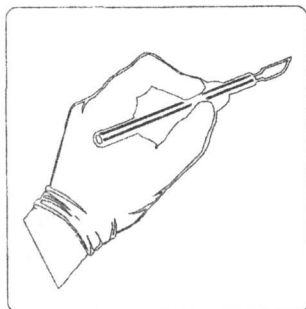


Л и т е р а т у р а

1. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Зайков Е.И. // Неотложная хирургия органов брюшной полости. Хабаровск, 1981. С.80-83.
2. Корита В.Р., Михеткина С.И. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.108-110.
3. Carter R., Anderson S.R. // Brit J. Surg. 1994 Vol 81, №6. P.869-871.
4. Перминова Г.И. Лапароскопия в ургентной хирургии: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1987. 49 с.
5. Малиновский Н.Н., Балалыкин А.С. // Хирургия. 1995. №5. С.7-9.
6. Емельянов С.И. // Эндоскоп. хирургия. 1997. №2. 54 с.
7. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 19 с.
8. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. // Эндоскоп. хирургия. 1995. №1. С.5-8.
9. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Ташкинов Н.В. и др. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.119-121.
10. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и др. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №1. С.13-15.
11. Борисов А.И., Григорьев С.Г. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 13 с.
12. Перминова Г.И., Соколов А.А., Сиротинский В.В. и др. // Хирургия. 1993. №7. С.67-71.
13. Агафонов И.В., Давыдов А.А., Крапивин Б.В. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2001. №2. 2 с.
14. Савельев В.С., Кригер А.Г. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №3. С.3-6.



УДК 617.55 - 077.43 : 616 - 089.844 - 053.8 (571.66 - 25)

В.Н. Пак, Н.В. Ташкинов

ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ "ЛИНТЕКС" И "КАРБОНИКУС И" ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск; городская больница №2, г. Петропавловск-Камчатский*

Р е з ю м е

Надапоневротическое применение при рецидивных вентральных грыжах отечественных синтетических материалов "Линтекс" и "Карбоникус И" сопровождается более редкими раневыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде и более низкой частотой рецидивов в отдаленном периоде после операции по сравнению с герниопластикой местными тканями.

V.N. Pak, N.V. Taschkinov

REPAIR OF RECURRENT INCISIONAL HERNIAS USING HOME MESH "LINTEX" AND "CARBONICUS I"

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk,
Hospital №2, Petropavlovsk-Kamchatsky*

S u m m a r y

Onlay-method of repair of recurrent incisional hernias with "Lintex" and "Carbonicus I" demonstrates decrease of morbidity and recurrence rate in comparison with traditional technique without using prosthetic materials.

Несмотря на постоянное совершенствование техники хирургических операций, количество больных с послеоперационными вентральными грыжами остается достаточно большим. По данным разных авторов, после абдоминальных операций у 2-20% больных формируются послеоперационные вентральные грыжи [10, 12, 13]. В свою очередь устранение послеоперационных вентральных грыж местными тканями в 30-63% случаев приводит к формированию рецидивных грыж передней брюшной стенки, представляющих еще более сложную задачу для хирурга [8, 11, 14, 15]. Например, по данным некоторых авторов, частота повторных возвратов грыж после герниопластики рецидивных вентральных грыж (РВГ) достигает 60-100% в зависимости от размеров грыж и количества предшествующих рецидивов [9].

Очевидно, что такой высокий процент рецидивов не мог удовлетворить хирургов. Одним из путей, позволяющих уменьшить частоту рецидивов послеоперационных вентральных грыж за счет уменьшения числа раневых осложнений, явилась

Таблица 1

Частота развития общих послеоперационных осложнений при различных видах герниопластики рецидивных вентральных грыж

Общие осложнения	Пневмония	Парез кишечника	Инфаркт миокарда	Всего
Герниопластика местными тканями (n=31)	3 (9,7)	2 (6,4%)	1 (3,2%)	6 (19,3)
Герниопластика имплантатом "Карбоникус И" (n=16)	1 (6,2)	1 (6,2)	(0)	2 (12,4)
Герниопластика имплантатом "Линтекс" (n=19)	1 (5,3)	1 (5,3)	(0)	2 (10,6)

Примечание. Данные приведены в количественном отношении, в скобках — в процентном.

разработка и применение видеолапароскопических вмешательств с использованием синтетических материалов [3, 16, 17]. В то же время, эндохирургический метод лечения имеет ряд недостатков, ограничивающих его широкое применение: необходимость оснащения дорогостоящим оборудованием и специальная подготовка хирурга к проведению эндохирургических вмешательств [7, 8]. Другим методом лечения РВГ, направленным на уменьшение частоты рецидивов заболевания, стало применение во время "открытой" герниопластики синтетических имплантатов, среди которых наиболее часто использовались имплантаты на основе полипропиленовой сетки, из политетрафлюорэтилена и полиэстеровой сетки [1, 3, 5, 8, 14]. Во всех этих работах проводится анализ использования при герниопластике дорогостоящих импортных синтетических имплантатов, которые не всегда доступны пациенту в нашей стране. В то же время, мы обнаружили в литературе только единичные работы [2, 4], посвященные анализу применения отечественного углеродного имплантата "Карбоникус И" при лечении рецидивных вентральных грыж. Это явилось причиной проведения более углубленного изучения данной проблемы.

Материалы и методы

Нами проведен сравнительный анализ результатов планового оперативного лечения 66 больных с рецидивными вентральными грыжами, которые находились на лечении в хирургическом отделении городской больницы №2 г. Петропавловска-Камчатского с 1987 по 2004 г.

В I группу вошли 16 пациентов с рецидивными вентральными грыжами, которым в период с 1997 по 2000 г. применялась аллопластика Onlay-способом с использованием отечественного углеродного имплантата "Карбоникус И".

II группу составили 19 больных с рецидивными вентральными грыжами, которым за период с 2001 по 2004 г. применялась аллопластика Onlay-способом с использованием отечественного полипропиленового имплантата "Линтекс".

В контрольную группу вошли пациенты (31 чел.) с рецидивными вентральными грыжами,

Таблица 2

Частота развития раневых осложнений при различных видах герниопластики рецидивных вентральных грыж

Раневые осложнения	Нагноение	Инфильтрат	Лимфорея	Серома	Всего
Герниопластика местными тканями (n=31)	3 (9,6)	2 (6,4)	1 (3,2)	3 (9,6)	9 (28,8)
Герниопластика имплантатом "Карбоникус И" (n=16)	2 (12,5)	(0)	(0)	2 (12,5)	4 (25)
Герниопластика имплантатом "Линтекс" (n=19)	1 (5,3)	(0)	1 (5,3)	2 (10,6)	4 (21,2)

Примечание. Данные приведены в количественном отношении, в скобках — в процентном.

которым с 1987 по 1996 г. производилась герниопластика местными тканями.

Результаты и обсуждение

Для сравнительной оценки результатов герниопластики рецидивных вентральных грыж мы использовали три показателя:

- частоту общих послеоперационных осложнений;
- частоту раневых послеоперационных осложнений;
- частоту рецидивов заболевания в отдаленном периоде.

Сравнительная характеристика общих осложнений после герниопластики РВГ местными тканями и аллопластики РВГ с применением синтетических имплантатов представлена в табл. 1.

Как видно из представленной таблицы, общие осложнения после герниопластики местными тканями наблюдались в 6 (19,3%) случаях, после герниопластики с использованием имплантата "Карбоникус И" — в 2 (12,4%) случаях и после герниопластики с использованием имплантата "Линтекс" — в 2 (10,6%) наблюдениях. Уменьшение частоты общих осложнений при герниопластике с использованием полипропиленового имплантата "Линтекс" по сравнению с герниопластикой местными тканями статистически недостоверно ($p > 0,05$), уменьшение частоты общих осложнений после герниопластики с использованием имплантата "Карбоникус И" по сравнению с пластикой местными тканями также статистически недостоверно ($p > 0,05$).

Сравнительная характеристика раневых осложнений после герниопластики рецидивных вентральных грыж местными тканями и аллопластики рецидивных вентральных грыж с применением углеродного имплантата "Карбоникус И" и полипропиленового имплантата "Линтекс" представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, раневые осложнения после герниопластики местными тканями наблюдались в 9 (28,8%) случаях, после герниопластики с использованием имплантата "Карбоникус И" — в 4 (25%) случаях и после герниопластики с

Таблица 3

Частота рецидивов заболевания после различных видов герниопластики рецидивных вентральных грыж

Вид герниопластики	Сроки наблюдения (лет)	Рецидив заболевания (случаев)	%
Местными тканями (n=26)	8-18	17	65,4
Имплантатом "Карбоникус И" (n=15)	3-8	1	6,7*
Имплантатом "Линтекс" (n=15)	1-4	-	0*

Примечание. * — различия по сравнению с показателями контрольной группы статистически достоверны ($p < 0,01$).

использованием имплантата "Линтекс" — в 4 (21,2%) наблюдениях. Анализ полученных результатов свидетельствует, что частота раневых осложнений при герниопластике местными тканями существенно не отличается от осложнений после использования имплантатов "Линтекс" и "Карбоникус И". В то же время, нагноения послеоперационной раны у 3 больных после аллопластики привело к удалению имплантата только в одном случае. Это связано, по нашему мнению, с высоким качеством современных имплантатов, с применением при аллопластике длительно рассасывающихся или нерассасывающихся монофиламентных нитей и с проведением комплекса мероприятий по профилактике раневых осложнений. В данный комплекс входила профилактическая антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия, вакуумное дренирование подкожной клетчатки по Редону, а также использование специальных, сдавливающих область операции, бандажей. Частота рецидивов заболевания в отдаленном периоде после различных видов герниопластики рецидивных вентральных грыж представлена в табл. 3.

Как видно из представленной таблицы, после герниопластики рецидивных вентральных грыж местными тканями грыжи рецидивировали в 65,4% случаев, после герниопластики с использованием имплантата "Карбоникус И" — в 6,7%. Причиной рецидива после герниопластики с использованием имплантата "Карбоникус И" явилось нагноение операционной раны. После герниопластики с использованием синтетического материала "Линтекс" рецидивов заболевания не наблюдалось.

Несмотря на различные сроки, прошедшие у больных разных групп после герниопластики, проведение сравнения отдаленных результатов, по нашему мнению, допустимо, так как подавляющее количество возвратов грыж наблюдается, как правило, в течение первого года после операции. Например, по данным некоторых авторов, у 80,5% больных грыжи рецидивировали в течение первого года после операции [5].

Выводы

1. Диагноз рецидивной вентральной грыжи является абсолютным показанием к проведению аллопластики с использованием синтетических материалов. Противопоказанием к плановой ал-

лопластике рецидивных вентральных грыж являются тяжелые сопутствующие заболевания со стороны легких и сердечно-сосудистой системы.

2. Герниопластика с использованием углеродного имплантата "Карбоникус И" и полипропиленового имплантата "Линтекс" при рецидивных вентральных грыжах сопровождается общими послеоперационными осложнениями, соответственно, в 12,4 и 10,6% случаев, что достоверно ниже по сравнению с частотой общих осложнений после герниопластики местными тканями — 19,3%.

3. Применение предлагаемого нами комплекса мероприятий по профилактике раневых осложнений позволило незначительно уменьшить этот показатель с 28,8% при герниопластике местными тканями до 25,0% при использовании углеродного имплантата "Карбоникус И" и до 21,2% при использовании полипропиленового имплантата "Линтекс".

4. Частота повторных рецидивов при герниопластике рецидивных вентральных грыж местными тканями составляет 65,4%, что достоверно выше частоты повторных рецидивов при герниопластике с использованием углеродного имплантата "Карбоникус И" (6,7%) и полипропиленового имплантата "Линтекс" (0%).

Л и т е р а т у р а

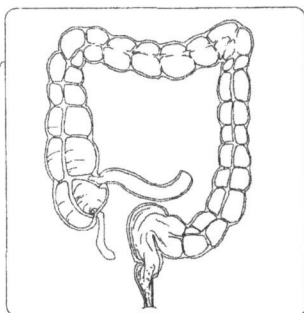
1. Баязитов Н.Р. // Клиническая хирургия. 2000. № 5. С. 19-21.
2. Белослудцев Д.Н. // Вестник хирургии. 2000. №5. С.90-91.
3. Воскресенский П.К., Емельянов С.И., Ионова Е.А. и др. // Ненатяжная герниопластика. / Под ред. В.Н. Егиева. М.: Медпрактика, 2002. 148 с.
4. Гузев А.И. // Хирургия. 2004. №9. С.47-49.
5. Краснов О.А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки с использованием полипропиленового эксплантата: Дис.... канд. мед. наук. Кемерово, 2000. 171 с.
6. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин А.В. и др. // Герниология. 2004. №1. С.11-14.
7. Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. СПб.: ООО "Санкт-Петербургское мед. изд-во", 2002. 180 с.
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада-Х, 2003. 144 с.
9. Федоров Д.А. Оптимизация выбора метода пластики при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 98 с.
10. Bresler L., Courbey P., Feldman L. et al. // Ann. Chir. 1995. Vol.49, №6. P.544-548.
11. Burger J., Luijendijk R., Hop W. et al. // Ann. Surg. 2004. Vol.240, №4. P.578-583.
12. Franklin M., Gonzales J., Glass J., Manjarrez A. // Hernia. 2004. Vol.8, №1. P.23-27.
13. Gislason H., Gronbech J., Soreide O. // Eur.J.Surg. 1995. Vol.16, №5. P.349-354.

14. Langer C., Kley C., Neufang T. et al. // Chirurg. 2001. Vol.72, № 8. P.927-933.

15. Liakakas T., Karanikas L., Panagiatidis H., Dendradas S. // Br. J. Surg. 1994. Vol.8, №2. P.248-249.

16. Park A., Birch D., Lovrics P. // Surgery. 1998. Vol.124. P.816-822.

17. Ramshaw B., Escartia P., Schrab J. et al. // Am. Surg. 1999. Vol.65, P.827-832.



УДК 616.381-002:577.175.14

Е.А. Чагина, Е.В. Маркелова, С.Н. Анцупов,
Г.А. Смирнов, В.А. Лазанович

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА: РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница, г. Владивосток*

Перитонит — воспаление брюшины, представляет собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функций всех органов и систем организма. Как правило, воспаление развивается локально, но в его реализации участвуют, в той или иной степени, практически все системы организма [1]. По современным представлениям, ведущая роль в патогенезе перитонита принадлежит нарушениям иммунного гомеостаза, которые усугубляются операционной травмой и наркозом. Вовлечение в процесс воспаления многих типов клеток, субклеточных элементов и органических систем предопределяет формирование сложных механизмов регуляции воспалительной и иммунной реактивности как на местном, так и на организменном уровне [2]. Ведущую роль в развитии воспалительной реакции занимает система цитокинов. Нормально функционирующие механизмы иммунной системы препятствуют бесконтрольному выделению цитокинов и других медиаторов воспаления. По мнению многих авторов, под влиянием хирургической операции в организме пациентов развивается дисбаланс в системе иммунитета, характеризующийся преобладанием активности Т-2-хелперов и выработки ими цитокинов, оказывающих антагонистическое действие на функциональную активность Т-1-хелперов [1-3]. В крови, в самом начале воспаления, одновременно появляются про- и противовоспалительные цитокины: ИЛ-8, ИЛ-12 и ИЛ-10 [3].

Целью нашего исследования явилось изучить продукцию про- и противовоспалительных цитокинов в динамике заболевания в зависимости от степени тяжести течения послеоперационного пе-

Резюме

В ходе исследования авторами было установлено, что у больных с перитонитом наблюдается дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов. Выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнем продукции цитокинов и тяжестью течения послеоперационного периода.

Е.А. Chagina, E.V. Markelova, S.N. Ancupov,
G.A. Smirnov, V.A. Lazanovich

POSTOPERATIVE COURSE OF PERITONITIS: ROLE OF CYTOKINES DYSBALANCE

VSMU, Regional hospital Vladivostok

Summary

During research by the authors was established, that at the patients with peritonitis a disbalance of inflammatory and anti-inflammatory cytokines was observed. The correlation interrelations between a level of production cytokines and grave of current postoperative period are revealed.

риода у больных с распространенным перитонитом.

Материалы и методы

В клиническое исследование было включено 30 больных, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Краевой клинической больницы г. Владивостока, в возрасте от 18 до 70 лет, которые были оперированы по поводу различных форм распространенного перитонита (перфорации желудка и двенадцатипер-