

028943

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА И ОРДЕНА ТРУДОВОГО
КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
им. И. М. СЕЧЕНОВА

На правах рукописи

КОЛТОНЮК Владимир Максимович

УДК 617.55-007.43-089.168.1-06-002.198-07

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ
И ОГРОМНЫХ РАЗМЕРОВ

(14.00.27 — Хирургия)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва — 1990

Работа выполнена в Гродненском государственном медицинском институте и в 1-м Московском ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинском институте им. И. М. Сеченова.

Научные консультанты: доктор медицинских наук,
профессор С. И. Юпатов;
доктор медицинских наук,
профессор П. А. Романов.

Официальные оппоненты:

Член-корреспондент АМН, доктор медицинских наук,
профессор В. И. Петров

доктор медицинских наук, профессор Э. В. Луцевич

доктор медицинских наук, профессор В. С. Васильев

Ведущее учреждение — Институт хирургии
им. А. В. Вишневского АМН СССР.

Защита состоится «_____» _____ 19 ____ г.

в «_____» часов на заседании специализированного совета Д.074.05.02 при 1-м Московском ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинском институте им. И. М. Сеченова (119881, г. Москва, Б. Пироговская ул., дом 2/6).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке 1 Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. И. М. Сеченова (пл. Зубовская, дом 1).

Автореферат разослан «_____» _____ 19 ____ г.

Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук,
профессор

П. А. Романов



000241923

3
БИОСТАТИСТИКА РАБОТЫ

лени.

За последние десятилетия количество послеоперационных и рецидивных вентральных грыж увеличилось. Так если Н.З.Монахов (1959), сообщал о 6% случаев возникновения послеоперационных грыж, то О.С.Шкроб, Л.В.Успенский, Н.И.Макаренко (1980) - говорят о 30%; К.А.Тоскин, В.В.Медовский (1983) - о 21,1%; И.Ф.Бородин, В.В.Скобей, В.П.Акулик (1986) - о 28,2%; Н.Г.Гатаулин, П.Г.Корнилаев, В.В.Плечев (1990) - о 61,8% случаев.

Многочисленные способы пластики послеоперационных вентральных грыж основывались на методах замещения дефектов собственными тканями больных, и чаще применялись методы Сапелко, Напалкова, Мейо, или простое соединение апоневроза, но число рецидивов оставалось высоким. По данным Н.З.Монахова (1959) - 33%; И.И.Булынина (1966) - 61,3%; В.З.Монича (1967) - 30-50%; Б.А.Баркова (1972) - 18,1%; И.Н.Сазонова с соавторами (1976) - 34,3%; Н.И.Шпаковского (1980) - 23,6%.

Резко возрастает количество рецидивов при пластике вентральных грыж больших и огромных размеров: И.Ф.Бородин и соавторы (1986); Н.Г.Гатаулин и соавторы (1990).

Высокий процент неудовлетворительных результатов (рецидивов) при пластике послеоперационных вентральных грыж ауто-тканями, вынуждал врачей искать новые материалы для пластики передней брюшной стенки - экоплантаты из капрона, нейлона, лавсана, других синтетических материалов; дермы, или консервированной твердой мозговой оболочки и т.д. (П.А.Барков - 1956, 1961, 1972; А.И.Барышников - 1958, 1961, 1965, 1970;

Т.Т.Даурова и соавторы - 1963, 1971, 1975; К.Д.Тоскин, В.В. Кебровский - 1979; С.О.Комилов - 1988; Д.А.Усенов - 1989; R. Guertero - 1974; R. Carrata et al - 1987; G. Champault - 1989).

Все способы и методы оперативного лечения как послеоперационных, так и рецидивных вентральных грыж как правило направлены только на локальное укрепление передней брюшной стенки, без учета коррекции тех изменений со стороны органов желудочно-кишечного тракта, которые постоянно сопровождают не только послеоперационные и рецидивные грыжи, но и большие первичные вентральные грыжи.

По данным Н.В.Воскресенского, С.Д.Горелика (1965) при прогрессировании грыжи у больных развиваются явления спланхнотоза. Проявление же спланхнотоза - это боли в животе, запор, вздутие, понос, повышение внутрибрюшного давления, нарушение работоспособности, потеря или чаще избыточный вес, изменения со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем, и т.д. Следовательно, увеличивающееся грыжевое выпячивание и изменение анатомического положения органов брюшной полости с последующим изменением их функции, взаимосвязаны.

По данным С.А.Долецкого, А.Б.Окулова (1978) грыжи передней брюшной стенки у детей являются результатом проявления синдрома врожденной системной мезенхимной недостаточности.

У взрослых людей по данным П.А.Романова (1987) в 33% случаев отмечается анатомическое удлинение или опущение тонкой, толстой кишки и других органов желудочно-кишечного тракта, из-за нарушения фиксации их к задней брюшной стенке в пренатальном периоде. Причем изменяется не только анатомичес-

кое положение органов брюшной полости, но ухудшается их функциональное состояние, в конечном итоге приводящее к увеличению внутрибрюшного давления.

Существует, таким образом значительная группа людей с предрасполагающими факторами грыжеобразования. Достаточно какого-либо приводящего момента (нагноение послеоперационной раны, частое оперирование в одной и той же области, нефизиологические разрезы, тяжело протекавший послеоперационный период и т.д.), чтобы предрасполагающие факторы вместе с причинами, воздействующими на переднюю брюшную стенку, привели к образованию послеоперационной или рецидивной вентральной грыжи.

Следовательно, рассматривать образование послеоперационных и рецидивных вентральных грыж следует с точки зрения их этиологической мультифакторности. Следует объединить в единое целое: возникновение грыжевого дефекта в передней брюшной стенке и измененное анатомическое и функциональное состояние органов брюшной полости. Как взаимозависимый, взаимообуславливающий единый комплекс системной мезенхимной недостаточности, которая у взрослых людей может быть как врожденной, так и приобретенной.

Врожденной - вследствие нарушения фиксации кишечника к задней брюшной стенке и нарушения развития передней брюшной стенки в пренатальном периоде.

Приобретенной - из-за нагноительных процессов передней брюшной стенки или в брюшной полости; нефизиологических разрезов, частого оперирования в одной и той же области и других причин. Из-за спаечного процесса между грыжевым мешком

и его содержанием и увеличивающегося в размерах грыжевого мешка, органы брюшной полости постепенно выходят из неё, нарушается их фиксация, анатомическое положение и в конечном итоге тоже страдает функция, усугубляющая общесоматическое состояние больных.

Таким образом, разработка вопросов комплексного подхода к диагностике и хирургическому лечению послеоперационных, рецидивных вентральных грыж, особенно больших и огромных размеров, является весьма актуальной. При этом необходимо не только ликвидировать грыжевой дефект передней брюшной стенки, но и восстановить обычное анатомическое положение органов брюшной полости, следовательно улучшить их функцию. Это позволит ликвидировать грыжу как заболевание, с её симптомокомплексом нарушений функции работы желудочно-кишечного тракта и других систем.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: Улучшить диагностику, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Показать, что послеоперационные и рецидивные вентральные грыжи являются не только локальным процессом передней брюшной стенки, а могут быть и следствием нарушения фиксации внутренних органов брюшной полости к задней брюшной стенке.

2. Изучить анатомию мышечно-апоневротических образований передней брюшной стенки, её слабых мест, исходя не только из конституциональных, возрастных и половых различий, но и в зависимости от положения внутренних органов брюшной полости (при висцеронорме, долиховисцерозе и висцероптозе).

3. Исследовать рентгенологически особенности анатомического положения органов брюшной полости при различных видах грыж. Изучить клинику грыж с учетом измененного анатомического положения органов брюшной полости.

4. Выработать наиболее рациональные надежные и безопасные методы комплексного лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров, как заболевания, в условиях плановой хирургии с учетом вариантов положения и изменения функции органов брюшной полости; выполнения корригирующих и симультанных операций на них, а также с учетом состояния передней брюшной стенки.

5. Разработать оригинальные способы корригирующих операций на органах брюшной полости и способы пластики передней брюшной стенки при больших и огромных послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах.

6. Изучить в эксперименте реакцию тканей передней брюшной стенки и брюшной полости в зависимости от места нахождения эксплантата.

7. Провести сравнительное изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных после локальной пластики передней брюшной стенки и комплексного хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА.

Впервые показано, что послеоперационные и рецидивные вентральные грыжи возникают не только вследствие общеизвестных причин, но и являются следствием как эмбриологических,

так и приобретенных нарушений фиксации внутренних органов к задней брюшной стенке.

Слабые места передней брюшной стенки впервые изучены с учетом различного положения органов брюшной полости (висцеро-норма, долиховисцероз, висцероптоз).

В работе впервые обоснована комплексная диагностика и хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж.

Операции на органах брюшной полости при грыжах разделены на коррегирующие (для устранения измененного анатомического положения органов брюшной полости и улучшения их функции) и симультанные (удаление патологически измененных органов брюшной полости).

Пластическое замещение грыжевых дефектов передней брюшной стенки проводится без уменьшения объема брюшной полости.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ.

Практическое значение работы заключается в разработке диагностики и комплексного хирургического подхода к лечению грыж, как заболевания, обоснованного этиопатогенетически.

Выделение наиболее распространенных причин возникновения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж, наличие факторов долиховисцероза и висцероптоза органов брюшной полости у лиц с этим заболеванием, позволяет практическому хирургу этиопатогенетически подойти к их хирургическому лечению.

Разработка новых способов и приемов хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж, больших и огромных размеров, повышает надежность излечения этой

категории больных.

Восстановление целостности брюшинного покрова собственными тканями больного, послойное топографоанатомическое восстановление передней брюшной стенки с дополнительным наднаплевротическим укреплением сетчатыми эксплантатами – просто и доступно в употреблении широкому кругу практических хирургов.

Полученные новые положения по вопросам этиопатогенеза грыж, их диагностики, комплексного хирургического лечения могут быть использованы в учебном процессе в медресах и институтах усовершенствования врачей.

По результатам разработок, приведенных в данной работе, изданы информационная справка МЗ БССР в 1989 году и методические рекомендации МЗ БССР в 1990 году.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ.

Разработанный комплекс диагностических исследований и хирургических вмешательств при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах больших и огромных размеров внедрен в клиническую практику узловой клинической больницы ст.Гродно и 2-я городской клинической больницы г.Гродно, а также в хирургических отделениях больниц г.Пинска, Пружан, Кобрина, Березы, Барановичей, Бреста (БССР). Имеется 1 положительное решение ГКНТ СССР (1990г.) на авторское свидетельство. Внедрены 15 рацпредложений в клиническую практику.

АПРОБАЦИЯ.

Основные положения диссертации доложены на научных конференциях Гродненского областного общества хирургов (1986, 1988гг.). На научно-практических конференциях "Достижения ме-

лицинской науки - в практику здравоохранения" (Гродно, 1987, 1988). На итоговой научной конференции Гродненского государственного медицинского института (1989г.). На XXXI-ом международном конгрессе морфологов в 1989г. (г.Кошице). На научной конференции кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии и кафедры факультетской хирургии 2-го лечебного факультета I-го Московского медицинского института им.И.М.Сеченова в 1989г. На ХУП Пленуме хирургов БССР в г.Гомель, в 1990 г.

Диссертация апробирована на совместном заседании кафедр факультетской, госпитальной, общей и детской хирургии; оперативной хирургии и топографической анатомии; рентгенологии; гистологии и цитологии Гродненского государственного медицинского института (1990), а также на заседании кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии I и 2 лечебных факультетов, факультетской хирургии 2-го лечебного факультета I-го Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института; академической группы АМН СССР при ВНЦХ СССР, академика В.В.Кованова; ЦНИО НИЧ по изучению применения коллагена в медицине (1990г.).

ПУБЛИКАЦИИ. По результатам выполненных исследований опубликовано 12 печатных работ, перечень которых приведен в конце автореферата.

ОБЪЕМ РАБОТЫ. Диссертация написана на русском языке, состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов и указателя литературы. Её текст изложен на 346 страницах машинописи, иллюстрирована 33 таблицами, 89 рисунками. Список литературы содержит 391 наименование, из которых 284 оте-

чественных и 107 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты анатомических исследований, экспериментальных и рентгенологических; а также клинически обследованных и оперированных больных с грыжами.

Анатомические исследования проведены на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии I МИИ им. И.М.Сеченова на 120 нефиксированных трупах взрослых людей обоего пола. Мужчин было 74, женщин - 46.

Изучались размеры мышечно-апоневротических образований передней брюшной стенки. Площадь белой линии, наружной апоневротической полосы, размеры пупка, пахового канала, поверхностных и глубоких паховых колец. Анатомическое положение органов брюшной полости: удлинение (долиховисцероз), опущение (висцероптоз). Исследовалась подвижность слепой и петли подвздошной кишки относительно правой верхней подвздошной ости и лобкового сочленения. Анатомическое строение слабых мест передней брюшной стенки изучалось исходя не только из конституционального, полового и возрастного различия, но и из анатомического положения органов брюшной полости.

В эксперименте на 64 кроликах изучалась реакция окружающих тканей в зависимости от места нахождения эксплантата (надбрюшинно, подапоневротически, наапоневротически).

Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином и по ван-Гизон.

Клинически обследованы и прооперированы 416 больных с

большими и огромными послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Классификация размеров грыж производилась по Т.П.Макаренко, В.Л.Маневичу, А.В.Упыреву, А.В.Богданову (1984): большая – размеры грыжевых ворот II-30 см в диаметре; огромная – более 30 см.

Послеоперационные большие грыжи были у 193 человек, огромные – у 67. Рецидивные большие – у 98; огромные – у 58. Среди больных с послеоперационными большими грыжами у 113 (58,55%) они были невосправляемыми, а у больных с огромными послеоперационными – у 61 (91,04%). Среди больных с большими рецидивными грыжами – невосправимые отмечены у 96 человек (97,96%): с огромными – у 57 (98,27%).

127 больным (82,41%) до нас аутопластика выполнялась по 2-3 раза, а 11 человек (7,05%) 4-5 раз. Лишь 18 человек (11,54%) до поступления к нам, оперировались один раз.

Изучались сроки возникновения рецидивов и зависимость их появления от места хирургического доступа, характера заболевания, методов предыдущих пластик.

Внясны наиболее характерные жалобы больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Изучены некоторые биохимические показатели крови у этих больных. Косвенно определялось изменение внутрибрюшного давления, путем изучения некоторых показателей функций внешнего дыхания и центральной гемодинамики, в до-и-послеоперационном периоде.

Изучено анатомическое положение органов брюшной полости у оперированных больных, с помощью рентгенологических методов исследования. Определялось положение толстой и тонкой

кишки, желудка, почек, при необходимости состояние желчного пузыря и желчных протоков у больных перед операцией и в различные послеоперационные сроки (до 14 лет).

Кроме этого, у 240 больных (170 человек с различными вентральными грыжами, 70 - с послеоперационными и рецидивными) целенаправленно рентгенологически изучено положение органов брюшной полости. Определялось их удлинение (долиховисцероз) и опущение (висцероптоз).

У больных с грыжами предложены и выполнены не только пластические операции на передней брюшной стенке, но и коррегирующие на органах брюшной полости (исправление анатомического положения и улучшение функционального состояния) и симультанные (удаление патологически измененных органов брюшной полости).

Все оперированные больные разделены на три группы. В первую группу вошли те больные, 73 человека, которым выполнялась только аутопластика грыжевых дефектов. Во вторую (127 человек), которым выполнялись симультанные и небольшие коррегирующие операции на органах брюшной полости (висцеролиз, резекция пряди измененного сальника), и комбинированная пластика передней брюшной стенки. Третья группа, состоящая из 216 человек, это больные, которым производились коррегирующие и симультанные операции на органах брюшной полости в полном объеме. Пластика передней брюшной стенки выполнялась комбинированная, - собственные ткани больного использовались для восстановления брюшинного покрова и топографоанатомического восстановления передней брюшной стенки. Кроме этого передняя брюшная стенка укреплялась надпоясничносетчатым эксплантатом.

У всех трех групп больных с помощью викет и при вызове в клинику изучались наиболее характерные проявления заболевания, которые были у них до операции. В различные послеоперационные периоды, сроки наблюдений тоже до 14 лет было изучено наличие или отсутствие рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Анатомические исследования. У взрослых людей, не имеющих грыж передней брюшной стенки, согласно классификации П.А.Романова (1987), положение органов брюшной полости бывает трех вариантов: нормальное - висцеронорма; удлинение отделов желудочно-кишечного тракта - долиховисцероз; опущение внутренних органов - висцероптоз. Это определяется степенью их фиксации в пренатальном периоде к задней брюшной стенке. Степень их фиксации и положения в брюшной полости определялась по отсутствию или наличию дорсальной брыжейки толстой кишки, уровню положения нижнего изгиба 12-перстной кишки, форме желудка.

При висцеронорме желудок не расширен, большая его кривизна находится на уровне L_{1-2} , слепая, восходящая ободочная, нисходящая и оба изгиба ободочной кишки лежат мезоперитонеально, сигмовидная в виде 1-2 петель на крыле подвздошной кости и спускается в малый таз. Печень в дорсальной позиции, желчный пузырь не увеличен, дно его лишь выступает из-под края печени. 12-перстная кишка в виде подковы, нижний изгиб кишки просматривается через нижний листок брыжины поперечной ободочной кишки. Средняя высота брыжейки тонкой кишки 12 см. Большой сальник в виде фартука, хорошо выражен, богат жировой клетчаткой, низко опускается, прикрывая спереди петли тонкой кишки.

Почки не опущены.

Наличие брыжейки на флангах толстой кишки свидетельствует о неполной фиксации внутренних органов к задней стенке живота, степень которой может быть разной. При высоте дорсальной брыжейки у слепой, восходящей и правого изгиба ободочной справа, а слева у левого изгиба и нисходящей ободочной кишки до 6 см — выявляется удлинение толстой и тонкой кишок — долиховисцероз. Это вариант незавершенной фиксации внутренних органов. При этом желудок расширен, большая кривизна на уровне Л₃, передний край печени выступает из-под реберной дуги, желчный пузырь увеличен в объеме и в большинстве случаев низко свисает из-под переднего края печени. Почки не опущены; 12-перстная кишка удлинена, значительно искривлена её нисходящая часть, нижний изгиб кишки опускается до Л₄. Мегацекум и нередко проз слепой кишки в малый таз. Восходящая ободочная кишка удлинена и расширена, правый изгиб ободочной кишки деформирован и соединен связками с печенью или желчным пузырем. Искривленная длинная поперечная ободочная кишка низко провисает и часто сращена с восходящей и нисходящей ободочными кишками. Удлинение толстой кишки проявляется как увеличением длины всех её отделов, так и преимущественно только правого фланга — правосторонний долихомегаколон, или левого — левосторонний долихомегаколон. Большой сальник также хорошо выражен, богат жировой клетчаткой и спускается до полости малого таза. Длинные петли сигмовидной кишки занимают самое разнообразное положение в нижнем этаже брюшной полости. Высота брыжейки тонкой кишки в среднем равна 17 см.

При сохранении общей брюшки тонкой и толстой кишки, высота которой у слепой, восходящей и правого изгиба ободочной справа, а слева у левого изгиба и нисходящей ободочной кишки колеблется в пределах 6-18 см, наблюдается опущение внутренних органов брюшной полости - висцероптоз. Это вариант крайней степени незавершенной фиксации внутренних органов. При осмотре брюшной полости выявляется гастроптоз - большая кривизна желудка провисает до L₄ и ниже. Печень в вентропентальной позиции, чрезмерно подвижна, желчный пузырь атоничен, переполнен желчью, дно его низко свисает из-под переднего края печени. Опущены обе почки или одна из них, чаще правая. 12-перстная кишка опущена, её нижний изгиб находится на уровне L₅ и ниже. Петли подвздошной, слепой, поперечно-ободочной, сигмовидная лежат в большом и малом тазу, восходящая и нисходящая ободочные - на крыльях подвздошных остей. Опущение толстой кишки может быть как общее, так и одностороннее: правосторонний или левосторонний колоноптоз.

При этом оказалось, что из 120 обследованных анатомически взрослых нефиксированных трупов людей, висцеронорма выявлена у 79 человек (65,83%), долиховисцероз у 35 (29,17%), висцероптоз у 6 (5%). Таким образом долиховисцероз и висцероптоз отмечен у 34,17% обследованных, что можно расценить, как наличие большого числа людей с предрасполагающими факторами к грыжеобразованию.

До сих пор хирургическую анатомию передней брюшной стенки изучали исходя из типов телосложения, пола, возраста, строения пахового промежутка, наследственных признаков, усло-

вий работы и т.д. (В.Н. Шевкуненко - 1935; А.М. Геселевич - 1937; А.Н.Махшииенков - 1972; Т.Ф.Лаврова - 1979 и др.).

Не отрицая эти данные, мы, исходя из теории мультифакторности возникновения грыж (С.А.Долецкий, А.Б.Окулов, Р.В. Жеребцова, О.Р.Бляу - 1986; Н.Л.Захаров - 1986; Н. Анак, А.И.Ленюшкин- 1986; М.Д.Левин - 1986) подошли к изучению хирургической анатомии передней брюшной стенки, не только исходя из конституциональных особенностей, пола и возраста, а исходя из теории врожденной (П.А.Романов - 1983, 1987) и приобретенной мезенхимной недостаточности, а следовательно причинно-следственной взаимосвязанности положения органов брюшной полости и анатомии передней брюшной стенки. Дефект передней брюшной стенки и измененное анатомическое положение органов брюшной полости рассматривается нами при грыжах как взаимозависимый единый комплекс мезенхимной системной недостаточности, который может быть как врожденного, так и приобретенного характера.

При изучении строения мышечно-апоневротических образований передней брюшной стенки выявлено, что ширина белой линии, а также апоневрозов косых мышц живота имеет устойчивую тенденцию к увеличению их размеров от висцеронормы к висцероптозу. Белая линия живота расширена и истончена, пупочное кольцо также расширено.

Особый интерес представляет участок передней брюшной стенки, соответствующий площадям апоневрозов косых мышц живота. Кнаружи от прямых мышц живота - наружная апоневротическая полоса. При висцеронорме чисто апоневротический участок,

При сохранении общей брюшки тонкой и толстой кишки, высота которой у слепой, восходящей и правого изгиба ободочной справа, а слева у левого изгиба и нисходящей ободочной кишки колеблется в пределах 6-18 см, наблюдается опущение внутренних органов брюшной полости - висцероптоз. Это вариант крайней степени незавершенной фиксации внутренних органов. При осмотре брюшной полости выявляется гастроптоз - большая кривизна желудка провисает до L_4 и ниже. Печень в вентропентальной позиции, чрезмерно подвижна, желчный пузырь атоничен, переполнен желчью, дно его низко свисает из-под переднего края печени. Опущены обе почки или одна из них, чаще правая. 12-перстная кишка опущена, её нижний изгиб находится на уровне L_5 и ниже. Петли подвздошной, слепой, поперечно-ободочная, сигмовидная лежат в большом и малом тазу, восходящая и нисходящая ободочные - на крыльях подвздошных остей. Опущение толстой кишки может быть как общее, так и одностороннее: правосторонний или левосторонний колоноптоз.

При этом оказалось, что из 120 обследованных анатомически взрослых нефиксированных трупов людей, висцеронорма выявлена у 79 человек (65,83%), долиховисцероз у 35 (29,17%), висцероптоз у 6 (5%). Таким образом долиховисцероз и висцероптоз отмечен у 34,17% обследованных, что можно расценить, как наличие большого числа людей с предрасполагающими факторами к грыжеобразованию.

До сих пор хирургическую анатомию передней брюшной стенки изучали исходя из типов телосложения, пола, возраста, строения пахового промежутка, наследственных признаков, усло-

вий работы и т.д. (В.Н. Шевкуненко - 1935; А.М. Геселевич - 1937; А.Н.Максименков - 1972; Т.Ф.Лаврова - 1979 и др.).

Не отрицая эти данные, мы, исходя из теории мультифакторности возникновения грыж (С.А.Долецкий, А.Б.Окулов, Р.В. Черепцова, О.Р.Бляу - 1986; Н.Л.Захаров - 1986; Н. Анам, А.И.Ленишкин - 1986; М.Д.Левин - 1986) подошли к изучению хирургической анатомии передней брюшной стенки, не только исходя из конституциональных особенностей, пола и возраста, а исходя из теории врожденной (П.А.Романов - 1983, 1987) и приобретенной мезенхимной недостаточности, а следовательно причинно-следственной взаимосвязанности положения органов брюшной полости и анатомии передней брюшной стенки. Дефект передней брюшной стенки и измененное анатомическое положение органов брюшной полости рассматривается нами при грыжах как взаимозависимый единый комплекс мезенхимной системной недостаточности, который может быть как врожденного, так и приобретенного характера.

При изучении строения мышечно-апоневротических образований передней брюшной стенки выявлено, что ширина белой линии, а также апоневрозов косых мышц живота имеют устойчивую тенденцию к увеличению их размеров от висцеронормы к висцероптозу. Белая линия живота растягивается и истончается, пупочное кольцо также растянуто.

Особый интерес представляет участок передней брюшной стенки, соответствующий площадям апоневрозов косых мышц живота. Кнаружи от прямых мышц живота - наружная апоневротическая полоса. При висцеронорме чисто апоневротический участок,

состоящий из апоневрозов всех трех мышц живота, представляет собой узкую полосу, шириной от 1,02 до 1,12 см у мужчин, и 1,3-2,1 см у женщин. А при долиховисцерозе и висцероптозе она колеблется соответственно у мужчин - 2,38-2,47 см, у женщин - 1,92-2,72 см. Площадь этих участков при висцеронорме равна у мужчин $30,2 \text{ см}^2 \pm 5,12$, у женщин $35,5 \text{ см}^2 \pm 1,00$. При долиховисцерозе и висцероптозе соответственно - $73,00 \text{ см}^2$ и $120,74 \text{ см}^2 \pm 9,12$ ($P < 0,001$).

При всех вариантах ширина апоневроза поперечной мышцы живота значительно выходит кнаружи за мышечную часть внутренней косой мышцы живота, также, как и апоневроз наружной косой мышцы, в силу чего на этом участке мышечную часть брюшной стенки составляют только лишь внутренняя косая мышца живота.

Следовательно, этот участок передней брюшной стенки кнаружи от прямых мышц живота при долиховисцерозе и висцероптозе еще более значительно ослаблен по сравнению с висцеронормой и является потенциально реальным для возникновения на этом уровне наружных грыж живота.

Область пахового канала также резко отличается по анатомическим особенностям строения при различных положениях внутренних органов брюшной полости. Значительно увеличена высота пахового промежутка, расширены поверхностные кольца, как у мужчин, так и у женщин, при долиховисцерозе и висцероптозе, по сравнению с нормой. Глубокие кольца расширены, но в меньшей степени. Длина пахового канала уменьшена у мужчин с 7,3 см до 4,3 см; у женщин с 6,3 до 6,1 см. Смещение в сторону сближения поверхностного кольца пахового канала против глубокого

объясняет слабость паховой области при висцероптозе и долиховисцерозе и обосновывает реальную возможность возникновения паховых грыж при указанных видах положения внутренних органов.

Таким образом, функция удержания внутренних органов при долиховисцерозе и висцероптозе в пределах брюшной полости ослабевает, поскольку площадь мышечной части передней брюшной стенки, по сравнению с апоневротической, уменьшается.

На этом же материале мы провели анатомический эксперимент по низведению слепой кишки, петли подвздошной, относительно правой передне-верхней подвздошной ости и лобкового сочленения, а спереди — за пределы белой линии, при различных положениях органов брюшной полости. При этом оказалось, что при висцеронорме слепая кишка и петля подвздошной низводятся ниже лобкового сочленения не более $2,0 \pm 0,21$ см; верхней подвздошной ости не более $0,80 \pm 0,38$ см; а спереди касаются через большой сальник париетальной брюшины задней поверхности передней брюшной стенки.

При таком положении внутренних органов даже при наличии расширенного пахового канала или пупочного кольца и других предрасполагающих факторов, большой сальник и петли тонкой кишки не могут выйти за пределы брюшной полости, для этого нет анатомических условий.

При долиховисцерозе слепая кишка и петля подвздошной легко низводятся ниже передней верхней ости на $6,00 \pm 0,63$ см; лобкового сочленения $8,67 \pm 2,40$ см; спереди — за пределы передней брюшной стенки.

При таком положении внутренних органов есть анатомичес-

кие предпосылки для развития наружных грыж живота. Для их возникновения нужны лишь производящие факторы в виде резкого повышения внутрибрюшного давления и другие моменты.

При висцероптозе слепая, петля подвздошной кишки свободно низводятся ниже верхней передней подвздошной ости на $17,7 \pm 0,49$ см; лобкового сочленения $17,0 \pm 0,45$ см, а спереди — далеко за пределы передней брюшной стенки.

При таком положении внутренних органов анатомические предпосылки для развития наружных грыж живота особенно ярко выражены: повышенная подвижность внутренних органов и значительная слабость передней брюшной стенки. Предрасполагающие факторы грыжеобразования при определенных условиях ведут к производящим. Например, запоры и повышение внутрибрюшного давления часто являются следствием долиховисцероза и висцероптоза. Следовательно нагноение послеоперационной раны, тяжело протекающий послеоперационный период, кашель и т.д. — в совокупности с чрезмерной анатомической подвижностью органов брюшной полости и слабостью передней брюшной стенки — будут чаще вести к образованию послеоперационных и рецидивных вентральных грыж у таких больных, в сравнении с больными, у которых положение органов брюшной полости и строение передней брюшной стенки обычное.

Клинико-рентгенологическая характеристика
больных с послеоперационными и рецидивными вентраль-
ными грыжами.

Клиническому и рентгенологическому анализу подвергнуты 656 больных с различными видами вентральных грыж. При этом 415 больных с большими и огромными вентральными грыжами

оперированы нами. Помимо этого у 240 больных проведено рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Среди оперированных больных женщин было 294 (70,67%), мужчинами 122 (29,33%). Как у женщин, так и у мужчин преобладали люди работоспособного возраста. Соответственно — 231 (78,57%) и 93 (76,14%). Следовательно, проблема лечения послеоперационных и рецидивных грыж у больных становится не только медицинской, но и социальной.

Грыжеобразование, в зависимости от примененных ранее хирургических доступов у оперированных 416 больных распределилось следующим образом (табл. I).

Таблица I.

Зависимость послеоперационной грыжи
от характера заболеваний и хирургического доступа

Хирургический доступ	Заболевание, по поводу которого была произведена операция	Число больных
Косой разрез	Аппендицит	138
	Холецистит, желчно-каменная болезнь, мочекаменная болезнь	62
	Паховые грыжи	12
Срединная лапаротомия	Острая кишечная непроходимость	49
	Пупочные грыжи	19
Верхнесрединная лапаротомия	Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки	46

Нижнесрединная	Гинекологические заболевания	79
лапаротомия	Тупая травма живота	11

Всего: 416

Как видно из таблицы, места возникновения послеоперационных грыж распределялись почти поровну, что после срединных лапаротомий, что после косых разрезов (204 : 212 случаев), хотя и имеется небольшое превалирование косых разрезов. Следовательно, причины возникновения этих грыж мультифакторны и, как видно из таблицы, мало зависят от места оперативного доступа.

Рецидивные грыжи 156 больных (37,47%) в 99,35 % возникали в течение первого года после операций. В исследуемой группе было только два случая рецидива грыж в более поздние сроки: у одного мужчины рецидив возник спустя 6 лет после комбинированной капронопластики огромной пахово-мошоночной грыжи, и у одной женщины - спустя 3 года после аутопластики пупочной грыжи.

При исследовании грыжевого выпячивания, по размерам грыжевых ворот определялся размер грыжи: большая - 11-30 см; огромная - более 30 см. Следует отметить, что размеры грыжевого мешка всегда значительно превосходили размеры грыжевых ворот. Грыжевыми содержимыми у 374 человек (89,9%) оказывались те или иные отделы кишечника и сальника. Лишь у 42 больных (10,1%) четко определялся только большой сальник. Невправимые грыжи отмечены у 327 человек (78,60%).

Среди больных с рецидивными грыжами 152 человека (97,57%) поступили после произведенной аутопластики. 127 больным (82,41%) аутопластика выполнялась 2-3 раза. 11 человек оперировались 4-5 раз (7,05%). Лишь 18 человек (11,54%) до поступления к нам оперировались 1 раз (грыжесечение с аутопластикой).

Учитывая, что дефект передней брюшной стенки и изменение анатомического положения и функции органов брюшной полости, нами рассматривается как взаимозависимый единый комплекс мезенхимной системной недостаточности, мы изучили общие клинические проявления грыж у больных (табл.2).

Таблица 2.

Жалобы больных	кол-во	%
Выпячивание на передней брюшной стенке	416	100
Боли различной интенсивности, как локальные, так и по всему животу, или в поясничной области	416	100
Хронический запор	317	76,2
Вздутие живота	84	20,18
Понос	23	5,52
Изжога	18	4,32
Тошнота, рвота	9	2,16
Тенденция к увеличению выпячивания	26	6,52
Увеличение массы тела (ожирение II-IV степени)	283	68,04
Уменьшение массы тела	37	8,89

Снижение трудоспособности	319	76,68
Общая слабость, недомогание	372	89,42

При рентгенологическом изучении анатомического положения органов брюшной полости в группе больных из 240 человек выявлено, что 170 человек с различными вентральными грыжами, лишь у одного человека (0,59%) определено нормальное положение органов брюшной полости (висцеронормия). у 99,41% — долиховисцероз, и висцероптоз. В группе с послеоперационными и рецидивными грыжами (70 больных), висцеронормия определена у 4 (5,71%), у остальных же больных рентгенологически найден долиховисцероз или висцероптоз (94,29%). В группе оперированных больных (416 человек) висцеронормия выявлена у 24 (5,7%), долиховисцероз и висцероптоз у 391 больного (94,3%).

Оперируя больных, спайки в брюшной полости различной интенсивности развития выявлены у 413 больных из 416, что составляет 99,28%.

Следовательно, в дооперационном периоде, надо учитывать не только наличие грыжевого дефекта передней брюшной стенки, но и учитывать анатомические и функциональные изменения со стороны органов желудочно-кишечного тракта и других систем.

Косвенно, путем изучения некоторых показателей функции внешнего дыхания (жизненной емкости легких (ЖЕЛ); минутной вентиляции легких (МВЛ); минутного объема дыхания (МОД); резервный объем вдоха (P_0 вд); резервный объем выдоха (P_0 выд) и центральной гемодинамики (ударный объем (УО); минутный объем (МО); сердечный индекс (СИ); общее периферическое сопротивление (ОПС), в дооперационном периоде и пе-

ред выпиской из стационара после операции, мы судили и о внутрибрюшном давлении. При прочих равных условиях, повышенное внутрибрюшное давление влияет не только на грыжеобразование, но и ухудшает функцию внешнего дыхания и центральную гемодинамику. Улучшение анатомического положения и функции органов брюшной полости, ведущее к снижению внутрибрюшного давления, с надежной пластикой дефекта передней брюшной стенки, ведет к излечению больных с грыжами. Устранив же только дефект передней брюшной стенки, мы еще не излечиваем послеоперационную и рецидивную грыжи, как заболевание.

Хирургическое лечение больных
с большими и огромными вентральными послеопераци-
онными рецидивными грыжами

По методам хирургического лечения грыж, всех оперированных больных мы разделили на три группы.

I-я - 73 человека, которым была произведена аутопластика. Здесь женщин было 51, мужчин - 22.

Нет никаких оснований оспаривать, что собственная ткань является лучшей для пластики. Однако необходимо подходить к этому вопросу дифференцированно. Одно дело, когда речь идет о здоровых тканях, функционально дееспособных, помещать которые приходится в анатомически выгодные условия. И совсем другое дело, когда речь идет о тканях морфофункционально измененных в сторону дегенерации, и замещать ими необходимо большие площади.

Начиная наши исследования, мы, как и большинство авторов, мало придавали значения положению органов брюшной по-

лости и функциональному улучшению их работы. Считалось, что достаточно заместить дефект передней брюшной стенки и больной будет излечен.

Предоперационная подготовка у всех больных была одинаковой: очистительные и сифонные клизмы, коррекция водно-солевого обмена, улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и легочной систем.

При ревизии органов брюшной полости производилось удаление патологически измененных органов, в том числе резекция прядей сальника. Однако основное внимание уделялось пластике грыжевого дефекта, чаще всего путем создания дубликатур в различных комбинациях. Конечно, что это вело к уменьшению объема брюшной полости и увеличению внутрибрюшного давления.

Результаты хирургического лечения этой группы больных представлены в таблице № 3.

Таблица 3.

Влияние аутопластики на наиболее характерные функциональные изменения в организме больных в послеоперационном периоде.

Жалобы больных до операции	К-во оперирован: б-х	К-во обследован: б-х и выявл. симпт. после опер.	Функциональные нарушения: нет после опер.	Рецидивы: к-во б-х	Имеется функциональное нарушение после опер.
1	2	3	4	5	6
Выпячивание на передней брюшной стенке	73	67	24	32,87	от числа оперированных

I	2	3	4	5	6	7	8	9
Боль различной локализации и интенсивности	73	67	21	31,34			46	68,65
Хронический запор	57	53	12	22,64			41	77,36
Вздутие живота	16	13	3	23,08			10	76,92
Плонос	4	3	2	66,67			1	33,33
Изжога	4	3	2	66,67			1	33,33
Тошнота, рвота	2	2	1	50,00			1	50,00
Тенденция к ущемлению выпячивания	5	5	3	60,00			2	40,00
Увеличение массы тела (ожирение II-III-IV степени)	56	50	50				50	100
Уменьшение массы тела	6	6	2	33,33			4	66,67
Снижение трудоспособности	61	55	12	21,82			43	78,18
Общая слабость, недомогание	70	64	18	28,13			46	71,87

Примечание: процент функциональных нарушений высчитывался от числа обследованных больных с конкретным функциональным нарушением. Ряд жалоб у больных сочеталось, поэтому итоговое число больных не равно числу всех обследованных (67 человек). Соответственно и процент нарушений в общем итоге не равен ста.

Таким образом, приведенные данные в таблице № 3 говорят о том, что в ряде случаев аутопластика приводит к хорошим результатам.

Однако у больных остается много функциональных изменений со стороны желудочно-кишечного тракта. Это ведет к неудовлетворению результатами оперативных вмешательств. Хотя ранний послеоперационный период протекает удовлетворительно, осложнения со стороны раны (нагноения, свищи передней брюшной стенки) отмечены у 15,07% больных. Рецидивы грыж у больных этой группы представлены в табл. № 4.

Таблица 4.

Рецидивы грыж после аутопластики

Способ операции	Сроки наблюдений								итого	%
	3 мес.	6 мес.	9 мес.	1 год	2 года	3 года	6 лет	до 1 года		
Аутопластика	7	10	2	3	1	1	-	24	32,87	

При дальнейшем изучении больных, как при вызове в клинику, так и по данным анкет, отмечено, что наряду с рецидивами осталось много клинических проявлений грыж, присущих им до операции. Это классифицировалось нами в виде самочувствия больных (хорошее, удовлетворительное, плохое). Из 43 обследованных (помимо больных с рецидивами) у 21 (31,34%) самочувствие расценено как хорошее. Это нет болей в животе. Исчезли те жалобы у больного, какие беспокоили его до операции (нормализовался стул, нет вздутый живота, улучшилась работоспособность, сон и т.д.). У 13 (19,41%) - удовлетворительное. Рецидива грыжи нет, но остались упорные запоры, непостоянные боли в животе, не очень интенсивные вздутия, работоспособность снижена.

У 9 (13,43%) - плохое. Рецидива грыжи нет, но беспокоят или упорные запоры, или постоянные боли, довольно интенсивные. Значительно снижена работоспособность, остались явления дискомфорта и другие неблагоприятные моменты, отрицательно влияющие на больного.

Следовательно, если суммировать полученные данные, то наряду с 32,87% рецидивов, у 32,84% обследованных больных остались, несмотря на отсутствие рецидивов, те или иные функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Контрольные исследования некоторых показателей функции внешнего дыхания и центральной гемодинамики у оперированных больных этой группы, перед выпиской из стационара, говорили о том, что изменения в сторону улучшения их были незначительными, или оставались без перемен. А именно: ЛЕЛ - $78,4\% \pm 1,77$; КВЛ - $81,2\% \pm 3,04\%$; МОД - $122,6\% \pm 5,3\%$; P_0 вд - $2,64 \pm 0,08$ л, P_0 выд - $0,62 \pm 0,02$ л. УО - 60 мл; МО - 4,5 л/мин.; СИ - 2,5 л/мин./м²; ОПС - 1200 дин.см⁻⁵.

Значит, выполняя только локальную пластику передней брюшной стенки при больших вентральных грыжах, мы не ликвидируем грыжу как заболевание.

Второй группе больных (127 человек) выполнялись симультаные и небольшие коррегирующие операции на органах брюшной полости (висцеролиз, резекция пряди измененного сальника) и комбинированная пластика передней брюшной стенки. Собственные ткани больного использовались для восстановления целостности брюшинного покрова, без уменьшения объема брюшной полости. Во время операции, как правило, выполнялся окаймляющий разрез

с иссечением старого послеоперационного рубца. Разрез всегда должен быть большим по величине, чем операционный рубец.

Острым путем, единым блоком, удаляется кожа с подкожной клетчаткой, до апоневроза. Если грыжевой дефект более 30 см, то иногда грыжевой мешок полностью не иссекался. Мы его использовали для создания целостности брюшинного покрова собственными тканями больного.

Операция висцеролизиса отнесена нами к корригирующим операциям потому, что спаечный процесс у 99,27% оперированных нами больных, отмечался не только в зоне грыжевых ворот, но и вдали от них.

Для предотвращения осложнений в послеоперационном периоде, из-за спаечной болезни, которые ставят под угрозу не только качество пластики грыжи, но и жизнь больного, мы и производим обязательно висцеролиз. Исправляем, естественно деформации органов желудочно-кишечного тракта, вызванные спайками.

Несколько особо стоит остановиться на отношении в этих ситуациях к большому сальнику. Известна его защитная роль и пластические свойства в брюшной полости (Д.Либерманн-Мефферт, Х.Уайт, 1989). У этих же больных, вследствие сращений, перетяжек, невосприимчивости нарушается крово-и лимфообразование, прогрессирует спайки. Большой сальник имел грубый и неровный вид, иногда с точечными кровоизлияниями, часто сморщенный и скрученный, прочно сращенный с окружающими органами. Поэтому этой группе больных мы производили частичную резекцию сальника, что устраняло и деформацию органов брюшной полости.

Учитывая, что среди наших пациентов преобладали женщины (70,67%) и среди них было 88,43% с ожирением II, III, IV степени, то мы частично, таким образом уменьшали и объем органов брюшной полости.

Нам кажется оправданным и выполнение симультанных операций при грижесечении. Так как мы подвергаем определенному риску тех больных, у которых остается тот или иной патологически измененный орган в брюшной полости. Например, камни в желчном пузыре, хронически воспаленный червеобразный отросток, киста, фибромиома матки и т.д.

После проведения частично корригирующих и симультанных операций в брюшной полости, мы выполняем комбинированную пластику передней брюшной стенки. Восстанавливаем целостность брюшинного покрова собственными тканями больного. При огромных грыжах для этого используем частично грыжевой мешок, или производим дополнительное рассечение передних листков влагалищ прямых мышц живота или поверхностных листков апоневрозов наружных косых. Цель — не уменьшать объема брюшной полости. А для того, чтобы не страдала крепость передней брюшной стенки, после рассечения передних листков апоневрозов, тотчас всю зону оперативного вмешательства укрепляли единым лоскутом сетчатого эксплантата, с захождением за края разрезов в апоневрозах не менее 3-5 см. Укрепляли его к апоневрозу отдельными узловыми капроновыми или лавсановыми швами как по периферии, так и в центре. Подкожно-жировая клетчатка ушивалась поэтапно-позатжно, чтобы не оставалось карманов. Предварительно место нахождения эксплантата дренировалось отдельными перфо-

рированными хлорвиниловыми трубками через отдельные проколы кожи. Через эти дренажи удобно промывать область оперативного вмешательства, вводить антибиотики, антисептики и т.д. Дренажи извлекались через 4-5 дней.

Для того, чтобы определить наилучшее место нахождения эксплантата в тканях передней брюшной стенки, мы провели эксперименты на 64 кроликах. Эксплантаты помещались надбрюшинно, под- и надпояснично и изучалась реакция тканей, с помощью гистологических исследований. Окраска препаратов производилась гематоксилин-эозином и по ван-Гизон. При этом оказалось, что при нахождении эксплантата надбрюшинно в брюшной полости развивается интенсивный спаечный процесс. Нет спаечного процесса в брюшной полости при размещении эксплантата надпояснично. Почти до года гистологически в тканях отмечалась отечность. Удобство манипуляций с эксплантатом надпояснично и полученные экспериментальные данные об отсутствии спаек в брюшной полости, при расположении эксплантата здесь, позволили нам его размещать над апоневрозом.

Общесоматические осложнения в этой группе больных были примерно такие же, как и в предыдущей, постоперационная гипертония, стенокардия напряжения, послеоперационная пневмония, тромбозы нижних конечностей, всего - 4,68%).

Осложнения со стороны раны, в основном за счет экссудативно-пролиферативных процессов увеличились на 3% и составили 18,08%. В этой группе больных мы проводили тоже однотипные исследования (табл. № 5).

Влияние небольших корригирующих операций, комбинированной пластики передней брюшной стенки на наиболее характерные функциональные изменения в организме больных в послеоперационном периоде.

Категория больных до операции	К-во опер.	К-во опер.	Функции		Рецидивы		Имеется ли нарушение после операц.	
	О-х и выявл. симптомов до опер.	О-х и выявл. симптомов после опер.	Загущение и нет	после операц.	К-во О-х	%	К-во О-х	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Выпячивание на передней брюшной стенке	127	114	110	90,49	4	3,51	от числа опериров.	
Боли различной интенсивности и локализации	127	114	74	64,91			40	35,09
Хронический запор	87	84	59	70,23			25	29,77
Вздутие живота	23	21	12	57,14			9	42,86
Понос	8	7	5	71,43			2	28,57
Изжога	6	5	4	80,00			1	20,00
Тошнота, рвота	3	3	2	66,67			1	33,33
Тенденция к увеличению выпячивания	8	8	7	87,5			1	12,5
Увеличение массы тела (ожирение II-IV ст.)	78	65	4	6,16			61	93,84

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Уменьшение массы тела	9	7	5	71,43				2	28,57
Снижение тру- доспособности	88	75	52	69,33				23	20,67
Общая слабость, недомогание	104	91	78	85,71				13	14,29

При исследовании функции внешнего дыхания и центральной гемодинамики - показатели в послеоперационном периоде изменялись незначительно в сторону улучшения или не изменялись.

Таким образом, несмотря на то, что рецидивы в этой группе больных значительно уменьшались (3,51%), со стороны органов желудочно-кишечного тракта оставались в большом количестве функциональные нарушения.

Третья группа больных, состоящая из 216 человек исследована точно такими методами и сроки наблюдений составили до 14 лет. Однако этой группе больных в полном объеме проводились корригирующие и симультанные операции на органах брюшной полости. Комбинированная пластика передней брюшной стенки проводилась по такой же методике, как и второй группе больных.

После герниолапаротомии, ревизии органов брюшной полости, висцеролиза, резекции сальника, выполнения симультанных операций, устранения деформаций органов брюшной полости, производилось восстановление анатомического положения органов в брюшной полости. Цель - воссоздавая обычное анатоми-

ческое положение органов брюшной полости, добиться улучшения их функционального состояния. Тем самым улучшить результаты операции.

У 182 больных вследствие наличия хронического оментита грубых перетяжек, деформаций поперечно-ободочной кишки, вставания сальника в одно- и многокамерные грыжевые мешки, была произведена его полная резекция. Культы сальника перитонизированы, поперечно-ободочная кишка расправлена. Для удержания её в анатомическом положении и улучшения её функции во всех случаях за остатки культей сальника она была подшита к желудочно-ободочной связке по большой кривизне желудка.

У остальных больных этой группы явления оментита были менее выражены, поэтому здесь им ограничивались резекцией наиболее измененной его части.

При право- или левосторонней долиховисцерозе, висцероптозе, тотальном висцероптозе мы применяли колонопексию к задне боковой париетальной стенке по П.А.Романову (1987) и В.Г.Усу (1988). Методика операций этих авторов взята нами за основу, модифицирована применительно к вентральным грыжам различной локализации и применяется в клинике (положительное решение ГКНТ СССР от 18.IV.1990г. на заявку № 4608082/30-14.161622).

При расположении грыж в правой половине живота (после аппендэктомии, холецистэктомии, правосторонней нефрэктомии и т.д.) и наличия правостороннего долиховисцероза или висцероптоза — производили правостороннюю колонопексию. Отдельные узловые швы проводили через сальниковую мышечную ленту и заднебоковую париетальную стенку. Перед фиксацией область

зон соединения смазывалась 70° спиртом. Фиксировали как минимум три отдела правой половины толстой кишки: верхнюю часть слепой, восходящую и печеночный угол поперечно-ободочной.

При наличии грыж слева (после левосторонних нефрэктомий, спленэктомий или после срединных лапаротомий) и при наличии левостороннего долиховисцероза, висцероптоза, долихосигмы - производилась левосторонняя колонопексия, тоже за верхнюю часть сигмовидной, нисходящую кишку и селезеночный угол поперечно-ободочной. Сигмопликация производилась по Гаген-Горну. Нами выполнено всего 57 колонопексий. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у этой группы больных были такие же, как и у предыдущей.

Расширение объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости не увеличило числа осложнений. Наоборот, работа кишечника восстанавливалась быстрее, нормализовался стул, исчезали боли в животе. Больные раньше активизировались. Комплекс лечебных мероприятий в послеоперационном периоде был одинаков во всех трех группах больных. Однако уменьшение объема органов брюшной полости, стремление к неуменьшению объема брюшной полости - благоприятно сказывались на течении раннего послеоперационного периода.

Отдаленные функциональные результаты прослежены в этой группе больных, также, как и I и II и представлены в таблице № 6.

влияние корригирующих операций, с выполнением колонопексий, симультанных и комбинированной пластики передней брюшной стенки из наиболее характерные функциональные изменения в организме больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами.

Таблица 6.

Анализ О-х до операции	к-во опер.	к-во обсл. О-х и выявл. симпт. до опер.	к-во О-х и выявл. симпт. после опер.	функц. наруш. нет после операции	Рецидивы	к-во О-х	г	имеется функц. нарушения после опер.
				к-во О-х	г			к-во О-х
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Выпячивание на передней брюшной стенке	216	199	-	-	-	-	-	-
Воли различной интенсивности и локализации	216	199	182	91,41			17	8,59
Хронический запор	173	173	162	93,65			11	6,35
Вздутие живота	45	42	39	92,86			3	7,14
Понос	11	9	8	88,88			1	11,12
Изжога	8	6	5	83,33			1	16,67
Тошнота, рвота	4	4	4	100			-	-
Тенденция к уменьшению выпячивания	13	13	13	100			-	-
Увеличение массы тела (ожирение II-IV ст.)	149	132	21	15,9			III	84,1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Уменьшение массы тела	22	20	19	95				1	5
Снижение трудоспособности	170	153	143	93,46				10	6,54
Общая слабость, недомогание	198	181	170	93,92				11	6,08

В этой группе больных рецидива грыж не было. Обращает на себя внимание значительное снижение функциональных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта у тех больных, которым выполнялись комплексные хирургические вмешательства с резекцией измененного сальника, трансверзо-и-кодонопексией, симультанными операциями при лечении послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров.

Следует отметить, что после этих операций, значительно улучшились показатели внешнего дыхания и центральной гемодинамики. Например: перед операцией у многих больных показатели внешнего дыхания и центральной гемодинамики были снижены, часто почти до резких отклонений от нормы. В послеоперационном периоде показатели у этих же больных были на уровне умеренных отклонений от нормы: $\text{МВЛ} - 76,2\% \pm 1,76\%$; $\text{МВЛ} - 79,8\% \pm 3,02\%$; $\text{МОД} - 122,8\% \pm 5,2\%$; $\text{Р}_0 \text{ вд} - 2,62 \text{ л} \pm 0,06 \text{ л}$; $\text{Р}_0 \text{ выд} - 0,62 \text{ л} \pm 0,03 \text{ л}$; мощность вдоха - $3,4 \text{ л/с} \pm 0,06 \text{ л/с}$; мощность выдоха - $3,6 \text{ л/с} \pm 0,06 \text{ л/с}$; $\text{УО} - 80 \text{ мл}$; $\text{МО} - 5,0 \text{ л/мин.}$; $\text{СИ} - 3,0 \text{ л/мин/м}^2$; $\text{ОПС} - 1300 \text{ дин.см}^{-5}$. Это косвенно говорило, при прочих равных условиях, и о нормализации внутрибрюшного давления.

Отдаленные результаты, сроки наблюдения до 14 лет, из 416 оперированных нами больных изучены у 380, что составило 91,35%. Из группы больных в 343 человек, обследовано 313 (91,25%). Рецидивы возникали, как правило, в первый год после операции. Всего рецидивы выявлены у 4-х человек из 343, что составило 1,17%.

Таким образом, исходя из приведенных данных следует отметить, что для успешного хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров, необходимо производить не только пластику грыжевых дефектов передней брюшной стенки, но и выполнять корректирующие и симультанные операции на органах брюшной полости.

При любых видах грыж, а при больших послеоперационных и рецидивных в особенности, имеется почти постоянно нарушения анатомического положения и функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта и других систем. При долиховисцерозе и висцероптозе отмечается и слабость передней брюшной стенки. Так как системная мезенхимная недостаточность, будь то врожденная или приобретенная, протекает как с изменением положения органов брюшной полости и нарушением их функции, так и с дефектами передней брюшной стенки. Естественно, всё это взаимосвязано и представляется нам как единый взаимосвязанный комплекс мезенхимной недостаточности. Неанатомичное положение органов брюшной полости ведет к изменению их функции, увеличению объемов, повышению внутрибрюшного давления. Слабость передней брюшной стенки - к увеличению размеров грыжевого выпячивания. Увеличивавшийся в размерах грыжевой мешок тоже

тянет на себя органы брюшной полости.

Возникают анатомические изменения в положении органов брюшной полости, и функциональные расстройства как с их стороны, так и со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем.

Следовательно, понимание этого механизма грыжеобразования как единого целого и целенаправленное устранение изменений со стороны органов брюшной полости и передней брюшной стенки — могут обеспечить хорошие послеоперационные ближайшие и отдаленные результаты.

Все сказанное позволяет рекомендовать данный метод для широкого внедрения в клиническую практику лечебных учреждений.

ВЫВОДЫ.

1. Строение передне-боковой брюшной стенки у людей различается не только по полу, возрасту и конституции, но и зависит от положения органов брюшной полости. При висцероптозе и до-лиховисцерозе отмечается увеличение апоневротических пластин мышц передней брюшной стенки, а также увеличение размеров пупочного и паховых колец, ширины белой линии.

2. Долиховисцероз и висцероптоз выявлен у 99,41% больных с вентральными грыжами и у 94,29% с послеоперационными и рецидивными, что позволяет рассматривать грыжи, как системное, мультифакторное заболевание, как единый взаимозависимый комплекс мезенхимной недостаточности.

3. Для успешного лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров необходимо сочетать укрепление передней брюшной стенки с коррегирующими опе-

рациями на органах брюшной полости, для восстановления их нормального анатомического положения и функции. Корректирующие операции на органах брюшной полости восстанавливают нормальное анатомическое положение, уменьшают их объем и улучшают ближайшие и отдаленные функциональные результаты.

4. Выполнение корректирующих операций на органах брюшной полости и комбинированной пластики передней брюшной стенки способствует значительному улучшению центральной гемодинамики и внешнего дыхания в послеоперационном периоде, что является косвенным показателем нормализации внутрибрюшного давления, чего нет при локальном укреплении только передней брюшной стенки.

5. Собственными тканями больного следует производить восстановление целостности брюшинного покрова передней брюшной стенки. При огромных грыжах передней брюшной стенки, чтобы не уменьшать объема брюшной полости, для укрытия дефектов собственными тканями больного, выполнять послабляющие разрезы на передних листках влагалищ прямых или апоневрозов наружных косых мышц живота. Дополнительное укрепление зоны пластики производить сетчатыми эксплантатами. Надaponевротическое расположение эксплантата уменьшает вероятность образования спаек в брюшной полости.

6. Наличие лигатурных свищей передней брюшной стенки, инфильтратов её, абсцессов – не является абсолютным противопоказанием для применения сетчатых эксплантатов с целью пластики

7. Большие и огромные вентральные грыжи леченные методом лишь аутопластики дают 32,87% рецидивов. Остается значительное количество функциональных расстройств со стороны желудочно-

кишечного тракта.

8. Комплексное хирургическое лечение больных с большими и огромными грижами направлено на излечение их, как заболеваний. Корректирующие и симультанные операции при плановом выполнении не ведут к утяжелению состояния больных. Летальных исходов при выполнении этого вида операций не было.

9. Комплексное хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров в отдаленные послеоперационные сроки дает 1,17% рецидивов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для распознавания анатомического положения органов брюшной полости при больших и огромных грижах больным необходимо производить контрастное рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

2. Проводить изучение функционального состояния желудочно-кишечного тракта и других органов и систем.

3. У этих больных обязательна герниолапаротомия с устранением деформаций, органов, иссечением или рассечением спаек, восстановлением нормального анатомического положения органов брюшной полости.

4. Восстановление нормального анатомического положения органов брюшной полости можно выполнять с помощью резекций резко измененного сальника, трансверзо-и-колонопексий и других корректирующих операций.

5. Пластику передней брюшной стенки выполнять так, чтобы не уменьшать объема брюшной полости.

6. Зону пластики дополнительно укреплять сетчатыми эксплантатами.

7. Область оперативного вмешательства дренировать перфорированными трубками на 4-5 дней.

ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Епатов С.И., Позняк В.Н., Колтонюк В.М., Шкутько Г.В., Русин Н.Н., Смотриш С.М., Шарпило К.М. Применение капроновой ткани для пластики брюшной стенки при послеоперационных и рецидивных грыжах живота // Здравоохранение Белоруссии. 1982. Депонир. во ВНИИММ ИЗ СССР. МРЛ. р. 1У. № 2, публ. 372, 1983.

2. Епатов С.И., Колтонюк В.М. Симультанние операции при больших рецидивных и послеоперационных ventralных грыжах // Здравоохранение Белоруссии. 1988. Депонир. во ВНИИММ ИЗ СССР. № Д 16677 от 5.12.1988.

3. Епатов С.И., Колтонюк В.М. Пластика передней брюшной стенки при послеоперационных и рецидивных грыжах // Хирургия. - № 8. - 1988. - с. 115-118.

4. Kolsonjuk V. M., Romanov P.A. Anterior ventral hernias and visceroprosia. // XXII Morphological Congress with International Participation. Kosice. - May 28-31. - 1989. - P. 89.

5. Колтонюк В.М. Комплексное хирургическое лечение больших и огромных послеоперационных и рецидивных ventralных грыж // Справка ИЗ БССР, Минск, 1989 от 24.05.89г., заказ 422, уч. изд. л. - 0,7, тираж 400 экз. с. I-10.

6. Колтонюк В.М. Пластика больших и огромных дефектов передней брюшной стенки // Гродненский госмединститут. Гродно. -

1989.- Депонир.в НПО "Совзмединформ" 19.У1.1989г. №Д-17969.

7. Колтоняк В.М. К вопросу о резекции салъника при болящих послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах //Гродненский госмединститут. Гродно.- 1989.- Депонир.в НПО "Совзмединформ" 16.У1.1989г. № Д-17968.

8. Апатов С.И., Романов П.А., Колтоняк В.М. Хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж //Вестник хирургии.- 1990.- № 3.- с.29-31.

9. Колтоняк В.М. Особенности клиники у болящих с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами //Гродненский госмединститут. Гродно.- 1990.- Депонир.в НПО "Совзмединформ" Д-19103 от 24.1.1990г.

10. Колтоняк В.М. Течение раннего послеоперационного периода у болящих после комплексного хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж //Гродненский госмединститут. Гродно.- 1990.- Депонир.в НПО "Совзмединформ", Д-19104 от 24.1.1990г.

11. Колтоняк В.М. Отдаленные результаты лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж //Гродненский госмединститут. Гродно.- 1990.- Депонир.в НПО "Совзмединформ", Д-19105 от 24.1.1990г.

12. Колтоняк В.М. Профилактика ущемлений послеоперационных и рецидивных вентральных грыж //Здравоохранение Белоруссии.- 1990.- № 7.- с.18-19.

13. Апатов С.И., Колтоняк В.М., Позняк В.Н., Сютрин С.М., Садовничий В.Т. Причины летальности при ущемленных грыжах //Здравоохранение Белоруссии.- 1990.- № 7.- С.20-21.

14. Колтоняк В.М. Диагностика и комплексное хирургическое

лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров //Методические рекомендации.- Гродно.- 1990.- 24с.

15. Апатов С.И., Колтоник В.М. Способ хирургического лечения вентральных грыж при долихоколон //Положительное решение ГКНТ СССР от 18.IV.1990г. на заявку № 4608062/30-14 (161622).