,35 \pm 0,36\%$ vs $14,32 \pm 0,32\%$, $p < 0,001$). В боковых мышцах те же тенденции по содержанию жировой ткани (N2 vs N3 - $4,94 \pm 0,19\%$ vs $3,94 \pm 0,19\%$, $p < 0,001$). Однако значимых отличий по содержанию соединительной ткани в боковых мышцах в сравниваемых группах не получено.

Сравнительный анализ морфометрических показателей воспалительной реакции при имплантации различных протезов в группе N3 показал увеличение числа макрофагов ($p < 0,001$), лимфоцитов ($p < 0,001$) и снижение числа ГКИТ ($p < 0,001$) и обратные тенденции в группе N1, где протезы были имплантированы свободно. Такая динамика отмечена не только для полипропиленовых протезов, но и титановых.

Таким образом, в тканях ПБС, испытывающих натяжение развивается продуктивное воспаление, которое удлинит сроки образования фиброзной ткани вокруг волокон протеза, т.е. его интеграцию, что негативно сказывается на результатах оперативного лечения вентральных грыж.

**Попов Ю.П., Иванов Н.А., Попов П.А., Акилин К.А., Харитонов В.В., Гереева З.К.
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИМПЛАНТОВ РЕПЕРЕН.**

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ (зав. Кафедрой член-корр. РАМН И.В. Ярема) г. Москва.

Городская клиническая больница №40 ДЗМ г. Москвы. popovbk@bk.ru, ivanoffsurg@yandex.ru

В настоящее время послеоперационные грыжи брюшной стенки занимают второе место после паховых грыж, составляя от 3 до 20,6% этой патологии. Не смотря на бурное внедрение и развитие лапароскопической хирургии, даже в наиболее развитых странах выполняется большое количество операций лапаротомным доступом, из около 10% рецидивируют. В тоже время, широкое распространение лапароскопических операций влечет за собой появление посттракарных грыж. Стремления хирургов к малоинвазивным операциям привело к возникновению нового направления - лапароскопической пластики послеоперационных грыж.

С 2016 г. на базе ГКБ №40 г. Москвы внедрена методика лапароскопических герниопластик при малых и средних послеоперационных вентральных грыжах с использованием имплантов российского производства Реперен (Компания АйконЛабГмбх (IconLab). Имплантаты созданные на основе материала Реперен (пространственно сшитый полиуретанакрилат) зарегистрированы в России, Европе и США. Реперен®. IPOM представляет собой прозрачный эндопротез для антиспаечных внутрибрюшинных лапароскопических или открытых операций по устранению вентральных, пупочных и паховых грыж. Особенностью имплантата является отсутствие усадки, оптимальная интеграция и высокая биосовместимость.

В нашей работе мы поставили цель сравнить и проанализировать два основных метода аллогерниопластики, применяемые при лечении послеоперационных вентральных грыж: лапароскопическая герниопластика IPOM и открытая аллогерниопластика sub-lay. Нами были проанализированы и сравнены основные параметры, такие как среднее время операции, длительность пребывания пациентов в стационаре, выраженность болевого синдрома после перенесенной операции, характер осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, а так же частота рецидивов.

За 2016-2018 гг. в нашем исследовании приняли участие 72 пациента, из них 30 выполнена лапароскопическая аллогерниопластика IPOM, 32 пациентам выполнена герниолапаротомия с герниопластикой sub-lay с использованием облегченных полипропиленовых и полиэстеровых сеток и 10 пациентам выполнена открытая IPOM

аллогерниопластика. Все пациенты были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст 54+/- 4,6 года). В исследовании включены пациенты имеющие медиальные и медиа-латеральные грыжи с разными количествами рецидивов от 0 до 2-х и имеющие размер грыжевого дефекта не превышающие 10 см. в диаметре. Такая верхняя граница размеров грыжевого дефекта обусловлена тем, что в клинике при использовании лапароскопической IPOM пластики применяется bridging методика (M-любое, R-0-2. W-1-2). В работе использовали классификацию EHS (европейского общества герниологов). В таблице приведено количество пациентов оперированных в период исследования 2016-2018 гг.

В клинике применялись методики операций с расположением сетки sub-lay, а также с интраабдоминальным расположением IPOM. Сетка Реперен имеет две стороны: исключительно гладкую висцеральную (анти-адгезивную, обеспечивает анти-адгезивность в 100% случаев) и париетальную, с микроструктурой для интеграции. Операции проводились под ЭТН с наложением карбоксиперитонеума 10-12 мм.рт.ст. Первый троакар вводился под контролем зрения или с использованием оптического троакара. Количество манипуляторов выбирается индивидуально. Нами использовалось от 2-х до 4-х. троакаров. После рассечения спаек, низведения грыжевого мешка в брюшную полость и выполнения тщательного гемостаза, в брюшную полость вводился и устанавливался имплант. Разметка импланта выполнялась экстраабдоминально с использованием транслюминесценции через переднюю брюшную стенку. На сетку накладывалось от 2-х до 4-х лигатур, использовались сетки с перекрытием грыжевого дефекта не мене 4-х см. с каждой стороны. Сетка фиксировалась сквозными швами через переднюю брюшную стенку, укреплялось герниостеплером или отдельными узловыми швами. Дренажирование брюшной полости не проводилось. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное обезболивание, проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика однократным введением цефалоспоринов 2-го поколения.

Сравнительный анализ длительности операций, среднее время оперативного пособия при IPOM пластики составил 96 минут в сравнении с 124 минутами при установке сетки sub-lay. Следует отметить, что в обеих группах длительность операции в основном колебалась от наличия и тяжести спаечного процесса после ранее перенесенной операции. При отсутствии спаечных сращений среднее время фиксации сетки составило 45 минут, в сравнении с 75 минутами при открытой герниопластики sub-lay.

Среднее время пребывания пациентов в стационаре при лапароскопической герниопластики составило 3,4 койко дня, в сравнении с 6,3 койко-днями при выполнении открытой герниопластики sub-lay.

При анализе болевого синдрома нами использована десятибалльная шкала. Каждые шесть часов оценивали выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде на протяжении 72 часов. Сравнивалось так же количество и частота применяемых обезболивающих средств. Пациенты перенесшие лапароскопическое пособие в первые сутки оценивали болевой синдром на 3,3 балла, а к вторым на 1,4 балла. Пациенты, перенесшие открытое пособие, оценивали болевой синдром на 4,5 баллов в первые 24 часа и 2,3 балла к концу 2-х суток после операции. Полной отмены обезболивающих средств в группе *IPOM* удалось достигнуть к концу 2-х суток, тогда как в группе перенесших *sub-lay* пластику, длительность была вдвое выше.

Наиболее частым осложнением в обеих группах было образование послеоперационных сером. При IPOM пластике наиболее частая локализация скоплений жидкости - это остающаяся часть грыжевого мешка. Эти пациенты были пунктированы под контролем ультразвуковой визуализации.

При исследовании отделенных результатов учитывалась частота рецидивов и наличии или отсутствие хронического болевого синдрома. В группе пациентов перенесших IPOM пластику был выявлен один (2,4%) рецидив (пациентка оперирована повторно IPOM). При пересмотре интраоперационной видеозаписи установлено, что причиной рецидива явилось неверное расположение импланта, с недостаточным перекрытием за пределами грыжевого дефекта. В группе перенесших sub-lay герниопластику выявлен также один рецидив (3,1%), что связано с несоблюдением пациентом предписанного режима в послеоперационном периоде. У одного пациента после лапароскопической аллогерниопластики отмечался хронический болевой синдром (2,4 %), что обусловлено применением не рассасывающихся клипс. В настоящее время в клинике применяется методика фиксации сетки отдельными узловыми швами. Общее количество поздних послеоперационных осложнений среди исследуемых пациентов 4,2%.

Заключение. Использование лапароскопической IPOM пластики сетками Реперен является альтернативным методом у пациентов с малыми и средними послеоперационными вентральными грыжами. Косметический эффект этого метода бесспорен, уменьшается так же интенсивность болевого синдрома и длительность стационарного лечения. Метод является безопасным, простым в освоении и может быть рекомендован к широкому применению в повседневной клинической практике.

Праздников Э.Н. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Налётов В.В. (2).

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛЫ VERCI ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ.

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», 2) ГБУЗ "ТКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ", г. Москва.

В настоящее время для хирургического лечения грыж брюшной стенки широко применяются биологически инертные имплантанты различных конструкций. Благодаря их разработке и использованию в практике удалось добиться прогресса в лечении грыж различных локализаций. Многие авторы отмечают снижение частоты послеоперационных рецидивов, сокращение сроков лечения и уменьшение инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства по сравнению с предыдущими этапами развития хирургической герниологии. Однако, потенциальная возможность смещения имплантируемых сетчатых конструкций побуждает к поиску таких способов фиксации их к подлежащим тканям, которые были бы максимально надёжными. Использование степлеров со скобами и винтообразными фиксаторами имеет высокую стоимость, а порой фиксирующий элемент недостаточно прочно укрепляется в подлежащих к имплантируемым сеткам тканям. Не всегда абсолютно надёжны и самофиксирующиеся конструкции, которые к тому же имеют и немалую стоимость. Фиксация интракорпоральными швами требует большего времени и терпения, чем применение степлера. Необходимо заметить, что техника выполнения интракорпорального шва должна быть отработанной до совершенства, а шовные инструменты должны всегда быть в готовности в необходимом количестве и технически исправном состоянии.

Устройство для ушивания троакарных ран (игла Verci) позволяет чрескожно выполнять V – образные швы не только при зашивании лапаропортов и минилапаротомий, но и «пришивать» сетчатые имплантанты при лапароскопических герниопластиках.

Материал: 32 лапароскопические герниопластики выполнены по разработанной технологии фиксации имплантанта. После отделения брюшины на освобождённый участок размещается герниопротез. Для фиксации сетки используется монофиламентная полипропиленовая нить с коротким сроком рассасывания. Средством доставки нити и прошивания брюшной стенки выбрали иглу Verci с наружным диаметром иглы 2,6 мм. Как оказалось, самой удобной для фиксации была имплантант - сетка 3D MAX Mesh (Bard). Использована самораскрывающаяся конструкция анатомической формы с рёбрами жёсткости по краю сетки и размером ячеек плетения 6,2 кв. мм. Размер ячеек имеет важное значение для лёгкого проведения через них иглы с нитью. На коже

брюшной стенки остроконечным скальпелем выполняются насечки длиной до 5 мм в месте планируемого подшивания имплантанта. Перед этим брюшная стенка подсвечивается изнутри лапароскопом по принципу диафаноскопии во избежание травматизации сосудистых структур. Через кожную насечку брюшная стенка прокалывается иглой Вегсі с заряженной в неё нитью. Игла с нитью проводится через ячейку сетки, затем нить освобождается от зажатия в иглу. Повторный вкол иглы через ту же кожную насечку проходил в смежную ячейку сетки, конец нити зажимался в иглу и выводится на кожу. Выполненный V-образный шов следует без усилия затянуть и срезать с погружением узла под кожу. Надёжная фиксация имплантанта обеспечивается 3-мя такими швами.

В раннем послеоперационном периоде осложнений в виде гематом в зоне кожных насечек и проколов брюшной стенки не было. На болевой синдром из-за возможного сдавления нервных подкожных стволов пациенты жалоб не предъявляли. Прослежены результаты 23 таких операций в течение от 6 до 19 месяцев после вмешательства. Из оперированных пациентов миграции сетки ни у кого не отмечено.

Выводы: игла Вегсі - удобный инструмент для фиксации крупноячеистых сеток при лапароскопических операциях по поводу паховых грыж. Сетки «частого плетения» плохо прокалываются данным хирургическим инструментом и неудобны для предлагаемого способа фиксации. Для захвата в иглу следует применять резорбируемые нити с завязыванием узла только «до соприкосновения», так как это минимизирует риск потенциальной компрессии нервных окончаний. Проколы брюшной стенки тонкой иглой в паховых областях относительно безопасны и легко выполнимы под контролем оптической системы. При использовании данного способа фиксации сетки время операции сокращается, а стоимость операции снижается за счёт отказа от применения герниостеплера.

**Райляну Р.И., Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Гросул-Райляну О.Б.
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ.**

*Кафедра хирургических болезней медицинского факультета, Приднестровский
государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в лечении паховых грыж до сих пор обсуждаются вопросы послеоперационных раневых осложнений и рецидивов заболевания

(Топурия Григоли, 2017; Sun J. et al., 2018). По-видимому, существует не учитываемый большинством авторов, но существенно влияющий на морфофункциональное состояние паховой области, фактор герниогенеза. Среди многочисленных критериев риска неблагоприятного исхода лечения наибольшее значение представляет соединительнотканная дисплазия (СД), изучение особенностей которой позволит адаптировать к морфофункциональному направлению и вследствие этого улучшить тактику хирургического лечения паховых грыж.

Цель исследования. Изучить общеморфологические, функциональные и гистоморфологические особенности соединительнотканной дисплазии при грыжах паховой области.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2018 гг. обследовано 165 больных, которым суммарно проведено 369 морфометрических, электрофизиологических и гистоморфологических исследований. Пациенты мужского пола составили 118 (71,5 %), а женского – 47 (28,5 %) человек. Обследованные разделены на основную группу, состоящую из 101 (61,2 %) больного с паховыми грыжами и контрольную, включающую 64 (38,8 %) пациента без грыж. Вначале выполнялась диагностика степени выраженности СД согласно общепринятым в литературе схемам. Исследование функциональной активности мышц, участвующих в формировании пахового промежутка, проводили методом поверхностной электромиографии аппаратом «Synapsis Neurotech Russia». Заключительный этап обследования состоял в заборе участков кожи у 27 (26,7 %) больных основной группы при грыжесечении и у 19 (29,6 %) пациентов контрольной группы в зоне операции с последующей программной диагностикой плотности (ПКВ) и окраски коллагеновых волокон (ОКВ) в микропрепаратах дермы.

Результаты исследования. У 72 (71,2 %) больных с паховыми грыжами обнаружена легкая степень выраженности СД с количеством набранных баллов $7,6 \pm 0,5$; у 23 (22,7 %) – средняя степень с числом баллов $12,5 \pm 1,2$ и у 6 (6,1 %) – тяжелая степень СД с суммой $17,5 \pm 2,4$ баллов. Причем у всех 29 (28,7 %) пациентов со средней и тяжелой степенью СД присутствовали в анамнезе грыжесечения паховых грыж с противоположной стороны, рецидивы паховых грыж, на момент осмотра двусторонняя локализация паховой грыжи или сочетание паховой грыжи с послеоперационными и пупочными грыжами. Из 50 рассмотренных стигм СД достоверной связью со всеми вариантами проявления грыжевой болезни в паховой области обладали только искривление позвоночного столба, hallus valgus, гипермобильность суставов, варикозная болезнь нижних конечностей и геморрой. В контрольной группе легкой выраженностью проявлений СД обладали 14 (21,8 %) пациентов с суммой баллов в $6,4 \pm 1,1$, тогда как остальные обследованные имели

единичные фены СД. Причем у 12 (85,7 %) из них наиболее часто встречались искривление позвоночного столба и гипермобильность суставов.

Следовательно, выявленный перечень общеморфологических предикторов реализации СД в грыжевую болезнь паховой области необходимо рассматривать в качестве критериев риска герниогенеза и обязательно учитывать при выборе способа герниопластики.

Анализ электромиограмм мышц, формирующих разрушенный грыжей паховый промежуток, показал, что их площадь оказалась на уровне $145,5 \pm 19,24$ мВ*мс. Сокращение мышц в противоположной от грыжи паховой области привело к генерации электромиограмм с площадью на 20,2 % выше. Усредненные показатели площади электромиограмм обеих паховых областей среди пациентов контрольной группы составили $376,48 \pm 74,82$ мВ*мс.

Таким образом, функциональная активность мышц вокруг пахового промежутка у больных основной группы уступала площади электромиограмм, полученным над паховой областью пациентов контрольной группы, что говорит о наличии системного характера мышечно-сухожильных нарушений при недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

У 14 (51,8 %) больных с паховыми грыжами и СД легкой степени выраженности ПКВ в микропрепаратах дермы составила $75,6 \pm 1,9$ %, а ОКВ достигла уровня $43,8 \pm 2,5$ единиц. Средняя и тяжелая степень СД в этой же группе характеризовалась снижением ПКВ на 8,5 % и 16,8 % и увеличением ОКВ на 13,3 % и 31,3 % соответственно. В контрольной группе ПКВ оказалась на уровне $86,14 \pm 1,1$ %, а ОКВ находилась в пределах $36,33 \pm 2,1$ единиц.

По результатам полученных данных коллагенометрии можно сделать заключение, что уже при легкой степени СД у больных основной группы присутствует снижение ПКВ на 12,3 % и увеличение ОКВ на 17,1 % по сравнению с показателями пациентов без грыж, что указывает на ведущую роль СД в механизмах образования паховых грыжевых дефектов.

Выводы: 1. Общеморфологическими признаками соединительнотканной дисплазии у больных с паховыми грыжами являются искривление позвоночника, hallux valgus, гипермобильность суставов, варикозная болезнь ног и геморрой. 2. Электроактивность мышц вокруг пахового промежутка ниже 370 мВ*мс необходимо рассматривать как функциональный признак соединительнотканной дисплазии в паховой области. 3. Различие результатов коллагенометрии в основной и контрольной группах

подтверждает основополагающую роль соединительнотканной дисплазии в герниогенезе у больных с паховыми грыжами.

**Райляну Р.И., Ботезату А.А., Подолинный Г.И.
ЭЛЕКТРОАКТИВНОСТЬ БРЮШНЫХ МЫШЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РАЗМЕРА СРЕДИННОГО
ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА.**

Кафедра хирургических болезней медицинского факультета

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь

Введение. По мнению большинства авторов, у больных с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) рецидиву срединных грыж способствует прорезывание шовного материала через морфологически неполноценные апоневротические структуры с изменённым соотношением различных типов коллагена (Губов Ю.П. и соавт., 2015; Иванов И.С. и соавт., 2013). При этом абсолютно не уделяется внимание нарушению сократительной способности брюшных мышц, возникающему на фоне функционально-морфологической «слабости» сухожильных образований брюшной стенки и ведущему к перерастяжению малоподвижных мышечных групп и созданию в следствие этого дополнительной нагрузки на зону герниопластики.

Цель исследования. Изучить электроактивность брюшных мышц в зависимости от выраженности дисплазии соединительной ткани и размеров срединных грыж.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2018 гг. обследовано 32 больных с послеоперационными срединными грыжами разных размеров. Среди них выявлено 24 (75 %) женщины и 8 (25 %) мужчин. Средний возраст больных составил $54,8 \pm 1,3$ лет. Всем пациентам выполнялась в предоперационном периоде электромиография брюшных мышц и интраоперационно выполнялся забор участков кожи и апоневроза с последующей программной диагностикой плотности и окраски коллагеновых волокон в микроснимках согласно имеющейся в литературе цветовой методике оценки коллагена в микропрепаратах (Соколов С.В., 2016).

Результаты исследования. В результате проведенного интраоперационного забора участков кожи и апоневроза в зоне грыжесечения больные со срединными грыжевыми дефектами были разделены на две клинические группы. Первая включала 24 (75 %) пациента, у которых плотность укладки коллагена в микропрепаратах иссеченной во время операции кожи составила примерно $62,9 \pm 1,2$ %, а в микропрепаратах апоневроза – $58,9 \pm 2,3$ %. Интенсивность окрашивания коллагена в этой же группе находилась

примерно на уровне $63,7 \pm 0,8$ единиц, в апоневрозе она составила – $67,17 \pm 1,4$ единиц. Полученные результаты коллагенометрии позволили отнести больных первой группы к пациентам со значимым и гистологически подтвержденным уровнем ДСТ. Вторая группа состояла из 8 (25 %) больных со срединными грыжами без значимого уровня ДСТ, так как плотность коллагена в микропрепаратах иссеченной у них кожи и апоневроза составила около $79,43 \pm 0,9$ % и $86,13 \pm 1,1$ %, а интенсивность его окраски оказалась соответственно равной $36,33 \pm 2,1$ и $33,43 \pm 1,7$ единицам.

Полученные данные позволили провести ретроспективный анализ предоперационных результатов электромиографии брюшных мышц у больных со срединными грыжами. Так, среди больных со значимым уровнем ДСТ амплитуда электромиограмм прямых мышц живота составила 554 МкВ; частота оказалась равной 70,42/с; фронт достигал уровня в 342,52 мс, а площадь равнялась 148,39 мВ*мс. Сокращение боковых мышц привело к генерации электромиограмм с амплитудой в 482 МкВ, что на 12 % ниже амплитуды прямых мышц живота. Из остальных показателей электроактивности только фронт оказался выше аналогичного параметра прямых мышц в 1,7 раз, составив в среднем 580,62 мс. Таким образом, функциональная активность прямых мышц в группе больных со значимым уровнем ДСТ незначительно превосходила, а в некоторых случаях даже уступала электроактивности боковых мышц живота. У 21 (87,5 %) больного с грыжевыми дефектами средних и больших размеров и значительным уровнем ДСТ амплитуда электромиограмм прямых мышц практически не отличалась друг от друга, находясь на уровне 549 МкВ и 553 МкВ, и только при достижении срединной грыжей гигантских размеров отмечалась тенденция к её снижению на 26 %.

Амплитуда электромиограмм прямых мышц у больных со срединными грыжами без значимого уровня ДСТ оказалась равной 677,5 МкВ, превысив амплитуду этих же мышц у больных со значимым уровнем ДСТ на 18,2 %. Частота, фронт и площадь прямых мышц в первой группе пациентов также превосходила аналогичные показатели прямых мышц второй группы в 1,6; 1,75 и 1,5 раз соответственно. Амплитуда электромиограмм прямых мышц пациентов второй группы была выше боковых мышц на 29,2 %, частота – на 57,4 %, фронт – на 54,2 % и площадь – на 47,5 %. Следовательно, электропотенциалы прямых мышц больных со срединными грыжами без значимого уровня ДСТ превосходили электропотенциалы как прямых мышц больных со значимым уровнем ДСТ, так и электропараметры боковых мышц пациентов без значимого уровня ДСТ практически в 2 раза. Амплитуда электромиограмм прямых мышц у 6 (75 %) больных со срединными грыжами средних и больших размеров без значимого уровня ДСТ составила 673,4 МкВ и

674,1 МкВ. Снижение амплитуды прямых мышц при 2 (25 %) гигантских срединных грыжах во второй группе достигло 15 %.

Выводы: 1. Среди больных со срединными грыжами доля пациентов со значимым уровнем дисплазии соединительной ткани составила 75 %. 2. Электроактивность прямых мышц больных со срединными грыжевыми дефектами без значимого уровня дисплазии соединительной ткани превысила электропотенциалы прямых мышц больных первой группы и боковых мышц живота пациентов второй группы практически в 2 раза. 3. Амплитуда прямых мышц у больных со срединными грыжами как при значимом уровне дисплазии, так и без него снижалась только в случае достижения срединной грыжей гигантских размеров.

**Ромашенко П.Н., Курыгин Ал.А., Семенов В.В., Полушин С.Ю., Мамошин А.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО МЕТОДИКАМ ТАРР И ТЕР:
РЕЗУЛЬТАТЫ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ.**

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова (нач. – чл.-корр. РАН П.Н. Ромашенко), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

Операция по поводу паховой грыжи является одной из самых распространенных хирургических вмешательств и ежегодно выполняется более чем у 20 миллионов пациентов. Внедрение малоинвазивных эндоскопических технологий в лечение паховых грыж способствовало активному развитию современной герниологии.

Цель исследования – оценить результаты хирургического лечения больных паховыми грыжами малоинвазивным способом с использованием сетчатого имплантата, устанавливаемого предбрюшинно по методикам ТАРР (transabdominal preperitoneal plasty) и ТЕР (total extraperitoneal plasty) и экономическую целесообразность их применения.

Изучены результаты обследования и лечения 983 больных паховыми грыжами, оперированных эндоскопическим способом: лапароскопически по методике ТАРР (n=315), эндоскопически по методике ТЕР (n=668). Лапароскопическую методику применяли у пациентов с сочетанной хирургической патологией (желчнокаменная болезнь), которым симультанно выполняли холецистэктомию, а также у лиц перенесших нижнесрединную лапаротомию в анамнезе. Методику ТЕР использовали в остальных случаях, особенно при прогнозировании значимого спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных ранее операций. Все пациенты находились после хирургического лечения под наблюдением не менее 1 года.

Установлено, что при отсутствии значимых противопоказаний операцией выбора была герниопластика по методике ТЕР в связи с меньшим риском повреждения внутренних органов и ее большей экономической эффективностью (отсутствие необходимости использования герниостеплера и кассет к нему), при сохранении всех положительных качеств малоинвазивного вмешательства. Ранний послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений, однако болевой синдром по шкале ВАШ был больше в группе больных, оперированных лапароскопически (3 балла). Для пациентов, перенесших эндоскопическое вмешательство ТЕР, аналогичный показатель составил 1-2 балла. Поздние послеоперационные осложнения развились у 0,9% больных, с одинаковой частотой в обеих группах. После ТЕР герниопластики у 6 пациентов и после ТАРР операции у 3 больных были диагностированы послеоперационные серомы в области сетчатого протеза, которые разрешились на фоне консервативного и диапевтического лечения. Нагноение в области сетчатого протеза развилось в 1 случае (0,2%) после эндоскопической герниопластики по методике ТЕР, в связи с чем было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с сохранением полипропиленового сетчатого имплантата. При отсроченном наблюдении в течение полугода рецидива заболевания не диагностировано. Средний койко-день после операции по методике ТАРР составил $3,8 \pm 0,2$, по методике ТЕР – $2,6 \pm 0,3$.

Оценивая экономическую эффективность, следует отметить, что ТЕР герниопластика выгодно отличалась от лапароскопического вмешательства отсутствием необходимости использования эндогерниостеплера, что в среднем на 15000 рублей удешевляло вмешательство (100% от общей стоимости операции по медико-экономическому стандарту (МЭС) «эндоскопическое пахово-бедренное грыжесечение»). Остальное расходное имущество, в том числе характер используемого сетчатого имплантата, было сопоставимым в обеих группах наблюдений. Учитывая меньший болевой синдром и более короткий послеоперационный койко-день, расходы стационара на больных, перенесших эндоскопическую герниопластику по методике ТЕР в среднем на 18000 рублей (45%) были меньшими, при сохранении общей стоимости госпитализации по МЭС «паховая грыжа» и эндоскопической операции по МЭС «эндоскопическое пахово-бедренное грыжесечение». При этом увеличивался оборот койки стационаром, что также сказывалось положительно на доходных финансовых показателях медицинского учреждения.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что эндоскопическая герниопластика является операцией выбора при двусторонней паховой

грыже, рецидивном характере заболевания после традиционной герниопластики, а также при сочетанном хирургическом заболевании органов живота. Выполнение эндоскопической герниопластики по методике ТЕР, в отличие от лапароскопической методики ТАРР, приводит к достоверно меньшему болевому синдрому, сокращению послеоперационного койко-дня, а также значимому уменьшению расходов медицинского учреждения на лечение больных паховыми грыжами.

**Рыбачков В.В., Кабанов Е. Н., Садиков Н.М., Тевяшов А. В.
ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ
ПРИ СИНДРОМЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.**

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

С 2015 г. по 2017 г. обследовано 497 пациентов с грыжами передней брюшной стенки в возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст составил $56,3 \pm 10,1$ лет. Среди обследованных мужчин было 307 (61,8%), женщин – 190 (38,2%).

Косые паховые грыжи выявлены у 213 (42,9%) пациентов, пупочные – у 61 (18%), послеоперационные – у 56 (16,5%), бедренные – у 5 (1,4%), грыжи белой линии живота – у 17 (5%), рецидивные – у 19 (5,5%), ущемленные – у 20 (5,8%). Для выявления синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ), а также оценки степени его тяжести использовали классификацию Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашева (1985г). Установлено, что частота дисплазии при грыжах наружных локализаций составила 48%. Легкая степень была выявлена у 34% пациентов, умеренная определена в 14% случаев. Наибольшая встречаемость соединительнотканной дисплазии выявлена при рецидивных грыжах передней брюшной стенки (70% случаев).

Для выбора оптимальной хирургической тактики в лечении грыж передней брюшной стенки произведена оценка результатов лечения грыж в зависимости от варианта герниопластики и выраженности синдрома дисплазии соединительной ткани. Герниоаутопластика выполнена у 155 (31%), герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза – у 266 (54%) и эндоскопическая пластика у – 76 (15%) больных. Определена частота рецидивов при различных вариантах пластики в зависимости от степени соединительнотканной дисплазии. Установлено, что с увеличением тяжести дисплазии частота рецидивов грыж повышается в 2,2-3,4 раза.

При герниоаутопластике частота рецидивов составила 27%. Чаще всего рецидивы наблюдались в возрасте от 60 до 75 лет. У пациентов без дисплазии рецидивы наблюдались в 16% случаев. При прогрессировании дисплазии частота рецидивов возрастала более чем в 2 раза (с 20% до 45%). Таким образом, при выполнении

герниоаутопластики почти у половины больных с умеренной дисплазией в перспективе рецидив грыжи неизбежен. В зависимости от вида грыж наибольшая частота рецидивов зафиксирована при послеоперационных, паховых и пупочных грыжах (70%, 33,3% и 28,6% соответственно).

При герниопластике с использованием сетчатых полипропиленовых эндопротезов у пациентов без признаков соединительнотканной дисплазии рецидивов не отмечено. На фоне дисплазии соединительной ткани рецидивы наблюдались в 6,5% случаев. При легкой степени дисплазии их частота составила 6%, при умеренной – 7,3%. В зависимости от разновидности грыж рецидивы наблюдались только при паховых (14%) и послеоперационных (16%). В общей сложности, использование сетчатых полипропиленовых эндопротезов привело к снижению частоты рецидивов более чем в 4 раза.

После лапароскопической герниопластики было всего 2 случая рецидива при паховых грыжах. Оба рецидива выявлены у мужчин, в возрастной группе от 60 лет до 75 лет. Из них один рецидив зафиксирован у больного без синдрома ДСТ (2,4%), второй – при легкой дисплазии (4%). Общая частота рецидивов грыж после эндоскопических операций наблюдалась в 2,6% случаев, являясь минимальной среди всех клинических групп. Использование эндоскопического метода герниопластики позволило снизить риск формирования повторных грыж в 9 раз. Из дополнительных преимуществ лапароскопической герниопластики следует отметить, что данный метод позволяет уменьшить травматичность операции и выраженность послеоперационного болевого синдрома по сравнению с другими вариантами операций.

Таким образом, наличие дисплазии соединительной ткани способствует повышению частоты рецидива грыж. При выборе метода грыжесечения необходимо учитывать не только разновидность грыжи и возраст больного, но и выраженность соединительнотканной дисплазии. Применение ненатяжных вариантов протезирующей пластики дефектов брюшной стенки позволяет значительно снизить частоту рецидива грыж. Эндоскопическая герниопластика является наиболее эффективным методом лечения грыж наружных локализаций у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани и может рассматриваться как метод выбора при данной патологии.

**Сажин А.В., Лебедев И.С., Андрияшкин А.В., Ивахов Г.Б., Далгатов К.Д.,
Мамадумаров В.А., Никишков А.С., Колкова О.В., Лобан К.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕРНИОЛОГИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА.**

*Университетская хирургическая клиника им. В.С. Савельева РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, город Москва*

В настоящее время герниология одна из наиболее бурно развивающихся областей хирургии. Распространённость патологии диктует необходимость создания специализированных герниологических центров. В этой связи на базе хирургического стационара ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова города Москвы в 2014 году была сформирована команда врачей-хирургов, курирующих герниологических больных. В дальнейшем это привело к созданию Центра Хирургии Грыж Первой Градской больницы.

В своём нынешнем виде и кадровом составе Центр Хирургии Грыж ГКБ им. Н.И. Пирогова существует с 01 января 2017 года. Основные принципы работы Центра: оказание специализированной помощи пациентам с грыжами передней брюшной стенки и диафрагмы согласно современным международным рекомендациям, широкое применение высокотехнологичных видеоэндоскопических методик, регулярные стажировки и повышения квалификации сотрудников Центра, обучение рядовых сотрудников хирургической клиники современным подходам и технологиям в герниологии, создание большого потока больных и оборота койки, проведение обучающих семинаров и мастер-классов, обеспечение обратной связи с пациентами и их наблюдение на амбулаторном этапе, строгий учёт и последующий анализ осложнений и рецидивов, ведение базы данных по всем пациентам Центра, активное участие в научной работе клиники.

С 01 января 2017 года по сентябрь 2018 года в Центре выполнено 2194 операции по поводу грыж передней брюшной стенки различной локализации. 2095 (95,5%) вмешательств выполнены в плановом порядке, 125 (4,5%) – в экстренном (8 из них с резекцией тонкой кишки). Чаще всего пациенты обращались в Центр по поводу паховых грыж. По этому поводу выполнено 1173 операции (53,5%). Большинство пациентов оперированы с использованием эндовидеохирургических технологий TAPP либо TEP (890 операций – 75,9%). Пациентам с противопоказаниями к эндотрахеальному наркозу и/или пахово-мошоночными грыжами выполняли пластику по Лихтенштейну (281 операция – 23,9%). У 2 пациентов (0,2%) в связи с их категорическим отказом от сетчатых эндопротезов применены натяжные методы пластики. Осложнения после паховых герниопластик отмечены в 9 случаях (гематомы мошонки – 2, серомы – 4, ранение мочевого пузыря – 1, хронический болевой синдром – 2). Рецидив грыжи в течение года от момента операции отметили у 5 больных (0,43%). Средний койко-день составил 2,3.

По поводу первичных вентральных грыж (пупочных и белой линии живота) оперированы 625 пациентов (28,5% операций). В 388 случаях выполнена открытая подпапневротическая (предбрюшинная или ретромускулярная) пластика. 14 пациентам выполнена эндоскопическая ретромускулярная пластика по методике EMILOS, 18 – IPOM пластика. В 205 наблюдениях – пластика собственными тканями (при размерах грыжевого дефекта до 2,0 см). Осложнения отмечены у 2 больных (инфицированная серома), рецидив в течение года наблюдения развился у одного пациента. Средний койко-день составил 2,2.

Протезирующая герниопластика при послеоперационных вентральных грыжах выполнена 396 пациентам (18,0% операций). Из них 353 составили пациенты со срединными грыжами, 43 – с боковыми. Предбрюшинная аллопластика выполнена 95 больным, 231 – ретромускулярная, 18 – IPOM, 3 – эндоскопическая ретромускулярная пластика (EMILOS). 49 больным с шириной грыжевого дефекта более 8-10 см выполнена сепарационная пластика по методике Y.W.Novitsky (TAR пластика) – 26 пациентов или по A.M.Carbonell – 23 пациента. Осложнения развились у 14 больных с послеоперационными грыжами (у 12 – серома послеоперационной раны, у 2-х – тромбоз глубоких вен голени), рецидив в течение года наблюдения развился у одного пациента. Средний койко-день составил 5,2.

Таким образом, создание специализированных герниологических центров, широкое внедрение современных малоинвазивных методов герниопластики, следование международным клиническим рекомендациям позволяет значительно сократить средний койко-день, сроки реабилитации и количество осложнений.

В.А. Самарцев¹, В.Э. Вильдеман², В.А. Гаврилов¹, С.В. Словиков², А.А. Паршаков¹
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В
ГЕРНИОЛОГИИ С УЧЕТОМ ИХ МЕХАНИЧЕСКИХ И АНИЗОТРОПНЫХ
СВОЙСТВ.

¹ *Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, кафедра общей хирургии № 1,*

² *Центр экспериментальной механики Пермского национального исследовательского политехнического университета*

Цель исследования – разработать механическую модель испытания современных СИ в условиях нагрузок, действующих на них в тканях ПБС, и на основании полученных данных провести сравнительный анализ их механических свойств и анизотропии.

Материалы и методы. Разработана механическая модель испытаний СИ, имитирующая условия, действующие в тканях ПБС под влиянием ВБД. Учитывая, что

закрепленный по периметру сетчатый имплантат радиусом R под влиянием равномерно распределенного на него ВБД изгибается, образуя шаровую поверхность, механика его процессов наиболее близка к поведению конструкции мембранного типа. В этом случае принцип нагружения сетчатого имплантата аналогичен условиям нагружения тонкостенной мембраны. В результате растяжения образца, имеющего ширину, сопоставимую с характерным размером в клинике, деформируемость СИ вдоль оси одноосного нагружения будет близка к деформируемости вдоль той же оси при воздействии ВБД. После проведенных математических вычислений выведено уравнение зависимости значений предельных деформаций СИ от величины ВБД: На основании разработанной механической модели испытания СИ, имитирующей условия, действующие в тканях ПБС под влиянием ВБД при помощи видеоэкстензометра AVE (Instron, Великобритания) и универсальной электромеханической испытательной машины Instron 5965 (Instron, Великобритания) с датчиком нагрузки 500Н, проведено исследование механических свойств и анизотропии трех СИ: полипропиленовый монофиламентный микропористый (удельный вес – 90 г/м², размер пор – 0,8 мм) – Н-PP, полиэстеровый монофиламентный макропористый (удельный вес – 46 г/м², размер пор – 1,5 мм) – L-PE и полиэстеровый полифиламентный макропористый (удельный вес – 116 г/м², размер пор – 1,63 мм) – L-TEC.

Результаты. При проведении исследований на испытательной машине скорость деформирования образцов СИ составила 0,0067 1/с. Ширина образцов 75 мм. Отношение базы деформирования к ширине образца 0,35. Разработаны диаграммы деформирования СИ в зависимости от направления действия силы (N), позволяющие оценить возможность применения имплантата в клинической ситуации и подобрать имплантат с необходимой эластичностью. В результате можно сделать вывод, что имплантаты Н-PP, L-TEC обладают сильно выраженной ортотропностью свойств, тогда как для L-PE она менее выражена. В результате расчетов по предложенной модели получены зависимости для предельных деформаций СИ в зависимости от ВБД. Имплантаты L-PE применимы в условиях, где возникает небольшое ВБД (создающее удельное усилие в пределах 100 Н/м) и возможны большие деформации тканей (20–30 %). Имплантаты Н-PP и L-TEC можно использовать там, где недопустимы большие деформации тканей (не более 10–15 %), возможно возникновение высокого ВБД и, как следствие, появление больших (более 500 Н/м) удельных нагрузок (усилий) на имплантат. На основании полученных данных разработаны показания для выбора сетчатого имплантата в клинической практике. У пациентов с малыми или средними вентральными, послеоперационными W1или W2-грыжами, отсутствием рецидивов, а также уровнем ВБД при интраоперационной

контрольной аппроксимации краев грыжевого дефекта менее 18 mm Hg вариантом выбора является имплантат L-PE. Показанием для применения H-PP и L-TEC является наличие больших вентральных или послеоперационных W3-грыж, распространение грыжевого дефекта на две анатомические области и более, рецидивные грыжи, ожирение III степени (по ВОЗ) или птоз передней брюшной стенки III–IV степени (по А. Matarasso), а также уровень ВБД при интраоперационной контрольной аппроксимации краев грыжевого дефекта, больше или равный 18 mm Hg (I степень синдрома ИАГ).

Выводы. Исследование механических и анизотропных свойств СИ с помощью оригинальной модели позволило разработать индивидуализированный алгоритм их выбора в хирургии вентральных и послеоперационных грыж. Полиэстеровые монофиламентные макропористые СИ целесообразно использовать в условиях, где возникает небольшое ВБД и возможны большие деформации тканей, монофиламентные микропористые СИ из полипропилена оптимально использовать там, где недопустимы большие деформации тканей, возможно возникновение высокого ВБД и, как следствие, больших удельных нагрузок на СИ.

**В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, А.А. Паршаков.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ.**

*Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера
Минздрава России, г. Пермь.*

Проведено исследование результатов клинического обследования и хирургического лечения 144 пациентов с ВГ и ПГ. Возраст пациентов варьировался от 21 до 76 лет, медиана составила 54 года (46; 62). Женщин было 91(63%) человек, мужчин – 53(37%) человека. Группу исследования составили 77(53%) пациентов, лечение которых проводилось согласно предложенной усовершенствованной концепции периоперационной профилактики осложнений, сравнения - 67(47%) пациентов. Пациентов с ВГ в группе наблюдения было 30(39%) человек, в группе сравнения 38(57%). Из них пупочные встретились у 14(47%)/12(32%) пациентов, эпигастральные – у 16(53%)/26(68%) пациентов. По размеру средние грыжи встретились у 23(77%)/21(55%) больных, большие – у 7(23%)/17(45%) больных. ПГ были отмечены у 47(61%)/29(43%) пациентов. Среди ПГ по локализации чаще встретились срединные грыжи 40(85%)/26(90%) пациента, боковые – 7(15%)/3(10%) пациентов. По размеру преобладали пациенты с грыжами W3 – 32(68%)/13(45%) пациента, W2 – 15(32%)/16(55%) пациентов. Рецидивные грыжи

отмечены у 15(32%)/4(14%) пациентов. У пациентов с малыми или средними ВГ, ПГ W1 или W2, отсутствием рецидивов, а также уровнем внутрибрюшного давления (ВБД) при интраоперационной контрольной аппроксимации краев грыжевого дефекта менее 18 mm Hg вариантом выбора являлся полиэстеровый монофиламентный макропористый СИ. Показанием для применения полипропиленового монофиламентного микропористого и полиэстерового монофиламентного макропористого СИ было наличие больших ВГ или ПГ W3, распространение грыжевого дефекта на две и более анатомические области, рецидивные грыжи, ожирение III степени или птоз передней брюшной стенки (ПБС) III-IV степени, а также уровень ВБД при интраоперационной контрольной аппроксимации краев грыжевого дефекта больше или равно 18 mm Hg. Для выбора оптимального способа герниопластики и прогнозирование послеоперационных осложнений всем пациентам с большими ВГ, ПГ W3, а также распространением на две и более анатомических области в предоперационном периоде проводилось МСКТ органов брюшной полости с 3D-рендерингом DICOM-изображений грыжевого дефекта в структуре мышечно-фасциальных компонентов ПБС. При объеме грыжевого мешка менее 15% от объема брюшной полости целесообразно выполнять герниопластику по технологии sublay или IPOM. В случае потере домена 15% и более необходимо выполнять заднюю сепарационную герниопластику TAR. Профилактика интраоперационного инфицирования СИ проводится следующим образом. У пациентов с низким риском ИОХВ (I класс по Modified Hernia Grading Scale - MHGS) применялась только однократная системная антибактериальная профилактика. У пациентов с умеренным и высоким рисками ИОХВ (II-III классы по MHGS, рецидивные грыжи, наличие функционирующей колостомы, а также выполнение simultанных вмешательств на полых органах брюшной полости) к стандартной системной антибактериальной профилактике добавлялась интраоперационная 10-минутная экспозиция СИ в 0,05% водно-спиртовом растворе ХГ по предложенной методике (патент РФ №2630985 от 15.09.2017).

Полученные результаты. В послеоперационном периоде у пациентов после операции по методике sublay раневые осложнения возникли у 7(5,0%) человек. В группе наблюдения у 1(2%) пациента развился абсцесс подкожной клетчатки в области послеоперационного рубца с образованием хронического имплантат-ассоциированного свища. В группе сравнения послеоперационные раневые осложнения отмечены у 6(14%) человек, $p=0,042$. При выполнении задней сепарационной герниопластики TAR послеоперационные раневые осложнения отмечены у 7(20%) пациентов. В группе наблюдения – у 2(9%) человек. Из них у одного больного имплантат-ассоциированный гнойный свищ ПБС в месте послеоперационного рубца после ликвидации колостомы.

Пациент выписан с выздоровлением. У второго пациента развилась послеоперационная гигантская ретромукулярная гематома. В группе сравнения у пациентов после данной операции осложнения отмечены у 5(38%) пациентов, $p=0,050$. У пациентов после операции ИРОМ в обеих группах частота послеоперационных осложнений составила 20% случаев – 3 человека: у 1(5%) пациента в группе наблюдения и у 2(10%) пациентов в группе сравнения. Различия были статистически недостоверны, $p=0,57$.

Выводы. Предложенный алгоритм выбора способа герниопластики у пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами с учетом типа сетчатого имплантата, варианта его расположения и метода интраоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства снижает риск развития раневых осложнений после герниопластики sublay с 14% до 5% случаев, а после задней сепарационной герниопластики TAR – с 38% до 9% случаев.

Сигуа Б.В.(1), Козобин А.А.(2), Земляной В.П.(1), Рутенбург Г.М.(2,3), Гостевской А.А.(3)

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.

- 1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург
- 3) ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность. Большая часть диагностических и тактических ошибок при оказании помощи пациентам с ущемленными паховыми грыжами происходит при атипичной клинической картине и редких видах ущемления. В связи с этим, выбор оптимальной диагностической и хирургической тактики у пациентов с подозрением на ущемленную паховую грыжу остается актуальной проблемой. Перспективным направлением диагностики является комплексное использование современных методов, включающих СКТ живота и лапароскопию. Преимуществом эндовидеохирургических методик является возможность перехода от диагностических к лечебным манипуляциям. Однако информация о возможностях их комплексного применения в диагностике ущемленных паховых грыж в литературе представлена недостаточно полно и носит противоречивый характер.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами.

Материал и методы. В период с 2011 по 2017 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 149 пациента с ущемленными паховыми грыжами. Все

пациенты были разделены на две группы. В основную группу, были включены 65 пациентов, находившихся на лечении с 2015 по 2017 гг. Контрольную группу составили 84 пациента, лечившиеся с 2011 по 2014 гг. В основной группе в отличие от контрольной активно применялись эндовидеохирургические технологии.

Результаты. При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов контрольной группы было установлено, что при сроках ущемления до 8 часов отмечено минимальное количество осложнений ущемления паховой грыжи. Так, при ущемлении до 8 часов осложнения встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8–12 часов у 12 (14,4%) больных, а при длительности ущемления более 12 часов в 41,7% (35) случаев. Отсутствие единой диагностической и лечебной тактики в контрольной группе нередко приводило к поздней диагностике, задержке оперативного лечения и, как следствие, к большому количеству осложнений.

Учитывая данные ретроспективного анализа и неудовлетворенность полученными результатами, была разработана индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, где определены показания к диагностической лапароскопии: 1) Необходимость проведения дифференциальной диагностики при невозможности исключить ущемление паховой грыжи; 2) Оценка жизнеспособности ущемленных органов для определения хирургической тактики; 3) При самопроизвольном или интраоперационном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывал сомнения, для оценки патологических изменений органов брюшной полости. По нашим данным диагностическая лапароскопия позволила всем пациентам установить диагноз, верифицировать ущемленный орган и степень морфологических изменений в нем, а также определить возможность выполнения лапароскопического вмешательства. Методом выбора способа лапароскопической герниопластики является трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP), т.к. диагностическая лапароскопия является обязательным этапом данной методики. Лапароскопическую герниопластику мы выполняли при соблюдении следующих условий: 1) при сроке ущемления не более 8 часов, вследствие высокой вероятности местного инфицирования тканей и развития кишечной непроходимости; 2) при жизнеспособности ущемленного органа; 3) при отсутствии общих противопоказаний (гигантские пахово-мошоночные грыжи, выраженный спаечный процесс брюшной полости, тяжелая сопутствующая патология). Данный подход был использован у 31 (47,7%) пациента основной группы. Во всех остальных случаях ущемленная паховая грыжа устранялась традиционным способом.

Заключение и выводы. Применение эндовидеохирургических методик в диагностике и лечении пациентов с ущемленными паховыми грыжами является

перспективным направлением ургентной хирургии, что подтверждается результатами нашего исследования: частота общих послеоперационных осложнений снизилась с 25,0 до 7,7% ($p < 0,001$), местных осложнений с 29,8 до 10,8% ($p < 0,001$), а уровень летальности с 8,3 до 3,1%.

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И.

НАШ ОПЫТ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь.

Введение. В общехирургических стационарах около 10-12 % операций производится по поводу паховых грыж. Эндоскопические технологии в лечении паховых грыж используются в клинической практике уже много десятилетий. Опыт использования показал несомненные преимущества данных методик, несмотря на более высокую стоимость и необходимость общего обезболивания.

Целью работы было изучение результатов применения трансабдоминальной лапароскопической герниопластики у пациентов с паховыми грыжами на основании своего собственного опыта.

Материалы и методы. На данный момент мы имеем опыт выполнения 286 лапароскопических герниопластик в разных клиниках города. Подавляющее большинство (около 95%) пациентов – мужчины в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст - 56 ± 13). 196 пациентов (68.5 %) имели косую паховую грыжу, 90 - имели прямые паховые грыжи (31.5%). Все вмешательства были проведены по стандартной методике с тремя троакарными проколами. В 70% случаев использовалось два троакара 10 мм и один троакар 5 мм с фиксацией полипропиленовой сетки герниостеплером, в 20 % - один троакар 10 мм и два троакара 5 мм, для фиксации сетки – аппарат ProTask. В остальных случаях также использовалась трехпрокольная методика (10 мм, 12 мм и 5 мм) с использованием герниостеплера российского производства и сшивающего аппарата.

Симультанно с грыжесечением было проведено 94 вмешательства (32 % всех пациентов). У 21 пациента грыжесечение было проведено в сочетании с холецистэктомией, у 12 – с операциями на органах малого таза, у 5 – биопсией печени и фенестрацией кист печени, в 34 случае – с грыжесечением с другой стороны, у 21 – с пластикой пупочного кольца. У одного пациента во время операции был обнаружен и

удален карциноид червеобразного отростка. У 5% пациентов производился сопутствующий адгезиолизис, что не считали simultанным вмешательством.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность стационарного лечения составила 2.3 ± 1.1 дня. В условиях частного медицинского центра в течение последних 4 лет длительность госпитализации составила 1 к.д. При наблюдении больных в течение 10 лет известные нам случаи рецидива грыжи произошли у 5 пациентов (1.7%). Во всех случаях при повторной операции выявлено, что причинами рецидива стали чрезмерные физические нагрузки и смещение сетки из-за недостаточной фиксации. Последние 5 лет рецидивов мы не наблюдали.

Средняя длительность операции при одностороннем грыжесечении составила 53 ± 12.3 мин., за первые 5 лет и 35 ± 6.5 мин за последующие годы.

Из интраоперационных осложнений у одного пациента мы наблюдали кровотечение из нижней надчревной артерии, в трех случаях имело место повреждение яичниковой артерии при выделении грыжевого мешка. Послеоперационные осложнения различной тяжести наблюдались у 4.9 % пациентов: гематома мошонки – 5, водянка оставленной части грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах – 3, кровотечение из параумбиликального прокола – 1, переходящая невралгия кожного нерва бедра на стороне операции – 5.

При сравнении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики выявлены несомненные преимущества последней. Это выразалось в более легком течении послеоперационного периода, быстрой реабилитации и отличных отдаленных результатах лечения.

Одним из существенных преимуществ лапароскопической трансабдоминальной герниопластики является возможность диагностики других заболеваний брюшной полости и выполнение simultанных вмешательств, в том числе и герниопластики с другой стороны, фактически без дополнительной травмы. При анализе этой группы пациентов интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также увеличения сроков госпитализации в связи с simultанным вмешательством мы не наблюдали. Все это увеличивает экономическую и социальную целесообразность коррекции сочетанной патологии.

Выводы. Лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика в настоящее время может рассматриваться как операция выбора при паховых грыжах.

Суковатых Б.С., Затолокина М.А., Мутова Т.В., Валуйская Н.М.
ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ НА ТЕЧЕНИЕ
ИМПЛАНТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ ПРИ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОМ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЛЕГКОЙ
ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения соединительной ткани, окружающей легкий полипропиленовый эндопротез, на ранних сроках имплантации при использовании обогащенной тромбоцитами аутоплазмы.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на 50 кроликах породы «Шиншилла», одного пола (самцы), массой 2500 г, в возрасте от 1 по 1,5 лет. Материалом для исследования был выбран легкий полипропиленовый сетчатый эндопротез с диаметром нити 90 микрон. Экспериментальные животные были разделены на две группы по 25 животных в каждой. Животным 1-й группы надапоневротически имплантировали легкий эндопротез без введения в рану обогащенной тромбоцитами аутоплазмы, во 2-й группе имплантировали аналогичный протез с введением в рану обогащенной тромбоцитами аутоплазмы.

Животным во 2-й группе перед операцией готовили аутоплазму, обогащенную тромбоцитами, по следующей методике. После удаления шерсти и обработки 70% раствором этилового спирта, из вены уха кролика аспирировали в стерильную вакуумную пробирку с 3,8% цитратом натрия (1:9) 5 мл крови. Производили однократное центрифугирование при 1500 оборотах в минуту в течение 15 минут. Шприцем с длинной иглой производили забор осадка в объеме 2,5-х мл обогащенной тромбоцитами плазмы, с количеством тромбоцитов более 1 млн. в 1 мл. В нее добавляли 10% раствор хлорида кальция для активации тромбоцитов в объеме 0,1 мл. Аналогичным образом как у животных первой группы надапоневротически имплантировали легкий протез. После имплантации в ткани передней брюшной стенки вводили в области 4 углов и по центру под сетчатый эндопротез аутоплазму, обогащенную тромбоцитами, в объеме 0,5 мл плазмы на 1 см² сетчатого эндопротеза. На 3 сутки после операции у кролика повторно выполняли забор крови из вены уха, по изложенной выше методике получали обогащенную тромбоцитами аутоплазму и повторно вводили ее в те же места и в том же объеме. Из эксперимента животных выводили на 3, 7, 10, 14 и 21 сутки после операции, путем передозировки средств для наркоза. После выведения животных из эксперимента в указанные сроки проводили забор материала для морфологических исследований. При

морфометрическом исследовании с 7 по 21 сутки определяли толщину капсулы вокруг нитей эндопротеза в микрометрах (мкм). Рассчитывали клеточный индекс (КИ) по следующей формуле:
$$\text{КИ} = \frac{\text{Клетки резиденты}}{\text{Клетки нерезиденты}}$$

Клетки резиденты – общее количество макрофагов, фибробластов и фиброцитов. Клетки нерезиденты – общее количество гранулоцитов (все три вида), моноцитов, лимфоцитов, тучных клеток и плазмочитов, рекрутированных в очаг воспаления. При значении клеточного индекса <1 делали вывод о преобладании воспалительных изменений, характерных для I фазы течения раневого процесса, при значении >1 делали вывод о преобладании репаративных тенденций, характерных для II фазы.

Результаты. У животных второй группы после введения аутоплазмы воспалительная реакция по динамике нейтрофилов на имплантированный протез была на 3-и сутки эксперимента ниже в 1,3, на 7-е в 1,2, на 10-е в 1,1 раза, чем у животных в первой группе. На последующих сутках она была слабо выражена в обеих группах. Фибробластическая реакция наоборот после введения аутоплазмы увеличивалась на 3-и сутки в 1,2, на 7-е сутки в 1,14, на 14-е сутки в 1,18 раза. В обеих группах на протяжении всего эксперимента динамика макрофагов была одинакова. Статистически достоверные отличия были выявлены на 14 сутки эксперимента между клетками макрофагального ряда, так в контрольной группе количество макрофагов снизилось в 1,3 раза, а в опытной – в 1,6 раза по сравнению с 3 сутками.

Рассматривая изменения клеточного индекса, как изменение клеточного состава окружающих эндопротез нитей, в обеих группах отмечали его увеличение. Уже к 7 суткам значение клеточного индекса превышало 1, что свидетельствовало о преобладании репаративных процессов, характерных для II фазы раневого процесса. Клеточный индекс во второй группе был выше, чем в первой на 3-и и 7-е сутки в 1,5 раза, а на 14-е и 21-е сутки в 1,3 раза.

С 7 по 21 сутки как в контрольной, так и в опытной группах отмечали увеличение толщины соединительнотканых капсул в 6,1 и 8,1 раза соответственно. Толщина капсулы после введения аутоплазмы на 7-е сутки была статистически достоверно больше в 1,7, на 10-е в 1,87 и на 21-е сутки в 1,57 раза, чем у животных первой группы. К концу эксперимента в первой группе незрелая соединительнотканная капсула представлена рыхлыми коллагеновыми волокнами и клетками фибробластического ряда без разделения на слои. Во второй группе плотный соединительно-тканый каркас образован зрелыми коллагеновыми волокнами, расположенными компактно и параллельно друг другу. Хорошо выражено послойное строение капсулы: внутренний слой состоит из клеток фибробластического ряда, а наружный из зрелых коллагеновых волокон.

Заключение: введение плазмы, обогащенной тромбоцитами, для стимуляции репаративных процессов при имплантации легких синтетических материалов в брюшную стенку патогенетически обосновано и эффективно.

Тарасов С.Л., Бирюков А.В., Лавинский Р.В., Ефремов Д.П., Малых К.В., Турченко Р.Л., Древаль С.В.

ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ.

Больница Лава, Ижевск.

Во всем мире отмечается явное повышение доли операций по поводу грыж, проводимых в условиях дневного хирургического стационара. Операции по поводу не осложненных грыж брюшной стенки могут быть выполнены в дневном хирургическом стационаре, вне зависимости от применяемой техники операции.

Материалы и методы. Хирургическое отделение ООО «Больница Лава», работает как стационар краткосрочного пребывания с 2014 года. За этот период в отделении прооперировано 331 пациент, мужчин - 223 (67,4%), женщин - 108 (32,6%). Из них в общей сложности прооперировано 106 (32,1%) пациентов при не осложненных грыжах брюшной стенки; 58 (17,5%) с послеоперационными грыжами малых и средних размеров. Средний возраст пациентов составил 56,4 года. При паховых грыжах применяли метод Лихтенштейна, при послеоперационных и вентральных грыжах комбинированную аллогерниопластику по методике - sublay. При наличии факторов риска развития раневой инфекции у пациентов (рецидивирование, пожилой возраст, иммунодепрессивные состояния) или хирургических факторов риска (прогнозируемое продолжительное время операции) проводим периоперационную антибиотикопрофилактику. Ни в одном случае дренирование послеоперационных ран не проводилось.

Обсуждение. Средняя длительность пребывания в стационаре составила - 1,8 дня. Максимальные сроки нахождения в стационаре были у пациентов с послеоперационными грыжами - 2,2. Летальных исходов не отмечено. На амбулаторном этапе в раннем послеоперационном периоде больные наблюдаются в течение первых 10 суток. Первый прием осуществляется на 3-4 сутки, второй на 7-10 послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде осложнения встретились у 5 (1,5%) пациентов. Клинически значимые серомы послеоперационной раны наблюдались у 3 пациентов. Все серомы лечили пункционным методом. У одной пациентки после комбинированной аллогерниопластики послеоперационной грыжи, операция по поводу ранней спаечной

кишечной непроходимости выполнена в дежурной хирургической клинике на 7 сутки послеоперационного периода. Гнойно-септические осложнения не наблюдались.

Выводы. Таким образом, организационное развитие стационарзамещающих технологий значительно ускоряет послеоперационное восстановление, уменьшает количество осложнений, позволяет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь с наименьшими материальными затратами. При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде; ускоряется темп медико-социальной реабилитации, уменьшаются затраты на лечение. Проведение операции по поводу не осложненных абдоминальных грыжах в стационаре краткосрочного пребывания так же безопасно и эффективно, как и в стационарных условиях, но при этом экономически более целесообразно.

Н.К. Тарасова, С.М. Дыньков, А.Ю. Тетерин, И. Е. Ирхина
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ
ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ
ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ.

*Северный государственный медицинский университет
ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск*

Послеоперационная вентральная грыжа (ПОВГ) является одним из наиболее частых осложнений после операций на брюшной полости и имеет важное социально-экономическое значение. Предложены разнообразные методы пластики грыжевых ворот при данной патологии. Однако, требуется оценить не только ближайшие, но и отдаленные результаты хирургического лечения ПОВГ. В настоящее время исследование качества жизни является информативным методом, позволяющим оценить самочувствие пациентов, эффективность хирургического лечения и динамику заболевания.

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения ПОВГ после различных методов пластики грыжевых ворот на базе ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» за период 2016-2018 годов. В исследовании приняло участие 76 пациентов, из них было 13 мужчин (17,1%) и 63 женщины (82,9%). Средний возраст больных составил $60,23 \pm 1,29$ лет. Средний срок осмотра - $68,62 \pm 6,50$ месяцев. Для оценки качества жизни больных был использован опросник SF-36. Были подсчитаны показатели психического (МН) и физического (РН) компонентов здоровья. Значения этих показателей выражаются в баллах от 0 до 100, где 100- наилучший показатель качества жизни.

На первом этапе выполнен анализ историй болезни пациентов исследуемой группы. По размерам грыжевого дефекта по классификации European Hernia Society (2009) больные распределились следующим образом: у 20 (26,3 %) пациентов определялись малые размеры грыж, у 25 (32,9 %) – средние грыжи, а у 31(40,8 %) больных выявлены большие грыжевые дефекты. Пластика грыжевых дефектов выполнена преимущественно с использованием синтетических материалов – у 72(94,7%) больных и только у 4(5,3%) пациентов с малыми грыжевыми дефектами произведена аутопластика. В качестве синтетического материала применялся полипропиленовый сетчатый имплантат. Наиболее часто сетчатый эндопротез был фиксирован под апоневроз (sublay- метод) – у 45(59,2 %) пациентов. Надапоневротическая (onlay) пластика использовалась у 22 (28,9 %) больных. А 5(6,6 %) пациентам с большими грыжевыми дефектами были вынуждены применить корригирующую пластику в связи с угрозой развития компартмент-синдрома. При оценке качества жизни исследуемой группы средний показатель физического компонента здоровья (PH) составил $47,27 \pm 1,05$, а психического (MH) $52,86 \pm 1,04$.

Таблица 1. Оценка качества жизни больных ПОВГ в зависимости от размеров сетчатого имплантата

Компонент здоровья	Размер сетчатого имплантата			
	Малая (8*12 см)	Средняя (20*20см)	Большая (30*30 см)	Р
PH (физический)	$47,41 \pm 2,7$	$48,66 \pm 1,13$	$43,38, \pm 2,54$	0,206
MH(психический)	$55,03 \pm 2,3$	$51,82 \pm 1,37$	$52,76 \pm 2,16$	0,359

Размеры сетчатого имплантата не оказали значимого влияния, как на физический, так и психический компоненты здоровья (таб. 1).

Таблица 2. Оценка качества жизни больных ПОВГ в зависимости от вида пластики

Метод пластики	Местные ткани (n= 4)	Onlay (n= 22)	Sublay (n= 45)	Корригирующая пластика (n= 5)
PH	$52,69 \pm 5,5$	$50,00 \pm 2,00^*$	$45,95 \pm 1,22^*$	$42,83 \pm 6,05$
MH	$56,53 \pm 6,9$	$52,66 \pm 2,05$	$52,41 \pm 1,33$	$54,86 \pm 2,29$

При оценке качества жизни больных с над и подпапневротической пластикой (таб.2) оказалось, что показатели физического компонента здоровья достоверно выше при пластике onlay, чем при пластике sublay ($p=0,019$). Наличие рецидива грыжи привело к значимому снижению качества жизни. Так, РН составил $48,43 \pm 1,42$ при отсутствии рецидива против $45,28 \pm 1,48$ при его наличии ($p=0,034$). Психический компонент здоровья (МН) также был достоверно выше при отсутствии рецидива грыжи: $54,45 \pm 1,24$ против $50,14 \pm 1,78$ ($p=0,048$) при развитии рецидива.

Выводы:

- 1) Размеры сетчатого имплантата значимо не влияют на качество жизни больных ПОВГ после протезирующей пластики
- 2) Физический компонент здоровья при подпапневротической пластике достоверно ниже, чем при наднапневротическом расположении эндопротеза ($p=0,019$). Данный факт требует дальнейшего изучения и определения причин низких показателей физического здоровья у больных ПОВГ после пластики sublay.
- 3) Рецидив грыжи приводит к достоверному снижению как физического, так и психического компонентов здоровья.

**Топчиев М. А., Паршин Д. С., Нурмагомедов А. Г., Михайличенко В. Ю.,
Топчиев А. М., Чотчаев М. К.
ДЕЭПИТЕЛИЗИРОВАННЫЙ АУТОДЕРМАЛЬНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ, КАК
АЛЬТЕРНАТИВА АЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.**

*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ, г. Астрахань
Медицинская академия им. С. И. Георгиевского КФУ им. В. И. Вернадского
ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ МЗ РФ*

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) занимают до 25% от всех грыж передней брюшной стенки, и II-ое место после паховых грыж. В последние 10 лет применение аллотрансплантатов значительно расширило возможности и улучшило результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки. Однако накопленный опыт внедрения различных синтетических материалов показал и ряд отрицательных сторон в их применении. Это касается как ранних послеоперационных осложнений, которые по разным авторам колеблется от 10 – 90% (серомы, гематомы, нагноение послеоперационной раны, усиление боли), а также поздние осложнения, такие как свищи, миграция и отторжения трансплантата, которые естественно ухудшают качество жизни пациента. Все это приводит в последующем к повторным более объемным, сложным и травматичным оперативным вмешательствам. Поэтому, на наш

взгляд, применение собственных тканей в хирургии вентральных грыж не потеряло своей актуальности. В этой связи хорошим пластическим материалом является свободный кожный трансплантат.

Цель исследования: Улучшения результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с применением деспителизованного кожного аутоотрансплантата (ДЭАТ).

Материалы и методы: Работа базируется на клиническом материале (160 пациентов) с рецидивными вентральными грыжами различной локализации. Все пациенты были разделены на 2 группы сопоставимые по полу, возрасту, виду грыж и по индексу массы тела. В первую группу вошли 76 пациента с применением синтетических протезов. Во второй группе (84 пациента) применялся ДЭАТ, который был подготовлен по методике клиники (Патент на изобретение RUS 2465837 03.08.2011). По классификации EHS больные распределились следующим образом M2W3R1 – 33, M3W3,4R1 – 32, M4,5W3R1 – 28, L1W3R2 – 25, L3W2R1 – 22, L4W3R1 – 20. Все больные оперированы открытым методом по методикам Onlay или Sublay. Всем больным в пред- и послеоперационном периодах выполнялась мультиспиральная компьютерная томография брюшной стенки. Была проведена оценка средней продолжительности операции и койко-дня после операции. Выполнен анализ интра- и послеоперационных осложнений по классификации Clavien Dindo. Оценка качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде по опроснику SF-36.

Результаты исследования: Продолжительность операции у пациентов был почти сопоставим в обеих группах 129 ± 14 и 134 ± 12 мин соответственно. Интраоперационная кровопотеря и средний срок дренирования в группах статистически не отличались. Интенсивность боли (ВАШИБ 120 ч) в группе с ДЭАТ составила $2,9 \pm 0,3$, в группе с аллопластикой – $3,5 \pm 0,4$ балла.

Послеоперационные осложнения в виде серомы при имплантации ДЭАТ отмечен в 1 случае, в группе сравнения в 5. Гематомы в группе с ДЭАТ не отмечены, при использовании синтетического импланта зарегистрированы в 3-х случаях. Невралгии и парестезии в основной группе не отмечены, однако, имели место в 3 случаях группы сравнения. Послеоперационные осложнения по Clavien Dindo в группе с ДЭАТ I-2, в группе сравнения I-4, IIIA-3. Рецидивы грыжи в группе сравнения отмечены у 11 больных. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в первой группе составила – 8,5 койко-дня, а во второй длительность была выше – 10,3 дня.

Период наблюдения от 1 года до 8 лет. В среднем результаты оценки качества жизни в основной группе с ДЭАТ составили $96 \pm 1,2$, в группе сравнения $84 \pm 1,3$.

Рецидивов в группе с ДЭАТ мы не наблюдали. Наличие свищей с отторжением трансплантата и рецидивом грыжи отмечено у 4 больных, все больные были оперированные с применением синтетических протезов. Все эти больные подверглись повторным операциям с обязательным иссечением имплантата и с последующим применением при пластике ДЭАТ. Операция проводилась в 2 этапа. Первым этапом выполнялось полное удаление синтетического протеза с возможным моделированием анатомических структур. Вторым этапом (не ранее чем через 6 месяцев) устанавливался ДЭАТ. В 3 случаях у этой группы больных имплантат устанавливался Onlay и в одном случае имплантат Sublay.

Заключение. Методика герниопластики с использованием ДЭАТ в сравнении с пластикой синтетическими протезами сопровождается меньшим количеством осложнений, лучшими показателями качества жизни и может являться альтернативной при оперативном лечении ПВГ. Способ герниопластики с имплантацией ДЭАТ может быть использован при рецидиве ПВГ, после использования синтетических протезов, связанных с их отторжением.

**Упырев А.В., Алексеев А.К., Хмельницкий А.И., Верещагин Д.М., Дроганова Т.А.
КОНТРОЛЬНАЯ РЕНТГЕНКОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЗОНЫ
ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОЙ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.**

*Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Городская поликлиника №115 ДЗМ, Клинический госпиталь МСЧ МВД России по г.
Москве. Москва.*

Актуальность. Данные литературы свидетельствуют о влиянии особенностей течения раннего послеоперационного периода на формирование отдаленных результатов оперативного лечения послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ). Среди них большое значение придаётся течению раневого процесса в зоне пластики. Указываются такие отрицательные моменты, как: нагноение раны; инфицирование сером; отторжение имплантата и др. В силу сложившихся традиционных суждений оценка раннего послеоперационного периода осуществляется клинически. Слабым местом таких исследований является отсутствие объективной доказательной базы и субъективизм в оценке полученных данных. В тоже время в современной герниологии завоевывает признание такой метод объективного исследования, как рентгеновская компьютерная герниоабдоминометрия (РКГАМ). Его достоинства продолжают изучаться.

Представляется актуальным использование отдельных функций РГАМ в раннем послеоперационном периоде, как метода объективного контроля зоны пластики.

Цель исследования. Оценить возможности контрольной рентгенкомпьютерной томографии зоны пластики брюшной стенки при послеоперационной грыже живота в ранние сроки после операции.

Материал и методы. За период с 2001г. по 2017г. оперировано 397 больных ПОВГ. Рентгеновская компьютерная герниоабдоинометрия до операции и контрольная Рентгенкомпьютерная томография (КРКТ) зоны пластики в ближайшем послеоперационном периоде (в сроки 10-12дней) выполнена в 303 наблюдениях (76,5%). Причем в последние 4 года охват пациентов этим исследованием возрос до 94,0%. Из обследованных 303 больных пластика местными тканями выполнена в 13,0%, а у остальных (87,0%) – с использованием синтетической сетки. Величину грыжи классифицировали по относительному объёму её, диаметру грыжевого выпячивания и ширине грыжевых ворот. В процентном отношении грыжи распределились следующим образом: малые – 25,1%; средние – 38,2%; большие – 23,4%, гигантские – 13,8%. В задачи КРКТ входили: оценка прямых и боковых мышц живота; степени адаптации краёв грыжевых ворот (полная, неполная); состояния грыжевого мешка (в случае его погружения в брюшную полость); выявление воспалительных изменений (скоплений жидкости, инфильтрации тканей и т.п.) в ране и послеоперационной патологии брюшной полости. Полученные данные сопоставлялись с результатами дооперационной РКГАМ.

Результаты и их обсуждение. Выявлены следующие особенности контрольных рентгенкомпьютерных томограмм. Во всех наблюдениях в зоне пластики имелась умеренная инфильтрация мышечно-апоневротических слоёв и подкожно-жировой клетчатки. При использовании тяжёлых сеток и гладком течении послеоперационного периода визуализировалась узкая (до 5-10 мм) полоска жидкости и на этом фоне – линейная тень имплантата. В случае использования облегчённых комбинированных сеток эти изменения не выявлялись. Указанные изменения можно трактовать как неосложнённые и адекватные ранним срокам раневого процесса. Находившиеся в сокращённом состоянии (по данным РКГАМ до операции) мышечно-апоневротические слои вытягивались к зоне адаптации грыжевых ворот. Визуализировался инвагинированный грыжевой мешок с умеренной инфильтрацией оболочек. Жидкостных скоплений в нём не выявлено ни в одном случае (21 наблюдение). Полностью адаптированные слои регистрировались как при реконструктивной, так и корригирующей пластиках, хотя при корригирующей пластике не выполнялось их полное смыкание. По-

видимому, это связано с всегда присутствующим отёком тканей в зоне пластики. Он и стирает эти различия. В 5 наблюдениях выявлены дефекты пластики – не все грыжевые выпячивания устранены. В 2-х наблюдениях выявлен ранний рецидив грыжи: в одном - вследствие осложнённого течения большой серомы и расхождения швов в зоне пластики; и во втором - ранним отторжением сетки. Раневые осложнения в виде больших сером и их инфицирование выявлены в 7 наблюдениях.

Заключение. Контрольная рентгенкомпьютерная томография зоны пластики брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи живота в ранние сроки после операции основана на преемственности дооперационных данных РКГАМ. Она позволяет проследить особенности течения раневого процесса, выявить раневые осложнения и объективно контролировать качество выполненного оперативного вмешательства. Её выполнение показано для оценки ближайших и отдалённых результатов лечения.

Федосеев А.В. (1), Рыбачков В.В. (2), Инютин А.С. (1), Муравьев С.Ю. (1), Лебедев С.Н. (1).

ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ?

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

2) ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль

В арсенале современной герниологии имеется большое количество способов герниопластик, направленных на надежную ликвидацию грыжевого дефекта, снижение риска послеоперационных осложнений и рецидивов грыж. Тем не менее, проблема послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) на сегодняшний день является весьма актуальной и обсуждаемой, связанной с высокой частотой их встречаемости и рецидивов, что сказывается не только на здоровье и качестве жизни больного, но и на экономической составляющей лечения данной патологии. По разным данным частота ПОВГ составляет от 2 до 28%. В результате возникает вопрос, так что же проще: лечить послеоперационную вентральную грыжу или провести её профилактику. Очевидным является второе.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных после срединной лапаротомии путём снижения частоты эвентраций и ПОВГ.

Материалы и методы. Обследовано 398 больных, оперированных по поводу ургентной патологии брюшной полости через срединный лапаротомный доступ с целью оценки частоты грыжеобразования и выявления факторов риска данной патологии. На следующем этапе был разработан алгоритм оценки рисков развития ПОВГ. Далее

применены методы хирургической профилактики грыж: способ ушивания лапаротомной раны, заключающийся в наложении укрепляющего и шахматного швов (патент на изобретение №2644846) и методику превентивного протезирования передней брюшной стенки (заявка на изобретение № 2017119818 от 06.06.17г.). Применением в конечном итоге именно указанных способов профилактики обусловило деление рисков развития грыж на высокий и низкий. Способ ушивания лапаротомной раны применён у 60 пациентов в возрасте от 30 до 94 (в ср. $66,5 \pm 13,2$ г.), оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости с использованием срединного лапаротомного доступа. В контрольной группе у 50 пациентов, сопоставимых по рискам развития ПОВГ апоневроз ушивался отдельными узловыми швами. Помимо этого, выполнено 20 оперативных вмешательств у больных высокого риска послеоперационного грыжеобразования: 12 (основная группа) – с применением превентивного эндопротезирования по различным методикам: преперитониальный метод – 7; ретромускулярный метод – 5; и 12 оперативных вмешательств у больных высокого риска с ушиванием брюшной стенки отдельными узловыми швами.

Результаты. Частота формирования ПОВГ после срединных лапаротомий составила 20% (83 случая). Среди мужчин было 54% (44чел.), женщин 46% (38чел.). С учетом влияния факторов риска на частоту развития ПОВГ была разработана схема определения показаний к превентивному эндопротезированию. Она основывается на расчете силы корреляционной связи методом Пирсона для каждого из значимых факторов. «Большие предикторы» – факторы, сила связи которых с изучаемым явлением от 0,9 до 0,7, «малые предикторы» – факторы с силой связи от 0,7 до 0,5,

К «большим предикторам» относятся возраст старше 60 лет, ожирение, верхнесрединный доступ, необходимость раннего возвращения к тяжёлому физическому труду, наличие фибринозного, либо ограниченного гнойного перитонита, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

К «малым предикторам» относятся возраст 44-59 лет, брахиморфный живот, повышенный уровень глюкозы крови при поступлении (>7 ммоль/л), повышенный уровень креатинина при поступлении (110 мкмоль/л), длительность операции более 120мин.

При анализе комбинаций указанных признаков частота грыжеобразования при наличии двух «больших» предикторов составляет 65% ($p < 0,05$), при трёх «малых» признаках - 75% ($p < 0,05$), а при сочетании трёх «больших» - возрастает до 85% ($p < 0,05$).

Таким образом, большее сочетание указанных предикторов увеличивает риск грыжеобразования. Исходя из полученных данных возникновения ПОВГ разделён на высокий (при вероятности появления грыжи более 80%) и низкий (менее 80%).

При сравнении способов ушивания, в раннем послеоперационном периоде в контрольной группе выявлено 2 (4%) эвентраций, а через год наблюдения у 9 (18%) ПОВГ. В основной группе эвентраций не было, ПОВГ было – 5 (8%). Важно отметить, что в контрольной группе у больных грыжами высокий риск был в 66% случаев (6 больных) (остальные были с низким риском), а в основной у 100% больных. Причём 6 (10%) больных без грыж основной группы имели также высокий риск их развития.

При сравнении групп с высоким риском ПОВГ в сроки наблюдения от трёх месяцев до одного года, одной из которых (12 чел.) проводили превентивную пластику, а второй ушивали апоневроз отдельными узловыми швами, отмечено, что в основной группе за выше обозначенный период случаев формирования послеоперационной грыжи не отмечено. В контрольной группе грыжи сформировались у 7 (58%) человек.

Таким образом, для прогнозирования вероятности развития ПОВГ необходимо учитывать несколько факторов их развития и в случае низкого риска применять предложенный способ лапарорафии, а при высоком риске превентивное протезирование.

Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Инютин А.С., Шкляр В.С., Максимцев И.А., Серова О.Е.

СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ АСПЕКТЫ В ВЫБОРЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ГЕРНИОЛОГИИ.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

В герниологии с давних времен взгляд на хирургическое лечение во многом был врачебным и превалирующее решение выбора тактики оставалось сугубо за хирургом. Пожелания самого грыженосителя и ожидаемые им результаты от лечения редко встречаются в исследованиях, в основном о качестве жизни пациента до и после грыжесечения.

Цель исследования: выявить мнение врачей и пациентов о факторах влияющих на выбор тактики лечения грыженосителей.

Материалы и методы исследования: Работа основана на проспективном опросе 149 человек, из них 37 хирургов и 112 пациентов хирургического стационара. Из 37 хирургов 18 специалистов поликлинического звена и 19 врачей стационара. 12 хирургов отказались

проходить опрос! Среди 112 опрошенных пациентов было 40 грыженосителей, 48 больных после грыжесечения и 24 человека никогда не имевших грыжевое выпячивание живота. Опросник содержал 10 вопросов.

Результаты исследования: Среди врачей убеждены, что грыжу надо устранять в кратчайшие сроки, 100% хирургов поликлиники и 84% хирургов стационара. 16% хирургов стационара имели мнение, что грыжу надо удалять только при осложнении. Аналогично считали 45% грыженосителей, 13% прооперированных больных и 8% пациентов без грыжи.

Удалять грыжу в стационаре рекомендовали 100% хирургов из стационара и 83% - из поликлиники. Более 90% всех опрошенных пациентов придерживалось схожего мнения.

Принимать решение о необходимости проведения предоперационного УЗИ или МРТ брюшной стенки доверили бы врачу 60% грыженосителей, 88% прооперированных людей и 83% пациентов не имевших вентральную грыжу. При этом 67% хирургов поликлиники считают не обязательным предоперационное обследование. С ними согласны 32% хирургов стационара.

Выбор лучшего варианта операции доверили бы врачу 40% грыженосителей, 50% больных после грыжесечения и 42% больных без грыжи. Среди опрошенных врачей привычный отработанный способ выбрали бы 50% хирургов поликлиники и 26% - из стационара, а рекомендованный национальными руководствами - 33% хирургов поликлиники и 53% - из стационара.

Выбор пластики местными тканями или протезирование брюшной стенки по показаниям предпочли бы 67% хирургов поликлиники и 53% - из стационара. 33% хирургов поликлиники выбрали бы пластику местными тканями, а 47% хирургов стационара - протезирование брюшной стенки.

Приоритетно ожидаемый результат операции для врачей поликлиники в 83% случаев оказался - "без осложнений/безопасность пациента", для 17% - "улучшить качество жизни". У хирургов стационара по 21% сл. набрали ответы "без осложнений/безопасность пациента" и "уменьшить вероятность рецидива/надежность", по 16% сл. - "улучшить качество жизни" и "свой вариант", по 11% сл. - "быстрее вернуть пациента на работу/учебу/к привычному образу жизни" и "восстановить функцию брюшной стенки", в 5% сл. - "просто устранить грыжевой дефект".

Улучшить качество жизни, как приоритетно ожидаемый результат операции был у 25% грыженосителей, 21% прооперированного больного и у 25% людей без грыжи, а

"уменьшить вероятность рецидива/надежность" - у 15% грыженосителей, у 13% -после грыжесечения и у 25% - не имевших грыжу.

За то, чтобы обязательно проводить антибиотикопрофилактику ответили по 25% грыженосителей и больных после грыжесечения, а также 8% людей без грыжи. Среди врачей против антибиотикопрофилактики высказали мнение 33% хирургов поликлиники и 5% - из стационара.

За применение противовоспалительных препаратов после операции высказались 67% хирургов поликлиники, 63% хирургов стационара, 25% грыженосителей, 17% больных перенесших операцию, 33% людей без грыжи.

Применять ли анальгетики в послеоперационном периоде в 75% сл. грыженосителей и больных после грыжесечения был ответ "на усмотрение врача", при этом в 42% сл. хирурги стационара отвечали "обязательно", а хирурги поликлиники в 50% сл. - "на усмотрение пациента".

Ответом на вопрос "Важно ли мнение пациента?" у 100% хирургов из поликлиники и у 84% хирургов стационара был "да", у 16% врачей стационара - "нет". При этом на вопрос "Чье мнение решающее?" грыженосители в 65% сл. отвечали "врача", а в 15% сл. - "моё", среди больных перенесших грыжесечение - в 54% - "врача", а в 38% сл. - "моё", среди людей без грыжи - в 67% - "врача", а в 25% сл. - "моё".

Выводы: 1) На сегодняшний день между амбулаторным и стационарным звеньями нет единообразного подхода в выборе тактики лечения герниологического больного. 2) К улучшению качества жизни больного с вентральной грыжей в результате грыжесечения стремиться только 16-17% хирургов и 21-25% грыженосителей.

Хитарьян А.Г., Кисляков В.Н., Ковалев С.А., Завгородняя Р.Н., Велиев К.С.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ИРОМ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ.

ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет»

Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах.

Цель: Оценить результаты использования лапароскопической герниопластики ИРОМ при вентральных грыжах.

Материалы и методы: Представлены результаты лечения 82 пациентов с вентральными грыжами за 2015-2018 г. Из них 68% женщины и 32%- мужчины, в возрасте

от 22 до 77 лет. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 5,7$ лет. У 18 пациентов индекс массы тела превышал 40 кг/м^2 . У 2 был выявлен цирроз печени в стадии субкомпенсации. Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. Размеры грыжевых ворот колебались от 3 до 150 см². Выполняли лапароскопию, адгезиолизис, выделение и ушивание грыжевого дефекта при небольших его размерах. Затем интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез «Реперен» (Нижний Новгород). Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи трансфасциальных швов и эндокорпорального шва.

Результаты: Интраоперационных осложнений не наблюдали. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдали. Большинство пациентов уже на 2-3 день после операции не нуждались в обезболивающих препаратах и могли быть выписаны домой. В день операции назначали постельный режим. После операции на 1-е сутки больным разрешали вставать, самостоятельно передвигаться. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Послеоперационный койко-день от 3 до 5, средний койко-день 4,2. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивы наблюдались у 4 пациентов с размерами грыжевых ворот более 100 см².

Выводы: Лапароскопическая герниопластика, при наличии достаточного опыта, представляет альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, улучшение качества жизни, короткий период госпитализации и реабилитации, возможность выполнения пластики у пациентов с высоким индексом массы тела и на фоне цирроза печени, хороший косметический эффект, возможность осуществления симультанных операций.

Чайкин Р.С., Иванов Ю.В., Колесников С.А., Черепанин А.И., Бабаян А.А., Злобин А.И., Чайкина Г.Ф.
АЛЛОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.

Федеральный Научно-Клинический Центр Специализированных Видов Медицинской Помощи и Медицинских Технологий Федерального Медико-Биологического Агентства.

Актуальность проблемы. В связи с ежегодным ростом числа трансплантаций органов увеличивается и количество больных с послеоперационным вентральными грыжами. По сводным данным частота развития грыж после трансплантации почки достигает 18%, печени - 32%, симультанной пересадки поджелудочной железы и почки - 34,8%, после трансплантации сердца - 4,2%. В литературе нет единого мнения относительно оптимальных материалов для аллопластики, способа их размещения, влияния эксплантата на развитие раневой инфекции у больных после трансплантации, а так же находящихся на программном гемодиализе (ПГД).

Цель настоящего исследования - оценить возможность и оптимальность использования эксплантатов из полипропилена для аллопластики у больных с вентральными грыжами, перенесших трансплантацию органов, а так же находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы исследования. За период 2016 по 2018 гг. в отделении трансплантации печени и почки НМИЦТ и ИО им. В.И. Шумакова, а также в хирургическом отделении N 1 ФНКЦ ФМБА России 19 больным выполнено 22 оперативных вмешательства по поводу вентральных грыж. После нефротрансплантации было 3 больных, печени- 4, трансплантации поджелудочной железы и почки - 1, сердца - 7. Отдельно выделены 4 больных, находившихся на программном гемодиализе, из них 2 - после пересадки почки, 2 - до трансплантации. В зависимости от вида и локализации грыж: паховых - 5; пупочных - 3, белой линии живота - 1, послеоперационных - 13. Для единой систематизации вентральных грыж используем анатомо-топографическую классификацию предложенную С.А. Колесниковым (2011 г.). Для послеоперационных вентральных грыж применяем классификацию Chevrel J.P., Rath A.M. 1999 г. Всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка, с определением концентрации иммуносупрессивных препаратов в крови, коронарография с эндомикардиальной биопсией при наличии трансплантированного сердца. В 21 случае выполнена аллопластика с использованием полипропиленового сетчатого эксплантата, в 1 случае - аутопластика. Применяли эксплантаты отечественного – Эсфил (Линтекс, Россия) и зарубежного (Bard Soft Mesh, USA) производства. При паховых грыжах выполнялась пластика по Лихтенштейну- 4, TAPP- 1 (по желанию больного). При пупочных и грыжах белой линии живота: по Сапежко- 1, аллопластика sublay- 1 и onlay- 2. При послеоперационных вентральных грыжах: sublay - 6, onlay - 7. Фиксацию сетки осуществляли нитью Prolen 2-0, 3-0; Surgipro 2-0. При послеоперационных грыжах осуществляли постоянное аспирационное дренирование раны. Пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии стандартно проводились сеансы

гемодиализации. Все больные после трансплантации имели отягощенный полиморбидный фон, а также медикаментозную иммуносупрессию. В 4 наблюдениях имел место сахарный диабет 1 и 2 типов, а так же стероидный диабет.

Результаты и обсуждение. Считаем принципиальным разделять осложнения послеоперационного периода на раневые, перитонеальные и соматические. У 1 больной с исходной энцефалопатией смешанного генеза развился центральный понтинный миелолиз, разрешившийся без неврологического дефицита. У 3 больных после аллопластики onlay возникли серомы поверхностных слоев раны, потребовавшие длительного дренирования и последующих пункций под ультразвукографическим контролем. После аллопластики sublay и аутопластики подобных осложнений не было. В отдаленном периоде отмечен 1 рецидив грыжи после аллопластики. Существенной разницы в техническом аспекте оперативного вмешательства с использованием эксплантатов из полипропилена разных производителей нами не отмечено, так же как и в течении раннего послеоперационного периода.

Выводы. Основные принципы герниопластики, выполненной у больных после трансплантации – операция должна быть радикальной, патогенетически обоснованной, соответствовать общему состоянию больного, по возможности окончательной, технически безукоризненной. Аллопластические методы – основные в лечении послеоперационных грыж, при паховых грыжах - метод Lichtenstein; при пупочных, белой линии живота и послеоперационных грыжах - аллопластика sublay. Необходима скрупулезная профилактика раневых осложнений у данной категории больных. В клиническом аспекте разницы в использовании эксплантатов из полипропилена различных фирм производителей нами не отмечено.

Черепанин А.И., Поветкин А.П.

ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ВЕНТРАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В УСЛОВИЯХ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Институт повышения квалификации ФМБА, Москва

Актуальность. К безусловному риску развития гнойно-септических осложнений в хирургии грыж передней брюшной стенки относят такие состояния, как ущемление, острую кишечную непроходимость, перитонит, вскрытие просвета кишечника, локальная инфекция в зоне операции. Можно выделить две основные задачи хирургии грыж передней брюшной стенки в условиях риска развития гнойно-септических осложнений: 1) непосредственные (минимизацию жизнеугрожающих осложнений в ближайшем

послеоперационном периоде, короткий госпитальный период, отсутствие летальности) и 2) отдаленные (профилактика возникновения рецидива грыжи с возможными осложнениями, снижения качества жизни, повторных вмешательств). Первая задача может быть решена пластикой местными тканями или даже – в ургентной ситуации – ушиванием кожи без пластики апоневроза. Обоснование такого подхода – предотвращение нагноения раны и развитие compartment-синдрома. Однако в этом случае высок риск рецидива грыжи, развития эвентрации, длительного пареза кишечника, удлинения и осложнения раневого процесса. Вторая задача разрешается герниопластикой, причем наиболее эффективной является протезирующая герниопластика, которая, однако, имеет риск mesh-ассоциированных осложнений, главным из которых являются инфекция. В мировой хирургической практике уже с 90-х годов ведутся работы, изучающие применение имплантов в условиях относительной контаминации раны и их роль в повышении рисков инфекционных осложнений. В последние годы появились исследования, доказывающие допустимость и целесообразность использование герниопротезов для закрытия инфицированных ран. Кроме этого, по данным различных исследований, при развитии гнойных осложнений после протезирования передней брюшной стенки удалять имплант в большинстве случаев не требуется и лечение ведется, как правило, консервативно.

Цель исследования: оптимизировать тактику ведения пациентов, перенесших протезирующую вентральную герниопластику в условиях риска развития гнойно-септических осложнений.

Материалы и методы. На основании результатов лечения 1436 пациентов с различными видами грыж передней брюшной стенки (паховые грыжи, n=709(49,4%); пупочные грыжи, n=495 (34,5%); вентральные грыжи, n=227(15,8%), парастомальные грыжи, n=5(0,35%),) была выработана общая тактика ведения пациентов с инфекционными и условно инфекционными осложнениями, такими как инфильтрат (n=44; 3,1%), серома (n=52; 3,6%), гематома (n=51; 3,5%), нагноение (n=8; 0,6%), эвентрация (n=4; 0,2%), странгуляция (n=3; 0,1%), разрыв кишки (n=1; 0,1%), некроз передней брюшной стенки на фоне цирроза печени и напряженного асцита (n=1; 0,1%), кишечная непроходимость (n=3; 0,2%), У 13 (0,9%) пациентов выполнена операция в объеме симультанной резекции толстой кишки с аллогерниопластикой. Из них в 9 случаях произведено формирование первичного межкишечного анастомоза. Всем пациентам с контаминированными ранами и/или отклонениями от нормального течения послеоперационного периода (лихорадка, напряжение и отек, гиперемия в области раны, выраженные боли) проводился стандартный скрининг: общий анализ крови в динамике,

суточная термометрия, зондирование раны, ультразвуковое исследование, при необходимости КТ-исследование, фистулография. Профилактическое назначение антибиотиков в предоперационном периоде продолжалось в дальнейшем в качестве антибактериальной терапии (Цефтриаксон 2г/сутки, Метронидазол 500мг 3р/сутки; в дальнейшем – по результатам бактериологического исследования экссудата). Жидкостные скопления аспирировались под УЗ-контролем, полость промывалась водным раствором Хлоргексидина 0,02%. Аспират направлялся на бактериологическое исследование. Всем пациентам с инфицированными и условно инфицированными ранами устанавливалась активная дренажная аспирационная система.

Результаты: За 7 лет наблюдения у 2 пациентов из 13 (15.4%), перенесших симультанную операцию на кишечнике, зафиксирован летальный исход по причине сопутствующей нехирургической патологии. 11 случаев (84.6%) закончились полным выздоровлением. Все пациенты, перенесшие лечение по вышеописанным принципам, отслежены в период от нескольких месяцев до 7 лет. Показаний к повторным вмешательствам после проведенного радикального лечения не возникло.

Заключение. К риску развития гнойно-септических осложнений мы относим: 1) пациент-ассоциированные (пол, возраст); 2) ассоциированные с вмешательством: экстренное вмешательство, инфицирование послеоперационной раны, «облученная рана»; 3) болезнь-ассоциированные: метаболический синдром, хронические неспецифические заболевания кишечника, хронические запоры, колоректальный рак и т.д. При развитии гнойных осложнений после протезирования передней брюшной стенки удалять имплант в большинстве случаев не требуется и лечение ведется, как правило, консервативно. Использование протезирующих методик в закрытии операционной раны в условиях возможной контаминации при условии соблюдения протокола ведения достоверно не повышает риск возникновения гнойно-септических осложнений и позволяет снизить число повторных операций.

ВАРД

has joined BD

На протяжении всей своей истории компания Bard была на острие прогресса, создавая революционные устройства и виды лечения, а также стремясь устанавливать новые стандарты совершенства и качества.

Компания «C. R. Bard, Inc.» является лидером в разработке инновационных медицинских устройств, предназначенных для решения задач, стоящих перед медицинскими работниками и пациентами.

Мы развиваем передовые технологии, позволяющие существенно улучшать клинические показатели, а также сокращать общие расходы на здравоохранение.

Имплантаты для пластики послеоперационных и пупочных грыж с рассасывающимся покрытием

на основе технологии **Sepra®**



Для пупочной герниопластики
VENTRALEX™ ST:
заплата композитная, частично
рассасывающаяся, с лентами
для позиционирования и фиксации



Для открытой
вентральной герниопластики
VENTRIO™ ST:
сетка композитная с карманами
для позиционирования и фиксации



Сетка композитная с системой
позиционирования
ЕCHO PS™

Технология **Sepra® (ST)**

- Основана на технологии, используемой в продуктах **Seprafilm®**, клинический успех которой подтверждается уже более 14 лет.
- Уникальный барьер из гидрогеля, который позволяет минимизировать адгезию тканей к висцеральной поверхности.*
- Биодegradуемые волокна PGA обеспечивают прочность гидрогелевого барьера, связывая его с полипропиленовой сеткой.
- Время рассасывания барьера составляет 30 дней.



Начало – гидрогелевый барьер.
Результат – надежная
долгосрочная пластика.

Показания к применению, противопоказания, побочные действия, предупреждения, меры предосторожности и инструкции по применению см. на этикетках и листках-вкладышах соответствующих изделий и препаратов.

Bard, Davol, Echo PS, Sorbafix, Ventralight, Ventrallex и Ventrío являются собственными и/или зарегистрированными товарными знаками компании C. R. Bard, Inc. Sepra, Seprafilm, Seprafimesh является зарегистрированным товарным знаком компании Genzyme Corporation, разрешение правообладателя на использование которого предоставлено компании C. R. Bard, Inc.

© Copyright 2012, C. R. Bard, Inc. Все права защищены.

MMSTFAMSS-6PG

ПРОВЕРЕННЫЕ РЕШЕНИЯ

рассасывающийся барьер из гидрогеля
и сетка из непокрытого полипропилена
на основе технологии **Sepra®**.

Компания C. R. Bard заботится о качестве пластики с обеих сторон сетки. Наша линейка продукции для пластики вентральных грыж – это поистине уникальная комбинация сетки из непокрытого полипропилена и проверенного рассасывающегося покрытия, что обеспечивает быстрое прорастание тканей и минимизирует адгезию тканей.*

Возможные осложнения включают в себя серому, спайкообразование, гематомы, воспаление, смещение, образование свищей, инфицирование, аллергическую реакцию, рецидив грыжи или дефекта мягких тканей.

* Доклинические данные, зарегистрированные в компании C. R. Bard. В случае применения на людях результаты могут отличаться.

ВАРД

has joined BD

ООО «Бард РУС»
Москва, 121596, ул. Горбунова, д. 2, стр. 204,
БЦ Гранд Сетунь Плаза, оф. А511
Тел: +7 499 372 5002
Факс: +7 499 372 5003



ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Всероссийская Общественная Организация «Общество герниологов»

Общероссийская общественная организация Российское общество Хирургов

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава Российской Федерации

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»

Центральная дирекция здравоохранения ОАО «Российские железные дороги»

ФГБОУ ДПО Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава Российской Федерации

ФГАОУ «Российский Университет Дружбы Народов»

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР



МОО
Ассоциация современных технологий и инноваций в хирургии