

**НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**
В.А. КОРОБКА, Н.И. БАЛИН**A NEW TECHNIQUE
OF COLORECTAL ANASTOMOSIS FORMATION**
KOROBKA V.L, BALIN N.I.

Целью исследования явилось улучшение результатов операции – резекции прямой кишки посредством применения разработанного способа формирования компрессионного колоректального анастомоза на трансанальном интубационном дренаже. По оригинальной методике прооперировано 18 больных. Результаты клинических исследований подтвердили надежность компрессионного анастомоза, высокую герметичность внутреннего шва, минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны соустья.

Ключевые слова: колоректальный анастомоз

The aim of the study was to improve the operative results of the rectum resection by application of the new technique of compression anastomosis formation using colorectal transanal intubation drainage. The original technique described above was assayed in 18 cases. The data obtained confirmed the reliability of the compression anastomosis, high sealed internal seams, minimal inflammation in the tissues and sewed a smooth healing of the anastomosis.

Key words: colorectal anastomosis

© Коллектив авторов, 2010
УДК: 616.34-007.431

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

В.А. Жарких, П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили
Ставропольская государственная медицинская академия

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. В последние годы широко используется ненапряжная герниопластика с использованием сетчатых материалов. Это позволило расширить показания к выполнению грыжесечения при больших размерах грыж. Предлагаются различные методики аллопластики грыжевых ворот. Использование аллопластики дало возможность улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, тем не менее рецидив заболевания на сегодня, по данным разных исследований, колеблется от 4 до 18,1% [1, 2, 5-9]. Неудовлетворительные результаты лечения больных с ПОВГ во многом обусловлены односторонним подходом к выбору способа хирургического вмешательства с учетом локализации, размеров грыж, величины грыжевых ворот, и в недостаточной степени учитываются другие прогностические факторы, особенно фенотипические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани, влияющие на развитие рецидива грыжи.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с ПОВГ путем дифференцирован-

ного подхода к выбору способа операции. Основой стало положение о взаимосвязи между возникновением ПОВГ у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани (СДСТ) и повышением внутрибрюшного давления (ВД).

Материал и методы. В клинике общей хирургии и МУЗ «Невинномысская городская больница» за период с 1997 по 2010 год находилось на лечении 288 больных с ПОВГ. Мужчин было 96 (33,3%), женщин – 192 (66,7%). Подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте старше 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Для мониторинга внутрибрюшной гипертензии измеряли ВД в мочевом пузыре. Для выявления СДСТ и изучения распространенности ее признаков у пациентов с грыжами они были обследованы по методике, предложенной А.С. Калмыковой с соавт. [3,4]. Сумма баллов 13 и более свидетельствует о наличии диагноза СДСТ, а сумма баллов менее 13 – об отсутствии такового. Использовалась классификация вентральных грыж по Шаврелю.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 равнозначные по количеству группы. В первую (контрольную) группу вошли 144 больных, оперированных за период с 1997 по 2002 год. Выбор метода грыжесечения у этих пациентов зависел от локализации, размеров, формы грыжевых ворот. При хирургическом лечении этих больных хирурги старались во что бы то ни стало свести края грыжевых ворот. Аутопластика применена у 72 (50%) больных с малыми и средними грыжами. При поперечном расположении грыжевых ворот 34 (23,6%) пациентам выполнена операция грыжесечения с пластикой грыжевых ворот по Мейо. При продольном расположении у 56 (38,9%) больных осуществлена пластика грыжевых ворот по Сапежко. Аутодермопластика по Янову выполнена 20

Жарких Владимир Анатольевич, соискатель кафедры общей хирургии СтГМА, тел.: 89187616760.

Лаврешин Петр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии СтГМА, тел.: (8652) 34-49-72.

Гобеджишвили Владимир Кишвардиевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии СтГМА, тел.: (8652) 29-68-89, e-mail: v_lin@mail.ru.

(13,9%) больным. В тех случаях, когда пластика грыжевых ворот была сопряжена с чрезмерным натяжением тканей и угрозой развития в послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома, у 6 (4,1%) пациентов грыжевые ворота удалось закрыть только «край-в-край». У 28 (19,5%) больных для закрытия и укрепления грыжевых ворот использовали аллопластику: у 16 (11,1%) больных – по методике «onlay», у 4 (2,8%) пациентов – по методике «sublay» и у 8 (5,6%) больных – по методике «inlay». Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 23 (16%) больных. Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 9 лет выявлен у 34 (26,8%) оперированных. Подавляющее количество рецидивов возникло после аутопластических методов лечения послеоперационных вентральных грыж – у 31 (24,4%) оперированного.

Высокие показатели послеоперационных осложнений и рецидивов побудили нас к разработке лечебной тактики у больных с ПОВГ с учетом прогностических факторов их развития. С 2002 года у 144 больных (основная группа) применяли дифференцированный подход к выбору способа хирургического пособия с учетом выявления СДСТ и изучения ВД.

Среди больных основной группы у 68 (47,2%) человек при осмотре обнаружен СДСТ. Определение индексов верхний/нижний рост, длина кисти/рост, размах рук/рост позволили выявить долихостеномелию у 74 (51,4%) пациентов, а определение индексов длина среднего пальца-длина ладони, средний палец больше 10 см, тест большого пальца, тест запястья выявило наличие арахнодактилии у 64 (41,7%) обследованных. Гиперподвижность суставов наблюдалась у 13 (9,0%) больных с ПОВГ. Висцеральными фенами СДСТ чаще всего были геморрой – 71 (49,3%) и варикозное расширение вен нижних конечностей – 43 (29,8%) больных. Проллапс гениталий наблюдался у 14 (9,7%) пациенток. Изменения кожных покровов и мышц: вялая растяжимая кожа – 56 (38,9%), легкость образования кровоподтеков – 52 (36,1%), кожные стрии – 31 (21,5%), видимая сосудистая сеть – 29 (20,1%), шов в виде «папиросной» бумаги – 17 (11,8%), гипотония мышц – 44 (30,1%) и гипотрофия мышц – 34 (23,6%) больных. Малые аномалии развития головы визуализировались в виде наличия зубов мудрости – 77 (53,5%), уздечки верхней губы – 59 (40,9%), «мятых» ушных раковин – 50 (34,7%), готического неба – 37 (25,7%) больных. Среди костно-суставных фенотипов СДСТ преобладали: сколиоз – 47 (32,6%), плоскостопие – 44 (30,6%), превышение длины 2 пальца стопы над длиной 1 пальца – 42 (29,2%), сандалевидная щель 29 (20,1%), hallus valgus – 27 (18,7%), симптом прямой спины – 22 (15,3%) пациента. Офтальмопатия чаще всего проявлялась синдромом голубых склер – 21 (14,6%) и экзофтальмом – 15 (10,4%). У пациентов с рецидивными ПОВГ фенотипические признаки и уже известные соматические заболевания, свидетельствующие о наличии СДСТ, выявлены в 33 (80,1%) случаях из 41, а из 103 больных с первичными ПОВГ СДСТ наблюдался у 35 (34,0%). Полученные данные подтверждают предрасположенность пациентов с СДСТ к формированию ПОВГ ($t = 3,46$; $P < 0,001$).

Всем 55 (38,2%) пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W_1 и W_2 , у которых выявлен синдром дисплазии соединительной ткани, осуществлялась пластика грыжевого дефекта с использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза. У остальных пациентов с грыжами малых и средних размеров для герниопластики использовалась аутопластика.

С целью профилактики развития синдрома интраабдоминальной гипертензии интраоперационно на

этапах оперативного вмешательства контролировали внутрибрюшное давление для выбора пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах. Наличие у пациентов послеоперационных вентральных грыж W_3 и W_4 с учетом показателей внутрибрюшного давления при пробном сведении краев грыжевого дефекта, являлось показанием к ненатяжной пластике с применением алломатериалов. При проведении пробного сведения краев апоневроза повышение внутрибрюшного давления до 200 мм вод. ст., определяло выполнение «ненатяжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического эксплантата по методике «onlay» или «sublay». Если при пробном сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление превышало 200 мм вод. ст. или при невозможности их сведения выполняли пластику передней брюшной стенки по методике «inlay».

Из аутопластических методов при грыжах W_1 и W_2 чаще применяли фасциально-апоневротическую пластику грыжевых ворот по Мейо – у 15 (10,4%) пациентов. У 13 (9%) больных выполнена мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапежко. С целью повышения радикальности лечения, в первую очередь, больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж у 116 (80,6%) пациентов выполнена открытая пластика с применением алломатериалов. В качестве аллотрансплантата использовали сетку полипропиленовую хирургическую эндоприл «славянская кольчуга». Укрепление грыжевых ворот у 48 (33,4%) больных осуществляли подшиванием трансплантата поверх мышечно-апоневротического слоя, в том числе и у 17 (11,8%) пациентов с рецидивными грыжами. У 10 (7%) без дополнительного рассечения тканей апоневроза, у 12 (8,3%) оперированных края грыжевого мешка сшивали до полного соприкосновения – «край-в-край», у 18 (18,1%) – путем создания дубликатуры. У 8 (5,6%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. У 34 (23,6%) больных полипропиленовая сетка располагалась позади дубликатуры апоневроза, технология «sublay», в том числе и у 11 (7,6%) пациентов с рецидивными грыжами. У 14 (9,7%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. В 20 (13,9%) случаях грыжевой мешок не вскрывался. При расположении сетчатого имплантата между брюшиной и апоневрозом рану ушивали наглухо. У 4 (2,8%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. Технология «inlay» выполнена 34 (23,6%) больным с послеоперационными вентральными грыжами W_3 и W_4 , в том числе у 13 (9,0%) пациентов с рецидивными грыжами. У 20 (13,9%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. Еще в 14 (9,7%) случаях грыжевой мешок не вскрывался.

Из пациентов основной группы осложнения отмечены у 16 (11,1%): серомы образовались у 10 (6,9%) оперированных, нагноение послеоперационной раны и подкожная гематома наблюдались по 2 (1,4%) раза. Рецидивы заболевания выявлены у 4 (2,8%) больных, летальность составила 1,4%.

Разработанный комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с ПОВГ: уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания – в 8,5 раз, летальность – в 3 раза.

Выводы

1. Важными критериями, позволяющими прогнозировать развитие послеоперационных вентральных грыж, являются: синдром дисплазии соединительной ткани, мониторинг внутрибрюшного давления.

2. Основанием для применения эндопротеза пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W_1, W_2 является наличие синдрома дисплазии соединительной ткани. При отсутствии СДСТ у больных с малыми и средними ПОВГ для закрытия грыжевых ворот используются аутопластичные методики.
3. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W_3, W_4 показана ненатяжная аллопластика грыжевых ворот. Если при сведении краев апоневроза внутрибрюшное давление не превышает 200 мм вод. ст. показана аллопластика по технологиям «onlay» или «sublay». При повышении внутрибрюшного давления более 200 мм вод. ст., или при невозможности свести края апоневроза показана аллопластика по технологии «inlay».

Литература

1. Абдуллаев, Д.А. Новые подходы в диагностике и лечении осложнений грыжи живота / Д.А. Абдуллаев, К.М. Курбанов // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 4-6.
2. Гостевской, А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть 1) / А.А. Гостевской // Вестн. хирургии. – 2007. – № 4. – С. 114-117.
3. Калмыкова, А.С. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей : метод. пособие для студентов / А.С. Калмыкова, Н.В. Ткачева. – Ставрополь, 2004. – 74 с.
4. Калмыкова, А.С. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей / А.С. Калмыкова, Н.В. Ткачева, Н.А. Федько. – Ставрополь, 2009. – 318 с.
5. Мизиев, И.А. Сложности в лечении послеоперационных вентральных грыж полипропиленовыми материалами / И.А. Мизиев, З.Х. Гедгафова, А.А. Малкарова // Материалы II съезда хирургов Южного федерального округа. – Пятигорск, 2009. – С. 176.
6. Паршиков, В.В. Ненатяжная пластика в лечении ущемленных грыж / В.В. Паршиков, А.А. Самсонов, А.В. Самсонов // Материалы Всерос. науч. конф. с междунар. участием. – Тверь, 2008. – С. 186.
7. Тимербулатов, И.М. Выбор метода оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж / И.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Р.А. Ямалов // Современ. технологии и возможности реконструкт. – восстановит. и эстетич. хирургии : материалы 1-й Междунар. конф. / под ред. В.Д. Федорова, А.А. Адамяна. – М., 2008. – С. 98.
8. Paajanen, H. Recurrent inguinal hernia / H. Paajanen, H. Hermunen // Langenbecks Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389, № 5. – P. 366-370.
9. Taveggia, A. The use of autologous dermis in the treatment of incisional hernia / A. Taveggia, G. Galassi, G. Mandrioli // Chir. Ital. – 2003. – Vol. 55, №1. – P. 137-140.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

В.А. ЖАРКИХ, П.М. ЛАВРЕШИН, В.К. ГОБЕДЖИШВИЛИ

Цель. Улучшение результатов лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции.

Материал и методы. Пролечено 288 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Осуществлен мониторинг внутрибрюшного давления и изучена распространенность при данной патологии внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани.

Результаты и обсуждение. Образование и рецидивирование грыж неразрывно связано с наличием у пациентов дисплазии соединительной ткани и внутрибрюшной гипертензии. Основанием для применения эндопротеза больным с послеоперационными вентральными грыжами W_1, W_2 является наличие синдрома дисплазии соединительной ткани. При его отсутствии у больных с малыми и средними грыжами для закрытия грыжевых ворот используются аутопластичные методики. Если при сведении краев апоневроза у больных с послеоперационными вентральными грыжами W_3, W_4 внутрибрюшное давление не превышает 200 мм вод. ст. показана аллопластика по технологиям «onlay» или «sublay». При повышении внутрибрюшного давления более 200 мм вод. ст. или при невозможности свести края апоневроза показана аллопластика по технологии «inlay».

Заключение. Важными критериями, позволяющими прогнозировать развитие послеоперационных вентральных грыж, являются: синдром дисплазии соединительной ткани, мониторинг внутрибрюшного давления.

Ключевые слова: грыжи, дисплазия, внутрибрюшное давление

OPTIMIZATION OF TREATMENT APPROACH IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

ZHARKIKH V.A., LAVRESHIN P.M., GOBEDZHISHVILI V.K.

The aim was to improve outcomes in patients with postoperative ventral hernias (POVH) by optimization of treatment approach.

Objects were 288 patients with POVH. Monitoring of the intra-abdominal pressure and external phenotypic features of connective tissue dysplasia syndrome (CTDS) was performed.

Formation and recurrence of hernia is inextricably linked with CTDS and intra-abdominal hypertension. The presence of CTDS is the indication for application of the implants in patients with POVH of W_1, W_2 . In the absence of CTDS autoplasic techniques are used to close the hernial ring in the cases of small and medium-sized hernias. Alloplastic «onlay» or «sublay» technologies are usually applied in the cases when tightening of the aponeurosis margins in patients with POVH W_3, W_4 doesn't result in the increasing of intra-abdominal pressure more than 200 mm water column. Otherwise alloplastic technology «inlay» is indicated.

Conclusion. CTDS and intra-abdominal pressure considered to be important predictive criteria of the postoperative ventral hernia formation.

Key words: hernia, dysplasia, intra-abdominal pressure