

© С. В. Васильев, Т. А. Мошкова, 2014 г.
УДК 616.38-089.28

С. В. Васильев, Т. А. Мошкова

МОДИФИКАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШ- НОЙ СТЕНКИ

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета
Первого Санкт Петербургского государственного медицинского уни-
верситета имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Высокая частота грыжеобразования на брюшной стенке и неудовлетворительные результаты лечения определяют неослабевающий интерес хирургов к этой проблеме. Многочисленные традиционные способы пластики грыжевых ворот местными тканями не дают ожидаемых результатов. Это побудило герниологов для закрытия дефекта брюшной стенки широко и повсеместно использовать инертные синтетические материалы, например полипропилен.

Однако протезирование грыжевых ворот также сопряжено с рядом технических и клинических проблем [5, 6]. Одним из эффективных направлений минимизации негативного влияния эксплантата является совершенствование хирургических методов протезирования.

В своей практической работе мы задались целью разнообразить применяемые нами оперативные приемы размещения, фиксации, размеров и формы протеза, чтобы выявить и популяризировать те из них, которые дают наилучшие непосредственные и отдаленные результаты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее трудны для коррекции гигантские вентральные грыжи. Большие размеры грыжевых ворот позволяют использовать протез единственно возможным способом *in lay*, т. е. в виде заплата, фиксируя его по краям дефекта. Такая методика ненадежна, так как отрыв протеза от рубцово-измененных краев грыжевых ворот неизбежно приводит к рецидиву грыжи. Для повышения прочности протезирования в данной ситуации мы рекомендуем максимально использовать местные ткани самого больного, умело сочетая их применение с протезированием. Грыжевые ворота стараемся максимально уменьшить сшиванием их краев. Мы рассчитываем, что даже в условиях натяжения тканей подкрепление швов протезом предотвращает их от прорезывания. Конечно, при истинно больших размерах дефектов брюшной стенкишить грыжевые ворота полностью технически невозможно. В этих случаях мы размещаем сетку в пози-

ции *in lay*. Для повышения надежности такого размещения протеза нами разработан и внедрен у 22 больных со срединными гигантскими вентральными грыжами способ интеграции протеза в ткани передней брюшной стенки посредством выкраивания двух апоневротических лоскутов из передних стенок влагалищ прямых мышц живота, основаниями расположенных по боковым краям грыжевого дефекта [1]. Лоскуты разворачиваем и сшиваем между собой над протезом. Таким приемом прооперированы 22 больных срединными вентральными грыжами.

Многими экспериментальными исследованиями установлено, что наилучшие условия приживления полипропилена возникают при его контакте с мышцами. Восстановление белой линии живота и устранение диастаза прямых мышц живота также существенно повышают прочность пластики срединных вентральных грыж. Поэтому способ Ривза, когда соблюдаются оба эти принципа, находит все более широкое применение для лечения срединных вентральных грыж. Для повышения надежности устранения диастаза прямых мышц живота мы используем при операции Ривза у 30 больных модифицированную нами форму протеза [2], представляющую собой прямоугольную пластину с фиксирующими ножками-лентами, которыми обхватывают прямые мышцы живота, и сшивание их друг с другом гарантирует от рецидива заболевания.

Учитывая неполноценность соединительнотканного компонента у грыженосителей, в последнее время хирурги считают оправданным протезирование грыж даже с маленькими размерами грыжевых ворот, например, пупочных. В этих случаях протез, по существу, выступает как страховочное средство, подкрепляя пластику местными тканями, что позволяет упростить методику фиксации эксплантата. В целях упрощения операции мы предлагаем фиксировать протезы небольшого размера только в центральной их части, подшивая их к области ушитых грыжевых ворот [3]. Центральная фиксация протеза выполнена нами у 33 больных с размерами грыжевых ворот, не превышающими 2–3 см в диаметре.

У 15 больных боковыми грыжами протез интегрировали в межмышечном слое между внутренней и наружной косыми мышцами живота, где формировали ложе, отсепааровывая ткани на 3–5 см вокруг грыжевых ворот (удостоверение на рационализаторское предложение №1482 от 6 апреля 2006 г., Т. А. Мошкова «Способ аллопластики боковых грыж живота»). Старались фиксировать протез к несмещаемым структурам (надкостнице крыла подвздошной кости, спигелиевой линии, хрящевым отделам 11–12 ребер).

Способ внутреннего дренирования области протеза посредством лоскута брюшины грыжевого

мешка, размещенного позади полипропиленовой сетки [4] эффективно предотвращает образование раневых сером в послеоперационном периоде. Он осуществлен у 44 больных паховыми и вентральными грыжами.

В начальных стадиях разрушения пахового канала у мужчин молодого возраста используем комбинированные способы протезирования пахового канала. Размещаем полипропиленовую сетку в сформированном ложе на поперечной фасции и под протезом низводим мобилизованные внутреннюю косую и поперечные мышцы, фиксируя их к паховой связке. Такой способ осуществлен у 8 больных в возрасте до 50 лет при низком паховом промежутке, не превышающем 3 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Использование принципа максимального применения собственных тканей грыженосителя и интегрирования протеза в слои брюшной стенки [1] позволило уменьшить количество необходимого для пластики протезного материала на 22 % и улучшить заживление раны, сократив число послеоперационных осложнений с 15 % в контрольной группе больных до 0. Особенно существенно, что применение нового способа интегрирования протеза устранило рецидивирование грыжи: сроки наблюдения за больными от 4 до 10 лет (в контрольной группе больных, оперированных с размещением протеза *in lay*, частота рецидивов составила 7,5 %).

Применение протеза оригинальной формы у больных срединными вентральными грыжами и диастазом прямых мышц живота позволило нам почти в два раза уменьшить его площадь, а сократив количество интегрированного чужеродного материала — обеспечить улучшение заживления послеоперационных ран. Отсутствие послеоперационных осложнений и сокращение послеоперационного койко-дня с 11,4 в контрольной группе до 9,9 у 30 больных, оперированных новым способом, подтверждают его преимущества. Кроме того, у всех этих 30 больных при наблюдении за ними в течение 4 — 8 лет не было выявлено рецидивов ни диастаза прямых мышц живота, ни грыж.

Значительно упростив операцию протезирования маленьких грыжевых ворот, мы сократили время ее осуществления почти в два раза. Причем наши показатели свидетельствуют, что центральная фиксация протеза в этих случаях сохраняет надежность традиционных методик аллопластики с креплением протеза по краям. Из прооперированных нами новым способом 33 больных ни у кого не было обнаружено ни послеоперационных осложнений, ни рецидивов заболевания при отслеживании их в течение 4 — 8 лет.

При боковой локализации грыж размещение протеза в межмышечном слое и фиксация его к прочным тканям способствовали хорошим непосредственным и отдаленным результатам. Прооперированные новым способом больные не имели ни послеоперационных осложнений (14,3 % в контрольной группе), ни рецидивов грыж (3,6 % в контрольной группе).

Внутреннее дренирование области протеза позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 10,2 % в контрольной группе до 2,4 % и устранило развитие персистирующих сером при заживлении ран.

При интерпозиции мышц между протезом и семенным канатиком функция последнего не страдает, что доказано длительным наблюдением за прооперированными этим способом больными. Не страдает также и надежность пластики: в течение 5 лет после операции не выявлено ни осложнений, ни рецидивов грыж.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы разработали и внедрили у 152 грыженосителей новые способы протезирования, основанные на следующих принципах: максимальное использование собственных тканей пациента, интегрирование полипропиленовой сетки в слои передней брюшной стенки, предпочтительное контактирование полипропилена с мышцами или с брюшиной, внутреннее дренирование области размещения протеза, центральная фиксация протезов небольшого размера, надежное восстановление белой линии живота протезом с лентами, фиксирующими прямые мышцы живота. Следование этим принципам позволило нам добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов. Осложнение развилось только у 1-го больного, оперированного модифицированным нами способом, а рецидивов заболевания не выявлено ни у кого в сроки наблюдения от 3 до 8 лет.

Таким образом, дальнейшая разработка и совершенствование хирургических способов протезирующих операций оптимизируют лечение грыженосителей, снижая побочные воздействия инородного материала и повышая эффективность его использования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мошкова Т. А. Способ пластики срединных вентральных грыж: пат. на изобретение РФ № 2254819 // Бюлл. — 2005. — № 18. — С. 22.
2. Мошкова Т. А., Васильев С. В., Олейник В. В. Способ лечения диастаза прямых мышц живота: пат. на изобретение РФ № 2328991 // Бюлл. — 2008. — № 20. — С. 23.
3. Мошкова Т. А., Васильев С. В., Олейник В. В. Способ пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот: пат. на изобретение РФ № 2306875 // Бюлл. — 2007. — № 27. — С. 24.

4. Мошкова Т. А., Олейник В. В. Способ пластики паховых грыж: пат. на изобретение РФ № 2300322 // Бюлл. — 2007. — № 16. — С. 23.

5. Славин Л. Е., Федоров И. В., Сигал Е. И. Осложнения хирургии грыж живота. — М., 2005. — 175 с.

6. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. П. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М., 2003. — 143 с.

РЕЗЮМЕ

С. В. Васильев, Т. А. Мошкова

Модификация принципов протезирования брюшной стенки

Опыт совершенствования хирургических приемов размещения и фиксации полипропиленовых сетчатых протезов оценен у 152 грыженосителей. Применение разрабо-

танных авторами способов позволило существенно снизить частоту послеоперационных осложнений и избежать рецидивов заболевания.

Ключевые слова: грыжи, полипропиленовые сетчатые протезы.

SUMMARY

S. V. Vasiliev, T. A. Moshkova

Modification of the principles of the ventral wall alloplasty

The experience in modification of the surgical methods in implantation and fixation of the prostheses was estimated in 152 patients. Application of the author's methods significantly reduces postoperative complications and prevents hernia relapses.

Key words: hernia, polypropylene mesh prostheses.

© Коллектив авторов, 2014 г.
УДК 616.34-002-003

**В. Л. Федорова, А. Ю. Барановский,
О. Б. Щукина, Д. П. Петров,
А. М. Сегаль**

РОЛЬ ЗАЩИТНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МЕХАНИЗМАХ АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматические аспекты изучения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в частности, язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), остаются актуальными, несмотря на признание ведущей роли биологических факторов в происхождении этих заболеваний [1, 4]. Значение психологических переменных в этиологии ВЗК до сих пор остается спорным и рассматривается в основном как триггерное звено, однако их роль в возникновении рецидивов, резистентности к лечению и влияние в целом на процесс адаптации к заболеванию и его компенсации вполне очевидна [5, 6].

Сложность патогенеза, многообразие причин и взаимосвязанных факторов, действующих на разных уровнях, предъявляют к адаптационным ресурсам больного человека повышенные требования. Сам факт заболевания является мощным стрессором, подвергающим серьезному испытанию адап-

тационные ресурсы организма [5, 7]. В условиях хронического рецидивирующего заболевания особенно актуальной становится проблема адаптации к условиям личностно-средового взаимодействия и болезни в частности. Коморбидные нарушения могут оказывать негативное влияние на приспособительные реакции, что, в свою очередь, может отражаться на течении заболевания [2, 3]. В этой связи принципиальную значимость, помимо биологических составляющих, приобретают предпочитаемые пациентом способы совладания (копинг) со стрессом, механизмы психологической защиты (МПЗ), личностные особенности. Между тем типы защитно-приспособительного поведения, механизмы его формирования и влияния на характер течения ВЗК и адаптацию к болезни изучены недостаточно [1, 3].

Цель исследования: изучение структуры защитно-приспособительного поведения и адаптационных процессов во взаимосвязи с клиническими и индивидуально-личностными составляющими у больных с ВЗК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были обследованы 100 пациентов с ВЗК (48 мужчин, средний возраст — 41, 2±1,1 года; 52 женщины, средний возраст — 38,0±1,0 года) наблюдающихся в Городском центре диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника на базе городской клинической больницы № 31 Санкт-Петербурга. ЯК и БК рассматривались согласно МКБ-10 как группа неинфекционных энтеритов и колитов. Основными критериями отбора больных были клинические характеристики: тяжесть течения, осложнения, частота рецидивов.

Обследование включало клиничко-лабораторное исследование, клиничко-психологическое интервью. Экспериментально-психологическая часть