

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Маслакова Н. Д.¹, Могилевец Э. В.¹, Савосик А. Л.²,
Лазаревич Л. А.,² Флеров А. О,² Жотковская Т. С.,
² Макарчик В. В.,² Кояло С. И.²

¹УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»
²ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время послеоперационная вентральная грыжа изучается не как локальный патологический процесс в брюшной стенке, а как сложное полиэтиологическое заболевание, влекущее за собой множественные расстройства в деятельности внутренних органов, причём количество пациентов продолжает увеличиваться (возникает у 5-14% пациентов, перенесших лапаротомию). Основную роль в образовании грыж играет повышение внутрибрюшного давления и морфофункциональная несостоятельность тканей брюшной стенки пациента.

Для обеспечения оптимальных результатов хирургического лечения таких пациентов необходимо учитывать анатомо-функциональные особенности и состояние кровообращения передней брюшной стенки в зоне предполагаемого вмешательства.

Анализ литературы по данной проблеме показывает, что выбор способа герниопластики чаще основывается на субъективном мнении хирурга. Отсутствуют четкий алгоритм исследования передней брюшной стенки, критерии интерпретации полученных данных и способ выбора методики пластики грыжевых ворот.

Цель: разработать балльную систему оценки состояния мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки на основании данных ультразвукового исследования для объективизации выбора способа пластики послеоперационных грыж и улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ», за период с 2013 по октябрь 2016 гг. были прооперированы 23 пациента в возрасте от 50 до 72 лет. Мужчин было 13, женщин – 10.

Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось изучение анатомо-функционального состояния передней брюшной стенки в 2 этапа. Первый этап – клиническое изучение – выявление признаков деформации передней брюшной стенки: тургор кожи, окружность живота, функциональное состояние мышц брюшного пресса. На втором этапе осуществляли УЗИ передней брюшной стенки, при котором определяли следующие параметры: толщина и структура подкожно-жировой клетчатки, ширина грыжевых ворот, ширина гипоэхогенной зоны, толщина прямых мышц живота. В режиме цветовой доплеровской эхографии оценивали тип кровотока в артериях передней брюшной стенки по следующим параметрам: максимальная скорость кровотока (V_{max}), индекс резистентности (RI), пульсовой индекс (PI).

УЗИ проводилось по определенному алгоритму, который был разработан на основании обследования 15 молодых лиц (мужчин – 9, женщин – 6) с отсутствием каких-либо изменений передней брюшной стенки и хронических патологий. Согласно этому алгоритму, неизменная мышечная ткань при УЗИ-исследовании выглядит гипоэхогенной, с хорошо выраженными гиперэхогенными, параллельно идущими линейными структурами и толщина прямых мышц составляет не менее 10 мм.

Результаты и обсуждение. Данные ультразвукового исследования состояния передней брюшной стенки были нами обработаны и для удобства интерпретации переведены в баллы. Интерпретация ширины грыжевых ворот в баллы основана на классификации вентральных грыж Chevrel-Rath. На основании полученных данных нами разработан балльный метод, согласно которому мы и выбирали методику оперативного лечения каждого пациента индивидуально.

При сумме до 12 баллов выполняли пластику собственными тканями, этим способом нами прооперированы 4 пациента.

Сумма баллов от 12 до 17: осуществляли пластику с использованием аллотрансплантата, размер которого учитывал площадь как самого грыжевого дефекта, так и площадь измененных тканей вокруг этого дефекта, прооперированы 15 пациентов. При сумме 18 баллов и более проводилась герниопластика с фиксацией за костные структуры – 4 операции. При использовании аллотрансплантата применялись полипропиленовые сетки с фиксацией эндопротеза проленовой нитью отдельными П-образными швами. Из осложнений в послеоперационном периоде: образование сером – 3 случая, лимфорея – 2 случая. Стационарное лечение составило от 7 до 14 суток. Рецидивов грыж до настоящего времени не наблюдалось.

Выводы. При выборе метода герниопластики ключевое значение в выборе способа пластики занимает состояние мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевого дефекта. Разработанная нами балльная система не только учитывает этот факт, но и позволяет добиться наилучших результатов лечения, свести к минимуму риск развития осложнений и рецидивов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Могилевец Э. В.,¹ Русин И. В.,¹ Карпович В. Е.,
² Кулага А. В.,² Кухта А. В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний, ими страдает 5-6% населения. Пациенты с разными видами вентральных грыж составляют 8-20% от числа всех госпитализированных в общехирургические стационары. Наиболее часто грыжесечение выполняется по поводу паховых грыж (72-75%, по данным разных авторов). Неудовлетворенность результатами хирургического лечения паховых грыж заставляет