

УДК 616-007.43

НОВЫЙ СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

У.З. ЗАГИРОВ, М.А. САЛИХОВ, У.М. ИСАЕВ*

Актуальность проблемы хирургического лечения вентральных грыж обусловлена малой эффективностью аутопластических методов их устранения, дающих 21,3÷63,7% рецидивов [4]. Наибольшие трудности возникают при лечении больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. Использование синтетических материалов в пластической и реконструктивной хирургии позволило изменить подход к оперативному лечению наружных брюшных грыж. Эндопротезирование сеткой из пролена является операцией выбора при больших вентральных грыжах [2–3]. Имеется ряд способов расположения эндопротеза. Самым простой – укрепление грыжевых ворот путем подшивания проленовой сетки поверх ушитого апоневроза [5]. Для такого расположения эндопротеза нужна отслойка подкожной клетчатки и ее широкое соприкосновение с трансплантатом, что сопровождается пересечением множества лимфатических и кровеносных капилляров и чревато образованием сером, гематом, инфильтратов и свищей. Внутрибрюшное расположение проленовой сетки не идеально, т.к. предполагает ее контакт с петлями кишечника, несет в себе опасность кишечных спаек и свищей [1].

Существует ряд спорных аспектов, связанных с отсутствием единого подхода к применению того или иного способа пластики грыжевого дефекта, который отвечал бы оптимальным условиям функционирования брюшного пресса и объяснял патогенетические механизмы, ведущие к рецидиву заболевания.

Системы мышц брюшной стенки находятся в таком равновесии, которое характеризуется, как «малоустойчивое». Наружные, внутренние, косые и поперечные мышцы, сокращаясь в противоположных направлениях, производят боковое растягивающее действие, а прямые мышцы живота формируют систему продольно действующих сил, которая препятствует растяжению белой линии живота. Прямые мышцы являются довольно слабыми антагонистами боковых, но их сила увеличивается благодаря плотным апоневротическим влагалищам. Многие авторы [1, 6] указывают на роль влагалищ прямых мышц живота в функционировании всей брюшной стенки. Под действием широких мышц оба апоневротических листка влагалищ прямых мышц равномерно воспринимают на себя боковую тягу по принципу «натянутой тетивы». Передние и задние стенки влагалищ, натягиваясь, сжимают между собой утолщенные при сокращении прямые мышцы и значительно увеличивают их функциональные возможности, что предохраняет апоневроз белой линии от чрезмерного растяжения. Сохранение равновесия сил мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки возможно при условии функциональной полноценности прямых мышц живота, прочности и целостности оплетающих их апоневротических влагалищ. Если почему-либо повреждается любая из этих структур, то равновесие взаимодействующих сил нарушается, способствуя возникновению послеоперационной грыжи, диастазы прямых мышц и отвислого живота. Патогенетически и функционально обоснованным является метод операции, направленный на восстановление дезорганизованной передней брюшной стенки с укреплением влагалищ прямых мышц живота и обеспечением равномерного распределения боковой тяги на обе стенки влагалищ, что создает оптимальные условия функционирования прямыми мышцами живота. Нами предложен новый патогенетически и функционально обоснованный способ комбинированной пластики больших и гигантских срединных вентральных грыж.

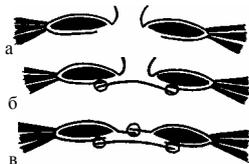


Рис. 1 Схема нового способа комбинированной пластики больших и гигантских срединных вентральных грыж

Сущность его в следующем (рис.). Двумя полуовальными разрезами иссекается послеоперационный рубец с излишками кожи и подкожной клетчатки над грыжевым выпячиванием. Грыжесечение. Освежаются края дефекта апоневроза. Восстанавливается целостность брюшины путем ушивания между собой остатков грыжевого мешка. Продольно рассекаются задние стенки влагалищ, апоневротические медиальные лоскуты влагалищ отделяются от прямых мышц (а). На ушитой брюшине позади прямых мышц устанавливается проленовая сетка и пришивается к латеральным лоскутам влагалищ (б). Ушиваются между собой по срединной линии над прямыми мышцами медиальные лоскуты влагалищ (в). В подкожную клетчатку на всю длину раны устанавливается дренаж из полихлорвиниловой трубки. Накладываются швы на кожную рану.

Подапоневротическое расположение эндопротеза на задней стенке влагалища уменьшает риск осложнений, характерных для подкожного его расположения (серомы, гематомы, инфильтраты). А формированием из собственных апоневротических лоскутов передней стенки влагалища прямых мышц живота обеспечивает упругость мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки, т.е. оптимизирует функцию брюшного пресса в обеспечении внутрибрюшного давления. По предлагаемому способу оперировано 34 больных, получены удовлетворительные результаты. Рецидивов заболевания не отмечено.

Литература

1. Белоконов В.И. и др. // Хир.– 2000.– № 8.– С.27–30.
2. Кирпичев А. Г. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки.– М. 2001.– С.41.
3. Лукомский Г. И. и др. // Хир.–1994.– № 5.– С.53–54.
4. Макаров А.В. // Симпозиум «Актуальные вопросы герниологии».– М., 2001.– С.72–73.
5. Ороховский В. Основы грыжесечения. Донецк, 2000.–241 с.
6. Рехаев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи и диастезы прямых мышц живота.– Архангельск, 1999.– 196с.

УДК 616-002.73 – 615.35

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАЩЕГО ПЕРОКСИДАЗУ КОРНЯ ХРЕНА И ЙОДИДА ДЛЯ ТЕРАПИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛЕПРЫ

А.К. МАСЛОВ, С.А. ЛУЖНОВА*

При лечении мышей с экспериментальной лепрой (модель Шепарда [9]) содержащим пероксидазу порошком корня хрена (КХ) в подобранной оптимальной дозе [5], а также в комплексе с основными противолепрозными препаратами – диаминдифенилсульфонем (КХ+ДДС) и рифамицином (КХ+РФП) [6], выявлено эффективное антимикробное действие.

Таблица 1

Динамика размножения *M.leprae* и уровень МП в нейтрофилах периферической крови мышей при различных сроках лечения (M±m)

Показатель	Период наблюдения (мес)	Контроль (без лечения)	КХ+КД	КХ
Число микобактерий (10 ⁶)	5	12,06±1,65	0,57±0,14**	1,12±0,01*
	8	20,18±1,89	0,24±0,08**	6,71±1,76*
	11	35,02±3,35	0,27±0,06*	10,24±0,012**
Уровень МП (у.ед.)	5	1,73±0,08	2,02±0,94**	2,1±0,06**
	8	1,66±0,05	2,14±0,05**	2,19±0,07**
	11	1,52±0,06	2,29±0,08**	2,3±0,04**

Примечание: * – p<0,05; ** – p<0,01 по сравнению с контролем

Лечение КХ, содержащим много аскорбиновой кислоты, не вызывало у животных анемии и гепатотоксичности, что наблюдалось при длительном применении ДДС и лиофилизированной пероксидазы из корня хрена [4, 5]. Комплексное применение препаратов оказывало лучший антимикробный эффект, чем монотерапия. Лечение сопровождалось активацией миелопероксидазы (МП) нейтрофильных гранулоцитов (НГ) крови и проти-

* Каф. хирургии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА

* НИИ по изучению лепры, 414057, Астрахань, пр-д Н.Островского,3