

сравнению с мальчиками; угол 5 пальца с процессом возраста увеличивается; в возрасте 4, 11 и 18 лет отмечается снижение продольного свода в среднем отделе стопы; средние величины пяточного угла у детей увеличиваются до 11 лет, затем снижаются, достигая наименьшего значения в 18 лет; к концу пубертатного периода площадь опорной поверхности левой стопы в 1,2 раза превышает аналогичную площадь правой стопы.

Литература

1. *Кацуба В.А.* Биомеханика осанки. – Киев: Олимпийская литература. – 2003.
2. *Мартиросов Э.Г.* Методы исследования в спортивной антропологии. – М.: Физкультура и спорт. – 1982.

УДК 616-007.43

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.А. ПЕЧЕРОВ, Ю.В. КУЧИН, И.З. КИТИАШВИЛИ, И.У. ЛЕЧИЕВ*

Результаты операции при послеоперационных и рецидивных грыжах передней брюшной стенки во многом зависят не только от выбранного способа вентропластики, но и от полноценного обследования и предоперационной подготовки [1–5]. Нами проводилась предоперационная подготовка всем больным с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, она включала в себя подготовку системы дыхания, кровообращения, подготовку кишечника, выявление и коррекцию сопутствующих терапевтических заболеваний. Объем и длительность предоперационной подготовки зависели от исходных нарушений.

На начальном этапе подготовки большое значение выявление и коррекция сопутствующей патологии. На этом этапе важно определить степень риска как анестезиологического пособия, так и объема предстоящей операции. С этой целью проводили комплекс диагностических и лечебных мероприятий, которые включали в себя стандартные предоперационные исследования. При выявлении патологии сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, пороки сердца и др.), сахарного диабета, патологии со стороны системы дыхания (бронхиальная астма, эмфизема легких и др.), со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) оперативное лечение выполнялось после полной коррекции выявленных нарушений, или до стойкой стабилизации состояния. При необходимости больных госпитализировали в специализированные стационары (кардиологический, терапевтический, гастроэнтерологический и др.).

Особое внимание уделяли подготовке системы дыхания. Одномоментное вправление грыжевого содержимого в брюшную полость, а также сама пластика передней брюшной стенки, неизбежно приводят к повышению внутрибрюшного давления, за счет уменьшения объема брюшной полости. Результатом повышения внутрибрюшного давления является развитие нарушений системы дыхания и сердечно-сосудистой системы, т.н. компартмент-синдром. Поэтому для уменьшения риска развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности на этапе предоперационной подготовки надо адаптировать организм к работе в условиях повышенного внутрибрюшного давления. Оценка показателей ФВД у больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки проводили после предварительного стягивания живота бандажом. Для этого больного укладывали в горизонтальное положение и вправляли содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, затем накладывали бандаж или вели тугое бинтование. Оценка степени дыхательных нарушений проводили по таким показателям, как ЖЕЛ (жизненная емкость легких), ФЖЕЛ (форсированная жизненная емкость легких), МВЛ (максимальная вентиляция легких). Всего спирографии подвергнута 117 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. У 71 пациента при отсутствии

нарушений и расстройств ФВД и при незначительных нарушениях никакой дополнительной подготовки не вели. В случае выявления нарушений ФВД (46 больных) проводили подготовку, суть ее заключалась в 14-дневном ношении бандажа, в комплексе ЛФК, направленном на обучение пациентов грудному дыханию и удлиненному выдоху, после чего больным вновь проводили спирометрию. Двухнедельного курса подготовки было достаточно, у 39 больных после повторного обследования нарушения ФВД были незначительны. Данные показатели позволяли говорить о хорошей адаптации больных к повышенному внутрибрюшному давлению. В случае сохраняющихся нарушений – у 7 больных курс подготовки продлевали еще на 14 дней и таким больным, как правило, выполнялась ненатяжная герниопластика.

Подготовка кишечника является одним из важных моментов предоперационной подготовки больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Очищение кишечника позволяет увеличить объем брюшной полости, что снижает степень натяжения тканей при вентропластике. Подготовка кишечника является одной из основных мер по профилактике послеоперационного пареза. С целью подготовки всех больных за 5-7 дней до операции переводили на бесшлаковую диету, за два дня до операции больным назначали очистительные клизмы два раза в день утром и вечером. За день до операции назначали препарат «ФОРТРАНС», 3 пакета растворяли в 3 литрах воды и больные принимали по 250 мл через 15 минут, прием начинали через 3-4 часа после обеда. Такая подготовка позволила практически в 100% случаев получить полное опорожнение кишечника.

Для определения размера, формы грыжевых ворот и содержимого грыжевого мешка, нами у 46 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами, на этапе предоперационной подготовки использовали КТ и МРТ-исследование. Это позволило получить представление о размерах и форме грыжевых ворот, определить наличие и степень выраженности атрофии мышечно-апоневротического слоя в области ворот. МРТ-исследование на этапе предоперационной подготовки позволяет определить наличие и выраженность спаечного процесса, не до конца стихшего воспаления и наличие щелевидных дефектов, которые нельзя определить клинически. У 4 больных наличие признаков нестихшего воспаления заставило нас перенести операцию на более поздний срок и провести курс антибиотикотерапии.

Таким образом, комплексная предоперационная подготовка и обследование больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами позволяет решать проблемы послеоперационного периода на дооперационном этапе и тем самым провести профилактику развития компартмент-синдрома.

Литература

1. *Бородин И.Ф. и др.* Хирургия послеоперационных грыж живота. – Минск: Беларусь, 1986. – 156с.
2. *Грубник В.В. и др.* Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоровье, 2001. – 280с.
3. *Тоскин К.Д., Жебровский А.В.* Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 270с.
4. *Черненко М.П. и др.* Брюшные грыжи. – Киев: Здоровье, 1995. – 263 с.
5. *Kingsnorth A.N. et al.* // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2004. – Vol. 86 № 5. – P. 363–366.

УДК 616-007.43; 616-009.614

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕНТРОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ

А.А. ПЕЧЕРОВ, Ю.В. КУЧИН, И.З. КИТИАШВИЛИ, И.У. ЛЕЧИЕВ*

В отдаленные сроки послеоперационного периода у больных перитонитом, перенесших многократные этапные санации брюшной полости, одним из существенных негативных последствий является формирование обширных вентральных грыж, которые возникают у 20-40% больных [1–5]. Вопрос выбора оптимального способа вентропластики, интраоперационного обезболивания и коррекции внутрибрюшной гипертензии остается

* Кафедра госпитальной хирургии Астраханской ГМА, негосударственное учреждение здравоохранения МСЧ г. Астрахань

* Каф. госпитальной хирургии Астраханской ГМА, НГУЗ МСЧ г. Астрахань