

пациентам – по Лихтенштейну, 22 (18%) пациентам – по Шолдайсу, Постемпскому, Жирау-Спасокукоцкому. В 100% случаев пациенткам выполнено грыжесечение с пластикой пахового канала по Жирау-Спасокукоцкому. Рецидивных паховых грыж прооперировано 12. Большинству пациентов выполнена пластика по Лихтенштейну. За данный период находились на лечении 14 пациентов с ущемленными паховыми грыжами. Всем им выполнено грыжесечение с пластикой пахового канала по Бассини, Постемпскому, Шолдайсу. Из всех пациентов с паховыми грыжами 96 находились в стационаре 2 и менее койко-дней (хирургия 1 дня). Осложнение в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось лишь в 1 случае: кровотечение из послеоперационной раны после грыжесечения с пластикой по Постемпскому. Также наблюдался 1 случай осложнения в отдаленном послеоперационном периоде: неврит пахово-подвздошного нерва после грыжесечения с пластикой по Постемпскому.

Выводы. Оптимальным вариантом хирургического лечения рецидивных и сложных первичных паховых грыж является «ненатяжная» герниопластика. Дифференцированный подход к выбору пластики пахового канала в зависимости от вида паховых грыж, возраста пациента, его общего состояния позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

Сивец Н. Ф., Головач Д. И., Сивец А. Н., Гурко В. Н.,
Шафалович С. В., Гудов Н. П., Бабарень В. В.

Городская клиническая больница № 6, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время операции по поводу послеоперационных вентральных грыж относятся к наиболее часто выполняемым оперативным вмешательствам. Летальность при операциях по поводу больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж достигает 8-12 %.

Поэтому разработка новых способов лечения этого заболевания является актуальной.

Частые рецидивы (10-40 %) после пластики срединных вентральных грыж явились поводом к широкому использованию сетчатых имплантатов. Использование синтетических материалов в настоящее время сделало переворот в герниологии, позволив не только снизить количество рецидивов при послеоперационных вентральных грыжах до 5%, но и достигнуть улучшения качества жизни пациентов после операции.

Цель исследования: повышение эффективности оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Разработан способ пластики передней брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы, № а 20170493 от 18.06.2018 г.). Данный способ состоит в следующем. Послеоперационный рубец от предыдущей операции иссекается на всем его протяжении. Из рубцово-измененных тканей выделяется грыжевой мешок. Если грыжевых мешков несколько, то выделяются все, независимо от их величины. Грыжевые ворота выделяются без вскрытия грыжевых мешков. В случае вынужденного нарушения целостности грыжевого мешка проводится местная визуальная ревизия, и место повреждения брюшины ушивается. Принципиальным является тот факт, что лапаротомия не выполняется, и этим исключается дополнительная травматизация органов брюшной полости. В продольном направлении по линии соединения переднего листка влагалища прямой мышцы живота и заднего листка влагалища прямой мышцы живота вскрываются влагалища прямых мышц живота по всему периметру грыжевых ворот. Далее прямые мышцы живота справа и слева тупым путем отделяются от задних листков влагалищ прямых мышц живота. Отделение прямых мышц живота выполняется латерально до сухожильных линий (место соединения сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц) с обеих сторон. Мобилизованные задние листки влагалищ прямых мышц живота полностью или частично сшиваются одиночными швами. Поверх их под прямые мышцы живота укладывается

полипропиленовый сетчатый имплантат на всю длину грыжевого дефекта. Ширина полипропиленового сетчатого имплантата определяется исходя из суммарной ширины влагалищ прямых мышц живота и белой линии. Фиксация полипропиленового сетчатого имплантата производится по периметру одиночными П-образными швами, проходящими по линии слияния сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц с апоневрозом прямых мышц живота справа и слева. Узлы формируются поверх апоневроза в подкожной жировой клетчатке. При избыточно развитом слое подкожной жировой клетчатки, завязывание узлов производится через создаваемые зажимом Бильрота тоннели в подкожной жировой клетчатке. На полипропиленовый сетчатый имплантат по всей его длине укладывается дренажная трубка для вакуум-аспирации по Редону. Полипропиленовый сетчатый имплантат и дренажная трубка укрываются прямыми мышцами живота. Передние листки влагалищ прямых мышц живота сшиваются между собой одиночными швами. Пространство над ушитым апоневрозом дренируется по Редону. Накладываются швы на подкожную жировую клетчатку и кожу.

Результаты и обсуждение. По разработанной методике с 01.01.2017 г. по 30.06.2018 г. в хирургическом отделении 6-й ГКБ г. Минска оперированы 20 пациентов, страдающих послеоперационными вентральными грыжами с параметрами грыж M, W 2-4, R 1-2 (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999). У всех оперированных пациентов грыжесечение выполнялось с пластикой полипропиленовой сеткой Ethicon. Все пациенты оперированы в плановом порядке. На амбулаторном этапе всем выполнено стандартное лабораторное обследование. Независимо от величины грыжи никакая специальная многодневная подготовка кишечника не применялись. С целью профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции всем пациентам вводили внутримышечно 1,0 цефазолина. Мужчин в исследуемой группе было 9 (45%), женщин – 11 (55%). Средний возраст оперированных пациентов 55,9 года.

Длительность операций составила в среднем 182 минуты. В послеоперационном периоде у всех пациентов применялось активное дренирование подапоневротического и надапоневротического пространства. Активная вакуум – аспирация до 3-х дней проводилась у (15%) пациентов, до 5 дней – у 5 (25%) пациентов. У 12 (60%) пациентов дренажи стояли более 5 суток. Показанием для удаления дренажа служило количество отделяемого – меньше 30 мл за сутки. У 4 (20%) пациентов грыжесечение сочеталось с абдоминопластикой. У них время стояния дренажей доходило до 16 суток. Ранние послеоперационные раневые осложнения (серомы с инфильтратом) имели место у 2 (10%) пациентов. Осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями. Показаний к повторным операциям не было. Средняя длительность лечения составила 10-25 дней. Отдаленные результаты на предмет рецидива не прослеживались.

Выводы:

Применение разработанной методики позволяет:

1. Существенно уменьшить травматизацию органов брюшной полости.
2. Снизить количество ранних раневых послеоперационных осложнений.
3. Сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

¹Смотрин С. М., ²Жук С. А., ¹Новицкая В. С.

¹Гродненский государственный медицинский университет,

³Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день рецидив грыжи рассматривается как основной показатель оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения паховых грыж.