

0,073% в Казбековском до 0,801% – в Хивском районах, колебания в 11,0 раз; в горах минимальная вероятность 0,116% в Унцукельском до 0,770 в Цунтинском районах, колебания в 7,7 раза. Для наглядности влияния природно-антропогенных факторов экосистемы на уровне сельских районов на рис.5 приведены все сельские районы, ранжированные по вероятности умереть от БОД детей в возрасте 0-14 лет в убывающей последовательности. Вероятность смерти от БОД колеблется по сельским районам в 13,2 раза. В перечне районов, занимающих первые 15 ранговых мест 3 района (Бабаюртовский, Магарамкентский, Дербентский) – равнинные, 4 (Хивский, Табасаранский, Буйнакский, Кайтагский) – предгорные и остальные 8 – горные. В этих 15-ти сельских районах проживает 153908 или 38,7% детского населения (0-14) с/м и 24,7% республики. Перечень неблагополучных по вероятности детской смертности от БОД районов (рис.3) позволяет выделить наиболее неблагополучные административные районы по вероятности умереть от БОД для детского населения.

Из сельских районов, занимающих первые 15 ранговых мест по вероятности смертности детей (0-14) от БОД, 10 расположены на территории южной ЭЗ на 3-х высотных поясах, 8 из которых горные районы, 4 – в предгорье и 3 – на равнине. Из 15-ти наиболее неблагополучных районов только 4 расположены на севере с/м. В перечень районов, занимающих первые 15 ранговых мест по вероятности смерти от БОД в возрасте 0-14 лет, вошли 11 районов, ранжированных по вероятности умереть от БОД в возрасте 0-1 год. При этом полное совпадение ранговых мест по вероятности смерти в возрасте 0-1 и 0-14 лет для районов не отмечено. Наибольший контраст отмечен по Цумадинскому району, по которому вероятность для 0-1 года занимает 18-е ранговое место (0,391%), а для 0-14 лет – 3-е ранговое место (0,874%). По этому району вероятность для младенческой смертности составляет только 44,7% от величины вероятности для 0-14 лет. Относительно благополучный по младенческой смертности район наиболее неблагополучен по вероятности для детского населения 0-14 лет. Вероятность смерти от БОД детского населения (0-14) на территории южной ЭЗ на 3-х высотных поясах (0,631%) – демографическая нагрузка на юге с/м. Вероятность умереть от БОД для детского населения (0-14) на территории юга на 92,4% превышает общереспубликанский уровень и на 45,4% – по всей с/м. Установлено, что на территории наиболее неблагополучных по вероятности смерти детей, значительную часть составляет детское население (0-14) с/м. Вероятность смерти от БОД для детского населения с/м в 3,3 раза больше по сравнению с городами. Такие особенности вероятности смерти от БОД детского населения по ЭЗ и административным районам с/м, особенно по оси север-юг, являются следствием влияния совокупности природно-антропогенных гигиенических факторов риска.

Выводы. Вероятность умереть от БОД, рассчитанная на основании данных за 10 лет для детского населения,кратно превышает в с/м по сравнению с вероятностью по городам РД; показатель вероятности для возрастной группы 0-1 год составляет по разным территориям 60-90% от величины детского населения 0-14 лет; влияние природно-антропогенных гигиенических факторов риска в с/м на колебания вероятности смерти детей от БОД по ЭЗ и административным районам существенное, особенно на юге с/м республики; выявлены административные районы с/м с относительно высокой вероятностью смерти детского населения от БОД, в которых проживает значительная часть детского населения с/м, РД. Надо сельские районы с высокой вероятностью смерти рассматривать, как приоритетные территории при разработке, внедрении мероприятий по снижению детской смертности от БОД; при планировании детской пульмонологической службы в с/м целесообразно учитывать прогностическую функцию вероятности смерти детей от БОД; результаты исследования могут быть экстраполированы на с/м субъектов Северного Кавказа с аналогичными или близкими природно-антропогенными экогигиеническими характеристиками сельской местности.

Литература

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. // Смертность детского населения России.– М.,2007.– С.27.
2. Вельтишев Ю. Экология и здоровье у детей.– М., 1998.
3. Гаджиева Т.А. Клинико-эпидемиологические и экологические аспекты бронхиальной астмы в сельской местности (модель– сельская местность РД): Дис... д.м.н.– М.2007.

4. Гундаров И.А. и др.// Вест. АМН СССР.– 1988.– №12.– С.34–41.
5. Ильина Е.С. // Рос. вест. перинатол.– 2002.– №1.– С.23.
6. Корсунский А.А. и др.// Педиатрия.– 2005.– №1.– С.13.
7. Мухина Т.В. // Педиатрия.– 2004.– №2.– С.23–29.
8. Стародубов В. и др.// Рос.педиатр.ж.–2005.–№5.– С.4.
9. Хачиров Дж.Г. и др.// Мат-лы 13 научно-практ. конф. по охране природы Дагестана «Экология человека».– Махачкала, 1995.– С.151–153.
10. Ченуша В.П. Пневмония и детская смертность.– Кишинёв, 1991.– С.8–12.

PROBABILITY OF MORTALITY CHILDREN POPULATION (0-14) FROM RESPIRATORY DISEASES IN THE COUNTRY-SIDE (MODEL IS THE COUNTRY-SIDE OF THE DAGHESTAN REPUBLIC)

P.SH.GITINOVA, J.G.KHACHIROV

Summary

Probability of mortality children population (0-14) in the country-side of the Daghestan Republic in 3,3 times exceeds urban indexes. In structure of mortality 0-14 years infantile mortality compose 80%. In the mountains probability of mortality in 1,2 times more than at plain. Probability is oscillating on rural districts, allowing to establish territories of high risk of mortality.

Key words: mortality children population

УДК: 616.34-007-43-089.844-006

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Р.Т.МЕДЖИДОВ, Х.М. АБДУЛМУСЛИМОВ, Г.М. ПАТАХОВ, А.С. АЛКАДАРСКИЙ, Р.А. КОЙЧУЕВ*

Многолетний опыт крупных хирургических клиник, демонстрируют разочаровывающие результаты герниопластики местными тканями при больших послеоперационных вентральных грыжах. По их данным, рецидив грыжевого выпячивания наблюдается в 25–60 % случаев [4]. Причины этого видят в дистрофических изменениях тканей брюшной стенки, степень которых находится в прямой зависимости от длительности грыжевого выпячивания и его размеров. Герниопластика неполноценными тканями не обеспечивает нужную механическую прочность и их натяжение, создавая дубликатуру, усугубляя дистрофические и дегенеративные изменения тканей в области бывшей грыжи, что ведет к рецидиву грыжи [4]. В последние годы получил широкое применение метод «ненатяжной» герниопластики с использованием протезирующих материалов [2, 3]. Преимущества применения протезирующих методик признаны большинством хирургов.

Под нашим наблюдением было 76 больных с послеоперационными вентральными грыжами (табл.)

Наиболее частой локализацией вентральных грыж была мезогастральная область (48%). У 50% больных имелся выраженный кожно-жировой фартук, который значительно снижал качество жизни пациентов. В большинстве случаев причиной образования вентральных грыж было нагноение послеоперационной раны и повторные операции 74,8%. Часто большие вентральные грыжи формируются после операций на матке и ее придатках (47,6%). Рецидивные вентральные грыжи имели место у (30,4%) пациентов. Все пациенты были оперированы с применением полипропиленовой сетки фирмы «Auto Suture» без натяжения тканей и с формированием брюшной полости такого объема, который необходим для размещения внутренних органов без компрессии диафрагмы. При проведении герниопластики по принципу «ненатяжения» тканей важным является сохранение, хотя и измененной, микроциркуляции в тканях в области грыжевого выпячивания, то есть нежелательно проведение дополнительной мобилизации мышечно-апоневротических лоскутов. Сохранение уже сложившейся ситуации в области грыжевого выпячивания дает возможность для максимального восстановле-

* Кафедра общей хирургии и усовершенствования по эндоскопической хирургии, кафедра оперативной хирургии, кафедра патологической анатомии ДГМА, г. Махачкала

ния функции брюшной стенки. Поэтому по рекомендации ведущих герниологических школ надо стремиться к закрытию грыжевых ворот комбинированными способами.

В предотвращении рецидива и обеспечении быстреего восстановления функции брюшной стенки имеет также значение способ размещения протеза. В связи с этим нами разработан вариант пластики с размещением протеза между листками грыжевого выпячивания. При локализации грыж в правом подреберье, эпигастрии, правой подвздошной, поясничной областях, когда нет висячего кожно-жирового фартука, иссечение старого послеоперационного рубца проводим с таким расчетом, чтобы после выделения грыжевого мешка оставался избыток кожи для лучшего моделирования формы разреза перед ушиванием раны. В случаях, когда имеется висячий кожно-жировой фартук (в основном – это больные с мезо- и гипогастральной локализацией грыж) иссечение фартука выполняем двумя сходящимися поперечными разрезами в поперечном направлении.

Нижний разрез проводим по складке, образованной фартуком, а верхний – моделируем после пластики передней брюшной стенки по отношению к нижнему для достижения хорошего косметического результата. При выделении грыжевого мешка следует максимально сохранить стенки мешка и не травмировать его. Грыжевой мешок выделяем, по возможности, без его вскрытия до грыжевых ворот. Затем определяем линию, по которой проводим вскрытие мешка. Это зависит от формы выпячивания, размера грыжевого мешка, формы и размеров грыжевых ворот, состояния краев апоневроза.

звалась полипропиленовая сетка фирмы «Auto Suture». Протез фиксировался узловыми швами нитью «Surgipro» с условным номером 0 к брюшине при методике «Inlay» и к апоневрозу при методике «Onlay». В послеоперационном периоде животные содержались на стандартной лабораторной пище. При выведении животных из эксперимента на 30 и 45 сутки с момента установки сетки произведено взятие участков тканей передней брюшной стенки размером 1,5×1,5 и 2,5×2,5 см из зон имплантации вместе с эндопротежом. Образцы биоптатов фиксировали в 10% растворе формалина и заливали в парафин по стандартной методике.

Исследовано 60 макропрепаратов, из которых сделано 140 серийных срезов толщиной 5-6 микрон. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, а также гематоксилином и пикрофуксином по методу Ван-Гизона. При изучении реакции тканей в зоне имплантации полипропиленовой сетки «Sublay» на брюшине определяются разрастание рыхлой волокнистой соединительной ткани с полнокровными тонкостенными кровеносными сосудами и незначительная мелкоочаговая макрофагальная реакция.

В случаях «Onlay» нити имплантата были окружены тонкой прослойкой рыхлой соединительной ткани с незначительной мелкоочаговой макрофагальной реакцией на инородное тело. Результаты свидетельствуют о стереотипности реакции тканей на имплантат-сетку. В межфасциальном пространстве и в брюшине отмечается развитие вокруг нитей имплантата соединительной ткани, находящейся в стадии созревания от рыхлой (грануляционной) до грубо волокнистой ткани. Инкапсуляция имплантата сопровождается васкуляризацией, иногда с расстройством кровообращения и развитием различной степени мелкоочаговой лейкоцитарно-макрофагальной реакции, воспалительной инфильтрацией, содержащий незначительное число эозинофильных лейкоцитов.

Таблица

Распределение больных с послеоперационными вентральными грыжами

Локализация грыж	n	Пол		Степень ожирения*				Возраст		Размер грыжевого выпячивания, см			Размеры грыжевых ворот, см	
		М	Ж	1	2	3	4	<65	>65	20×25	25×50	10×15		15×40
Эпигастральная область	5	4	1	1	2	–	2	5	–	5	–	5	–	
Мезогастральная область	42	7	35	2	31	9	–	40	2	38	4	38	4	
Гипогастральная область	18	–	18	–	1	17	–	17	1	16	2	16	2	
Правая подвздошная область	4	1	3	3	1	–	–	4	–	4	–	4	–	
Правое подреберье	3	–	3	–	2	1	–	2	1	3	–	3	–	
Поясничная область	4	1	3	3	1	–	–	4	–	3	1	3	1	
ИТОГО	76	12	64	9	28	27	2	72	4	69	7	69	7	

*По классификации М.Н.Егорова и Л.М.Левитского

Когда поперечный размер грыжевых ворот больше продольного, грыжевой мешок лучше вскрыть в поперечном направлении и наоборот. Содержимое мешка освобождаем от спаек и вправляем в брюшную полость. При наличии инфильтрированного и сильно развитого саленика проводим его резекцию.

При грыжевых воротах вытянутых в поперечном направлении нижний листок грыжевого мешка подшиваем к верхнему краю апоневроза непрерывным швом. Затем на поверхность нижнего листка грыжевого выпячивания размещаем предварительно смоделированный по форме и размерам грыжевых ворот протез и фиксируем его к краю апоневроза по периметру П-образными швами. В качестве шовного материала использовали нить «Sergipro» 4/0. Далее протез укрывают верхним листком грыжевого мешка, и край последнего фиксируют к апоневрозу.

Во всех случаях операцию завершаем дренированием подковожно-жировой клетчатки одним или двумя силиконовыми трубками. Протез из полипропиленовой сетки размещается между париетальной брюшиной над протезом и измененным, истонченным мышечно-апоневротическим слоем грыжевого мешка под протезом. С учетом этого нами проведена экспериментальная работа по изучению тканевой реакции со стороны брюшины и апоневроза на имплантацию полипропиленовой сетки фирмы «Auto Suture». На базе вивария кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией проведено экспериментальное исследование на 25 кроликах.

Имплантацию стерильных образцов протезов (размер 3,0×3,0 см) проводили в симметричные отделы передней брюшной стенки: справа между брюшиной и фасцией, слева между фасцией и апоневрозом. В качестве трансплантата исполь-

есть от выраженности подкожно-жировой клетчатки, размеров ран и удаленного кожно-жирового фартука.

Дренажи удаляли на 5-6 сутки. Длительное истечение серозной жидкости отмечено у 15,2% больных. Серомы послеоперационной раны отмечено у 6,5% больных. Проведение местных противовоспалительных мероприятий позволили достичь заживления раны без удаления трансплантата. Миграции протеза не было. Все пациенты находятся под диспансерным наблюдением от 6 месяцев до 5 лет, рецидива грыжевого выпячивания за время наблюдения не отмечено.

На основании своего небольшого опыта, мы считаем, что вариант «ненатяжной» герниопластики с использованием полипропиленовой сетки при средних и больших вентральных грыжах является хорошей альтернативой классическим комбинированным способам лечения грыж передней брюшной стенки, ведет к снижению числа рецидивов и осложнений, обеспечивает оптимальные условия для заживления раны, играет хорошую фиксирующую роль, укорачивает сроки социальной реабилитации. Способ несет практическую направленность и может быть рекомендован широкому кругу хирургов.

Литература

1. Белоконев В.И. и др. // Клин. хир.– 2002.– №1.– С.10–13.
2. Егивев В.Н. и др. // Хир.– 2000.– №6.– С. 18–22.
3. Сажин В.П. и др. // Герниол.– 2004.– №.– С.11–14.
4. Тимошин А.Д. и др. // Герниол.– 2004.– №1.– С.5–10.