

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ

А. В. МУРАВЬЕВ, Р. В. ЖУРАВЕЛЬ,
О. В. ЛЫСЕНКО, В. С. МАЛЮГИН,
А. А. МУРАВЬЕВА, П. И. ЧУМАКОВ

Проведена сравнительная оценка различных методов лечения больных актиномикозом перианальной и крестцово-копчиковой областей: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 54 больных, которым проводилось хирургическое (I группа), консервативное (актинолизаттерапия) (II группа) и комплексное (III группа) лечение.

В I группе больных получено 16,6 % неудовлетворительных результатов (рецидивы), всем пациентам II группы потребовалось дополнительно хирургическое вмешательство, в III группе неудовлетворительных результатов не было. Таким образом, наиболее эффективным при лечении больных актиномикозом перианальной и крестцово-копчиковой областей в любой стадии является комплексный метод.

Ключевые слова: актиномикоз, крестцово-копчиковая область, перианальная область, актинолизаттерапия

COMPLEX TREATMENT OF ACTINOMYCOSIS OF SACROCOCCYGEAL AND PERIANAL REGIONS

MURAVYOV A. V., ZHURAVEL R. V.,
LYSENKO O. V., MALYUGIN V. S.,
MURAVYOVA A. A., CHUMAKOV P. I.

A comparative evaluation of different methods of treatment of patients with actinomycosis of perianal and sacrococcygeal regions is given: we analyzed the immediate and long-term results of treatment of 54 patients who underwent surgery (I group), conservative treatment (actinolizatherapy) (II group) and complex treatment (III group).

In Group I of the patients 16.6% of poor results (recurrence) were received, all the patients of Group II required additional surgery, in Group III there were no unsatisfactory results. Thus, a complex method is the most effective in the treatment of patients with actinomycosis of perianal and sacrococcygeal regions at any stage.

Key words: actinomycosis, sacrococcygeal region, perianal region, actinolizatherapy

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.34-007.43-089.85

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А. Н. Айдемиров¹, А. З. Вафин¹, Г. С. Чемянов², Э. Г. Мнацаканян¹,
Р. М. Лайпанов¹, П. И. Чумаков¹

¹ Ставропольская государственная медицинская академия

² Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии тел. (8652)717003.

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии тел. (8652)717003, e-mail: azvafin@mail.ru.

Чемянов Георгий Станиславович, кандидат медицинских наук, пластический хирург института пластической хирургии и косметологии г. Москва, тел. (495)691485, e-mail: dr.chemyanov@mail.ru.

Мнацаканян Эдуард Григорьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)718044, e-mail: edw_m@mail.ru.

Лайпанов Руслан Мугуталимович, очный аспирант кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. 89288100200, e-mail: lrm2005@mail.ru.

Чумаков Петр Ильич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов с курсом урологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)729192.

Хирургическое лечение больших и гигантских вентральных грыж остаётся одной из наиболее сложных проблем современной герниологии [15, 17]. Эти операции сложны и опасны, сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений (15–33 %) [10], рецидивов (16–41 %) [13] и высокой летальностью (12–21 %) [14].

Пластика дефектов большого диаметра местными тканями приводит к резкому сокращению объёма брюшной полости, повышению внутрибрюшного давления и вследствие этого развитию абдоминального компартмент-синдрома (АКС) [2, 16]. Большие дефекты брюшной стенки невозможно устранить без значительной потери объёма брюшной полости, не используя метод «ненатяжной» герниопластики [1, 8].

Другой актуальной проблемой хирургического лечения этой категории больных являются гнойные осложнения в раннем послеоперационном периоде, которые составляют 6–12 % [3, 18, 19]. Причиной нагноения послеоперационной раны служат predisposing факторы: ишемические нарушения кожно-подкожно-жирового лоскута, чрезмерно мобилизованного от подлежащего апоневроза, «дрем-

лющая» инфекция вокруг «старых» лигатур при послеоперационных грыжах, образование больших пространств вследствие широкого разделения анатомических структур брюшной стенки, ожирение, иммунодепрессия, длительное и объемное оперативное вмешательство [4, 5]. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами часто приводят к отказу их от плановых операций [6, 7, 9].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больших и гигантских вентральных грыж путём разработки системы прогнозирования вероятности развития послеоперационных осложнений, применения новых технологий и совершенствования методов их комплексной профилактики.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной хирургии Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи за период с 2003 по 2010 г. было выполнено 286 операций по поводу больших и гигантских вентральных грыж.

Герниопластика местными тканями была произведена 89 больным (контрольная группа). Послеоперационные вентральные грыжи были у 80 (89,9 %) больных, из них рецидивные – у 25 (30,8 %). У 9 (10,1 %) пациентов развитию больших и гигантских вентральных грыж не предшествовала операция. С большими вентральными грыжами был 71 (79,8 %) больной, с гигантскими – 18 (20,2 %).

Пластика грыжевых ворот с использованием полипропиленового эндопротеза была произведена 197 больным (основная группа). Послеоперационные вентральные грыжи были у 182 (92,3 %) больных, из них рецидивные – у 62 (34,1 %). Первичные грыжи были у 15 (7,6 %) пациентов. С большими вентральными грыжами было 102 (51,8 %) больных, с гигантскими – 95 (48,2 %).

В группе больных, которым выполнялась герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза, проводилась комплексная профилактика осложнений на всех этапах лечения: догоспитальном этапе – компрессионная адаптация (бандажирование), коррекция соматического статуса, коррекция массы тела; в предоперационном периоде – бесшлаковая диета, подготовка кишечника; во время операции – тщательная препаровка тканей, герниопластика «без натяжения»; в послеоперационном периоде – бандажирование, антибиотикопрофилактика, профилактика тромбоэмболических осложнений, стимуляция функций кишечника.

У 87 больных проводился контроль внутрибрюшного давления в мочевом пузыре до операции, во время (при предварительном сопоставлении краев брюшной стенки) и в раннем послеоперационном периоде. Проанализировав полученные результаты, мы пришли к выводу о возможности выполнения герниопластики при предварительном сопоставлении краёв брюшной стенки, если давление в мочевом пузыре не превышает 25 см вод. ст.

У 18 (9,1 %) пациентов основной группы с целью прогнозирования риска развития в послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома и обоснования выбора способа герниопластики в предоперационном периоде производилась магнитно-резонансная герниоабдонометрия по разработанному нами методу (рац. предложение № 1217 от 28.04.2008). Метод основан на определении размера грыжевых ворот, объёма брюшной поло-

сти и грыжевого мешка. Сравниваются два указанных объема, высчитывается отношение объема грыжи к объёму брюшной полости в процентах. Полученные данные трактуются следующим образом: малая грыжа – относительный объём 1–5 %, средняя – 6–14 %, большая – 15–18 %, гигантская – более 18 %. Оптимальным считаем использование «ненатяжных» способов герниопластики у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами (относительный объём грыжи более 15 %).

В этой группе больных в послеоперационном периоде отмечено три случая формирования абсцесса в пространстве над сетчатым эндопротезом при «ненатяжной» герниопластике. Гнойный очаг был отграничен со стороны брюшной полости эндопротезом с подлежащим большим салником, а со стороны подкожно-жировой клетчатки – изолирующими аллотрансплантат стенками грыжевого мешка. Больные оперированы повторно, производилась санация полости абсцесса, удаление инфицированного эндопротеза и устранение дефекта брюшной стенки местными тканями.

С целью профилактики образования «мёртвых» пространств между эндопротезом и стенками грыжевого мешка была разработана методика «ненатяжной» герниопластики с использованием латексного тканевого клея (ЛТК) (рац. предложение № 1218 от 28.04.2008). Предложенный способ применяется на завершающем этапе операции после фиксации сетчатого эндопротеза к краям апоневроза. Помимо основных швов, сопоставляющих стенки грыжевого мешка и отграничивающих эндопротез от подкожно-жировой клетчатки, накладываются дополнительные узловые швы между стенками грыжевого мешка и аллотрансплантатом по всему периметру. Количество дополнительных узловых швов зависит от размера эндопротеза. С этой целью используется атравматическая полипропиленовая нить.

Стерильный латексный тканевой клей наносится на эндопротез непосредственно из тюбика и распределяется тонким слоем (рис.). Далее производится укрытие аллотрансплантата стенками грыжевого мешка. Таким образом, происходит сопоставление и склеивание аллотрансплантата и стенок грыжевого мешка.

После анализа результатов лечения больных с большими и гигантскими грыжами общепринятыми методами была разработана система прогнозирования послеоперационных осложнений – нагноения послеоперационной раны и риска развития абдоминального компартмент-синдрома. Использование разработанной системы прогнозирования осложнения герниопластики позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами.

С целью объективизации прогнозирования развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны операционной раны и упрощения выделения групп риска при сочетании различных факторов, увеличивающих или снижающих риск возникновения нагноения, рассчитаны диагностические коэффициенты и определена информативность анамнестических данных, локального статуса и объема хирургического вмешательства. В сводной таблице представлены данные, значимость которых подтверждена в прогнозировании возможности развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны операционной раны у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами (табл. 1).

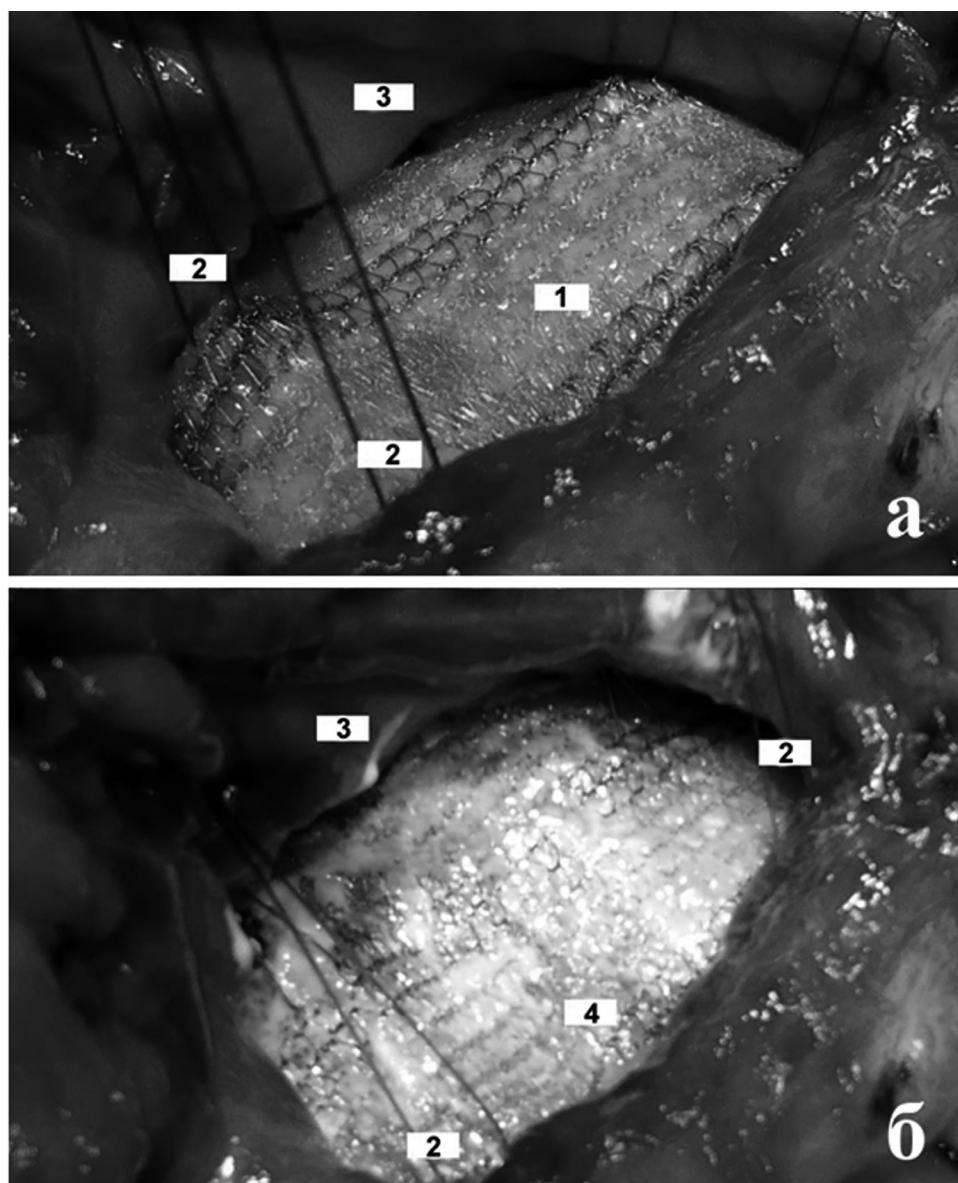


Рис. Фиксация сетчатого эндопротеза:

а – дополнительные узловые швы, фиксированные к сетчатому эндопротезу;
б – нанесен латексный тканевой клей (ЛТК); 1 – сетчатый эндопротез; 2 – дополнительные узловые швы;
3 – стенки грыжевого мешка; 4 – сетчатый эндопротез с нанесенным ЛТК

С целью прогнозирования возможности развития в послеоперационном периоде АКС рассчитаны диагностические коэффициенты и определена информативность диагностических признаков. В сводной таблице представлены данные, значимость которых в прогнозировании возможности развития АКС в послеоперационном периоде у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами подтверждена статистически (табл. 2).

Если сумма диагностических коэффициентов (ДК), соответствующих обнаруженным у больного признакам, равняется «+13», то с вероятностью в 95 % можно прогнозировать возможность развития исследуемого осложнения в послеоперационном периоде, если «-13» – с вероятностью в 95 %, можно предполагать отсутствие его.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе в послеоперационном периоде местные осложнения были у 15 (16,9 %) больных: серомы у 6 (6,7 %), нагноение послеоперационной раны – у 9 (10,1 %).

У 21 (23,6 %) больного развилось 23 общих осложнения: пневмония – у 1 (1,1 %), компартмент-синдром – у 20 (22,5 %), сепсис – у 1 (1,1 %) и ТЭЛА – у 1 (1,1 %).

В группе больных, оперированных с пластикой местными тканями, было 4 (4,5 %) летальных исхода: у 1 смерть наступила в результате ТЭЛА, у 2 в раннем послеоперационном периоде развился тяжелый компартмент-синдром. Еще у 1 больного диагностирована внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) средней степени тяжести, которая купировалась консервативно, но в результате нагноения операционной раны и развития сепсиса наступила смерть. У всех умерших больных имели место сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы.

Анализ результатов хирургического лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами выявил серьезные проблемы, возникающие при герниопластике местными тканями. Наиболее существенными из них являются высокий уровень общих и местных осложнений.

Таблица 1

**Прогностическая таблица возможности
развития гнойно-воспалительных осложнений
операционной раны**

Признак	Диагностический коэффициент
Количество операций на передней брюшной стенке: одна	-6
две и более	+7
Количество рецидивов грыжи: отсутствие	-7
один	+5
два и более	+6
Сахарный диабет: наличие сахарного диабета	+8
Ожирение:	
отсутствует	-8
2 степени	+7
3 степени	+7
Строение грыжевого мешка: однокамерный грыжевой мешок	-6
многокамерный грыжевой мешок	+5
Разделение сращений: проводилось	+7
Дерматопластика: не проводилась	-6
проводилась	+6
Интраоперационная перфорация полого органа: была перфорация	+11
Дренажирование операционной раны: по Редону	-7

«+» – признак соответствует возможности осложнения;
«-» – признак соответствует отсутствию осложнения.

Таблица 2

**Прогностическая таблица возможности
развития АКС в послеоперационном периоде**

Признак	Диагностический коэффициент
Характер труда: физический	+4
Сопутствующие заболевания: имеются	+4
отсутствуют	-5
Ожирение: отсутствует	-6
2 степени	+6
3 степени	+7
Размер грыжи: гигантская	+4
Тип грыжи: вправимая	-4
невправимая	+6
Вид герниопластики: местными тканями	+3
сетчатым эндопротезом	-4

«+» – признак соответствует возможности осложнения;
«-» – признак соответствует отсутствию осложнения.

В основной группе больных в послеоперационном периоде у 31 (15,7 %) из 197 оперированных развились 40 осложнений: у 25 (12,8 %) – местные и у 15 (8,5 %) –

общие. Среди местных осложнений преобладали септомы послеоперационной раны, они были у 15 (7,7 %) больных. Нагноение послеоперационной раны было у 6 (2,6 %) больных, флегмона передней брюшной стенки – у 1 (0,9 %) и абсцессы передней брюшной стенки в зоне расположения сетчатого эндопротеза – у 3 (1,7 %). У 9 (7,7 %) больных развилось 15 общих осложнений: острая сердечно-сосудистая недостаточность – 5 (0,9 %), компартмент-синдром – 7 (5,1 %), сепсис – 1 (0,9 %) и ТЭЛА – 2 (1,7 %).

После грыжесечения с использованием сетчатого эндопротеза летальные исходы были у 5 (2,5 %) больных: у 1 причиной смерти была ТЭЛА, у 3 больных с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией смерть наступила в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, у 1 причиной смерти стал сепсис, развившийся на фоне флегмоны передней брюшной стенки и инфицирования эндопротеза.

Летальность при операциях по поводу больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж достигает 12–21 % [11, 12]. Огромный опыт выполнения герниопластики исключительно местными тканями (в основном создание дубликатур и сшивание апоневроза край в край) продемонстрировал разочаровывающие результаты с частотой рецидивов от 25 до 60 % [18].

При сравнении наших результатов герниопластики местными тканями и с использованием сетчатого эндопротеза установлено значительное снижение числа таких осложнений, как абдоминальный компартмент-синдром и нагноение послеоперационной раны.

Заключение. Проведенный анализ результатов лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами показал существенные преимущества герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза. Применение прогнозирования риска тяжелых послеоперационных осложнений и комплексной их профилактики позволяет значительно снизить частоту нагноения операционной раны и развития в послеоперационном периоде такого грозного осложнения, как абдоминальный компартмент-синдром.

Литература

1. Белоконов, В. И. Биомеханические аспекты рецидива послеоперационной грыжи после пластики комбинированным способом / В. И. Белоконов, З. В. Ковалева, С. Ю. Пушкин [и др.] // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 7–8.
2. Белоконов, В. И. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей / В. И. Белоконов, З. В. Ковалева, А. В. Вавилов // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 42–47.
3. Белоконов, В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконов, Т. А. Федорина, З. В. Ковалева [и др.] // Самара : ГП «Перспектива», 2005. – С. 147–148.
4. Винник, Ю. С. Абдоминопластика и герниопластика с применением сетчатых эндопротезов при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж / Ю. С. Винник, С. И. Петрушенко, С. В. Миллер // Новые технологии в хирургии: материалы Международной научно-практической конференции – Саратов, 2006. – С. 30–32.

5. Голота, Е. А. Сравнительная оценка результатов операций у больных с послеоперационными вентральными грыжами с применением различных видов эксплантатов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Голота. – М., 2007. – С. 6–7.
6. Дарвин, В. В. Аллопластика в лечении обширных и гигантских послеоперационных грыж / В. В. Дарвин, А. В. Шпичка, С. В. Онищенко // Герниология. – 2008. – № 1. – С. 10–11.
7. Деметрашвили, З. М. Лечение послеоперационных вентральных грыж / З. М. Деметрашвили, Р. Д. Магалашвили, Г. В. Лобжанидзе [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 44–45.
8. Дерюгина, М. С. Современные проблемы герниопластики сложных срединно-боковых послеоперационных вентральных грыж / М. С. Дерюгина // Альманах института хирургии им. Вишневского. – 2008. – № 3. – С. 49–52.
9. Егиев, В. Н. Взаимодействие полипропиленовых эндопротезов с тканями передней брюшной стенки / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов, Н. В. Филаткина // Герниология. – 2005. – № 2. – С. 41–49.
10. Ермолов, А. С. Новые технологии в хирургическом лечении срединных вентральных грыж / А. С. Ермолов, Д. А. Благовестнов, А. К. Алексеев [и др.] // Трудный пациент. – 2005. – С. 10–11.
11. Жебровский, В. В. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко, М. С. Салах Ахмед // Вестник герниологии. – 2004. – № 3 – С. 46–52.
12. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир // Симферополь : Бизнес-информ, 2002. – С. 407–409.
13. Курбонов, К. М. Абдоминальный компартмент-синдром в хирургии гигантских послеоперационных грыж живота / К. М. Курбонов // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 28–29.
14. Мошкова, Т. А. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж / Т. А. Мошкова, В. В. Олейник, С. В. Васильев // Вестник хирургии. – 2007. – № 4 – С. 78–81.
15. Рыбачков, В. В. О вариантах пластики при послеоперационных вентральных грыжах / В. В. Рыбачков, В. Н. Серебряков, Е. Н. Кабанов [и др.] // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 41–42.
16. Седов, М. В. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж / М. В. Седов, С. Д. Тарбаев, А. А. Гостевский [и др.] // Вестник хирургии. – 2005. – № 3. – С. 85–87.
17. Славин, Л. Е. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж / Л. Е. Славин, А. З. Замалева, О. А. Коновалова [и др.] // Вестник герниологии. – М., 2006. – № 2. – С. 171–176.
18. Тимошин, А. Д. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров / А. Д. Тимошин [и др.] // Вестник герниологии. – 2004. – № 4 – С. 120–126.
19. Штофин, С. Г. Лечение грыж передней брюшной стенки методом «без натяжения» / С. Г. Штофин, В. А. Зотов, В. В. Шестаков [и др.] // Вестник герниологии : сб. науч. ст. – М., 2004. – № 3. – С. 135–140.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А. Н. АЙДЕМИРОВ, А. З. ВАФИН,
Г. С. ЧЕМЯНОВ, Э. Г. МНАЦАКАНЯН,
Р. М. ЛАЙПАНОВ, П. И. ЧУМАКОВ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 286 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. Выделены две группы: основная – 197 больных, которым выполнялась «ненатяжная» герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза, и контрольная – 89 пациентов, оперированных традиционными методами.

Разработан и применен у 18 больных метод магнитно-резонансной герниоабдоминометрии, позволяющий обосновать выбор способа герниопластики и прогнозировать до операции риск развития абдоминального компартмент-синдрома в послеоперационном периоде. У 30 больных применён разработанный метод «ненатяжной» герниопластики с использованием тканевого латексного клея, позволяющий ликвидировать «мёртвое» пространство над эндопротезом.

Разработана система прогнозирования послеоперационных осложнений – риска нагноения послеоперационной раны и развития абдоминального компартмент-синдрома у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами.

Ключевые слова: вентральная грыжа, герниопластика, сетчатый эндопротез, медицинский клей, компартмент-синдром

NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LARGE AND HUGE VENTRAL HERNIAS

AIDEMIROV A. N., VAFIN A. Z.,
CHEMYANOV G. S., MNATSAKANYAN E. G.,
LAIPANOV R. M., TCHUMAKOV P. I.

Analysis of surgical treatment results of 286 patients with large and huge ventral hernias was carried out.

Patients were divided in two groups. Main group of 197 patients was treated using a mesh endoprosthesis in hernia closure. 89 patients of the control group were operated on in standard manner. The method of magnetic-resonance hernioabdominometry was adapted and applied practically to 18 patients. The above method gave a chance to prove an approach to hernioplasty and to predict postoperative risk of compartment syndrome development. Method of non-tension hernioplasty with latex glue, which allows the removal of “dead space” over endoprosthesis, was applied to 30 patients.

System of post-operative complications prediction (wound infection, abdominal compartment syndrome) in patients with large and huge ventral hernias was developed.

Key words: ventral hernia, hernioplasty, mesh endoprosthesis, medical glue, compartment syndrome