

Выводы. Ультразвуковой метод исследования, несомненно, является важным и зачастую единственным неинвазивным методом диагностики заболеваний сердца у детей и новорожденных.

Локализация дефекта межжелудочковой перегородки сердца отмечена в мышечной и в мембранной частях межжелудочковой перегородки.

Размеры дефекта в мембранной части (2,79 мм) больше, чем в мышечной (2,40 мм).

Дефект межжелудочковой перегородки у лиц женского пола встречается достоверно чаще, нежели у лиц мужского пола (превышение на 10,8%, $p < 0,05$).

При выявлении характеристик дефекта межжелудочковой перегородки выявлена значимая зависимость динамики состояния пациентов от размера дефекта, его локализации.

Учитывая превалирование встречаемости данной патологии сердца у лиц женского пола, необходимо отметить важность проведения УЗИ-скрининга не только в подростковом возрасте, но и у новорожденных, в перспективе сделав его обязательным. Данная процедура будет более выгодной, нежели затраты на обеспечение кардиохирургических операций.

Литература:

1. Атыков, О. Ю. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов / О. Ю. Атыков. – М.: Медицина, 2015.
2. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. – М.: Медпрессинформ, 2004.
3. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшинков А. П. Акушерство / В. И. Бодяжина. – М.: Медицина, 1995.
4. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии у детей и подростков / О. А. Мутафьян. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2005.

БАЛЛЬНАЯ СИСТЕМА ВЫБОРА МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

¹ Маслакова Н. Д., ¹ Могилевец Э. В., ² Савосик А. Л., ² Флеров А. О.,
² Жотковская Т. С., ² Макарчик В. В., ² Лазаревич Л. А.,
¹ Фисенко О. А., ¹ Щукевич П. Ю.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Гродно, Беларусь

Введение. По данным разных источников, послеоперационная вентральная грыжа возникает у 5-14% пациентов, перенесших лапаротомию. Несмотря на множество методов герниопластики, рецидив заболевания остается высоким и достигает 18-30%. Известно, что аутопластика

натяжными методами возможна лишь при небольших размерах грыжевых ворот, а также при отсутствии грубых атрофических изменений брюшной стенки. В 4-54% после герниопластики развиваются повторные рецидивы. В свою очередь аллогерниопластика ненатяжными методами позволяет снизить число рецидивов до 1,1-1,7%. Однако в настоящее время не существует стандартизированного комплекса исследования изменений мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, который необходим для выбора техники аллогерниопластики, методики фиксации аллотрансплантата. Доказано, что первичным в этиопатогенезе грыж и их рецидивов являются нарушения в структуре соединительной ткани, ее дистрофия, коллагенопатии и нарушения в биомеханике брюшной стенки. Анализ последних публикаций показывает, что вопросы индивидуальной оценки состояния анатомо-функциональной особенности передней брюшной стенки в зоне герниопластики, выбора способа пластики на основе морфологических и топографо-анатомических данных разработаны недостаточно и нуждаются в дальнейшем изучении [1, 2, 3, 4, 5].

Цель. Разработать балльную систему на основании данных, полученных при ультразвуковом исследовании особенностей кровоснабжения передней брюшной стенки, окружающий грыжевой дефект. Это позволит выбрать оптимальный способ герниопластики в конкретной клинической ситуации, улучшить результаты лечения, минимизировать риск рецидива.

Материалы и методы исследования. На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2012 по 2016 гг. прооперированы 28 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 48 до 72 лет, среди которых 17 мужчин и 11 женщин. По классификации вентральных грыж SWR (Chevrel) W_1 (до 5 см) – 5 пациентов, W_2 (5-10 см) – 19 пациентов, W_3 (11-15 см) – 4 пациента. Рецидивы (R1-4) у 5 пациентов. Кроме учета размеров грыж, применялись специальные методы исследования, предусматривающие изучение морфофункционального состояния передней брюшной стенки на основании её кровоснабжения при помощи ультразвуковой диагностики. Изучению подлежали: 1. *Размеры грыжевых ворот:* W_1 – 1 балл, W_2 – 2 балла, W_3 – 3 балла. 2. *Гемодинамические показатели:* V_{max} (усредненная по времени максимальная скорость кровотока), RI (индекс периферического сопротивления), PI (пульсационный индекс) в 6 точках, соответствующих анатомической локализации основных артерий, кровоснабжающих переднюю стенку живота (a. epigastrica superficialis dex., epigastrica superficialis sin., a. epigastrica inferior dex., a. epigastrica inferior sin., a. epigastrica superior dex., a. epigastrica superior sin.) [4]. Последовательность измерения в точках не имеет значения. $V_{max} \geq 8,00$, $PI \geq 1,50$, $RI \geq 0,80$ за 1 балл; $V_{max} 6,00-7,99$, $PI 1,30-1,49$, $RI 0,60-0,79$ за 2 балла; $V_{max} < 6,00$, $PI < 1,30$, $RI < 0,60$ за 3 балла; при этом, если один из гемодинамических показателей выходит за пределы указанных промежутков, интерпретацию в баллы проводим по наибольшему

значению. Суммируем количество баллов, соответствующих ширине грыжевых ворот и характеристике кровотока в каждой точке исследования.

Для выбора метода хирургического лечения грыж предлагаем следующую систему интерпретации баллов: сумма баллов менее 12 – показана герниопластика собственными тканями; баллы от 12 до 17 – выполняется аллогерниопластика; сумма баллов более или равна 18 – пластика грыжевых ворот с фиксацией сетчатого трансплантата за сухожильные структуры мышц, в зоне реберных дуг и подвздошной кости.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, при послеоперационных грыжах W_1 с хорошим кровоснабжением тканей в области грыжевых ворот произведена пластика собственными тканями (2 пациента). Несмотря на небольшие размеры грыж (W_1), которые сочетаются со значительным ухудшением кровотока в сосудах передней стенки живота, оперированы с использованием аллотрансплантата 3 пациента. Послеоперационные грыжи W_2 (сумма баллов до 17) – пластика грыжевых ворот сетчатым протезом с захватом тканей с нарушенной трофикой (8 пациентов). В первые годы овладения методикой фиксации сетчатых имплантатов аллогерниопластику производили методом «on lay». Однако ввиду значительной лимфорее в послеоперационном периоде стали применять методику «sub lay». Пациентам с грыжами W_2 и W_3 (суммой баллов более 18) выполнялась пластика сетчатым протезом, с фиксацией за сухожильную часть мышц в области прикрепления к реберной дуге и подвздошной кости, в сочетании с методикой «sub lay». При боковых послеоперационных грыжах вблизи костных структур произведена левосторонняя или правосторонняя фиксация сетки (7 пациентов). В 8 случаях произведено тотальное укрепление сетчатым аллотрансплантатом передней брюшной стенки с фиксацией за реберные и подвздошные сухожильные структуры мышц «sub lay». Раны дренировались резиновыми выпускниками, дренажные трубки не применялись. В раннем послеоперационном периоде при контрольном ультразвуковом исследовании наблюдались серомы небольших размеров, которые удалялись путем пункции, либо рассасывались самостоятельно. В известных отдаленных результатах качество жизни пациентов находилось на должном уровне, без отрицательной динамики, рецидивов не наблюдалось.

Выводы. Послеоперационную вентральную грыжу следует рассматривать как патологический процесс с выраженной степенью дистрофических изменений, располагающихся далеко за пределы грыжевых ворот, что необходимо учитывать при выполнении герниопластики. Предложен алгоритм ультразвукового исследования, позволяющий оценить величину и форму грыжевого дефекта, в сочетании с изучением кровотока сосудов передней стенки живота. Таким образом, разработанная нами балльная система позволяет индивидуализировать выбор способа герниопластики, тем самым добиться наилучших результатов лечения, свести к минимуму риск развития осложнений и рецидивов.

Литература:

1. Алишимов Ш. А., Матвеев Н. А., Наурбаев М. С., Богданов Д. Ю., Киреев А. А. О методиках фиксации имплантатов в хирургии грыж // Эндоскопическая хирургия. – 2008, 6. – С. 60-63.
2. Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии / под ред. Г. И. Кунцевич. – Мн., 1999. – С. 256.
3. Б. С. Суковатых, Н. М. Валуйская, А. А. Нетяга, В. А. Жуковский, Е. В. Герасимчук. Влияние анатомо-функциональной недостаточности брюшной стенки на прогноз возникновения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия № 1, 2014. – С. 43-47.
4. Gislason, H. Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations – comparison of three closure techniques // H. Gislason, J. E. Gronbech, O. Soreide // Eur. J. Surg. 1995. Vol. 161. № 5. – P. 349-354.
5. Shestak K.C., Edington H.j., Fohnson R.R. The separation of anatomic components technigue for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects anatomy, syrgical technigue, applications, and limitations revisited. Plast Reconster Surg 2000; 105: 2: 731- 738 guiz 739.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ ПОВЯЗКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹ Маслакова Н. Д., ¹ Могилевец Э. В., ² Савосик А. Л., ² Флеров А. О.,
² Жотковская Т. С., ¹ Макарчик В. В., ¹ Комякевич Г. А.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»
Гродно, Беларусь

Введение. Трофические язвы, возникающие при хронической венозной недостаточности, составляют примерно 52% от всех язв нижних конечностей.

Известно, что одним из альтернативных методов лечения трофических язв нижних конечностей у пациентов в послеоперационном периоде и с противопоказаниями к хирургическому лечению является наложение компрессионного биндажа. Самая известная разновидность такого биндажа – цинк-желатиновая повязка – «сапожок» Унна. Ее изобрел выдающийся немецкий Унна Пауль Герзон более 100 лет назад. Она получила широкое признание при лечении варикозных язв, хронических тромбозов, флебитов. Цинк-желатиновая повязка впитывает раневой секрет, сохраняет постоянную влажность, температуру, давление на дно язвы, вызывает рост грануляции с последующей эпителизацией раны [1, 2]. Сейчас в век инновационных технологий в исследованиях, проводимых в зарубежных клинических центрах, утверждается, что лечение трофических язв нижних