

© А.Н.Портнов, К.А.Портнов, 2006  
УДК 616.34-007.43-031:617.55-089.843

А.Н.Портнов, К.А.Портнов

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТАТА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

Федеральное государственное учреждение здравоохранения медико-санитарная часть № 128 (нач. — В.А.Сигарев)  
Федерального медико-биологического агентства, Алтайский Край, г. Яровое

**Ключевые слова:** грыжа, пластика, углеродный имплантат.

**Введение.** Проблема лечения больных с послеоперационными вентральными и паховыми грыжами по-прежнему остается актуальной. Как бы ни была развита техника оперативного лечения, какие бы современные шовные материалы не применялись для пластики грыж, частота возврата заболевания до сих пор остается до 63,7% [2, 3].

С января 2002 г. в хирургическом отделении медсанчасти стали использовать углеродный имплантат «Карбоникус-И» производства ООО «Арго-Мед» (г. Самара) для пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки. Этот имплантат является мономолекулярным материалом, что обеспечивает его полную совместимость с организмом реципиента и отсутствие отрицательного влияния на иммунную систему грыженосителей. Пластичный материал обладает высокой прочностью, в 1,5 раза превышающей прочность синтетической сетки, применяемой для трансплантации. Он хорошо моделируется по раневой поверхности, обладает высокой влагопоглощающей способностью; имплантат, пропитанный раствором антисептиков и наложенный на раневую поверхность, пролонгирует их действие и значительно снижает развитие послеоперационных осложнений [1].

**Материал и методы.** Углеродный имплантат «Карбоникус-И» использован нами при оперативном лечении грыж у 62 пациентов в возрасте 23–87 лет. Старше 60 лет было 30 (48,4%) больных. Мужчин — 38, женщин — 24. Из общего числа анализируемых больных и пациентов 3 больных с послеоперационными грыжами поступили с ущемлением в грыжевых воротах. Остальные оперированы в плановом порядке (90,2%). Паховых грыж: всего 29 (46,8%), из них рецидивных — 4, оперированных с од-

ной стороны — 26, с двух сторон — 2. Послеоперационных вентральных грыж — 33 (53,2%). Сроки грыженосительства составили от 6 мес до 8 лет. Оперированные 42 (67,7%) больных имели различную сопутствующую патологию: атеросклероз аорты и сосудов головного мозга, симптоматическая гипертония — у 21 (33,9%), ИБС, стенокардия напряжения — у 6 (9,8%), ИБС с постоянной формой мерцательной аритмии — у 5 (9,7%), ожирение III степени — у 12 (19,4%). Варикозное расширение вен нижней конечности — у 5 (3,2%), хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз, дыхательная недостаточность (ДН) II степени — у 1 (3,2%), спаечная болезнь брюшной полости — у 2 (8%) больных. Данный материал мы использовали при прямых паховых, гигантских послеоперационных мезогастральных, множественных дефектах апоневроза, II степени расхождения мышц живота, рецидивных паховых и послеоперационных грыжах. Диаметр этих грыж колебался от 6 см, паховые грыжи и 20 см — послеоперационные.

Послеоперационные грыжи были многокамерные и гигантские. До поступления в наше отделение больным уже проводились пластики местными тканями различными модификациями. Показанием к применению дополнительного пластического материала при паховых грыжах были возраст старше 40 лет, прямые паховые грыжи и рецидивные прямые и косые паховые грыжи, послеоперационные, гигантские, рецидивные послеоперационные, несостоятельность местных тканей у грыженосителей пожилого возраста, у которых грыжесечение традиционным способом не давало эффекта.

При оперативном лечении использованы имплантаты площадью от 18 до 143 см. При паховых грыжах выполняли пластику стенки пахового канала по Лихтенштейну. При вентральных грыжах после пластики дефектов апоневроза местными тканями поверх укладывали углеродный имплантат, который выполнял укрепляющую, замещающую функцию. В шахматном порядке подшивали его отдельными узловыми капроновыми швами через 1 см. Операцию заканчивали подведением одного пассивного трубчатого дренажа либо резинового выпускника в подкожную жировую клетчатку к месту подшивания имплантата. При вентральных грыжах в подкожную жировую клетчатку через контрапертуры ставили дренажную трубку диаметром 5 мм. Выпускник и дренажную трубку удаляли через сутки. В послеоперационном периоде с целью профилактики назначали антибиотики в течение 5 дней в профилактических дозировках.

При ущемленных грыжах назначали канамицин 500 мг 2 раза в день в течение 4 дней. Швы снимали на 8–10-й день после операции. Заживление операционной раны — первичным натяжением.

**Результаты и обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде, в течение 5 сут отмечена температурная реакция до 37,4 °С у больных, которым проводилась пластика паховых грыж с двух сторон, и при большом размере имплантата — 38 °С в течение 2–3 дней.

Результаты изучены в сроки до 3 лет после операции. осложнения после операций, связанных с имплантацией углеродного имплантата, отмечены у 4 больных, оперированных по поводу рецидивных вентральных грыж. У одной больной через 4 мес выявлена грыжа за пределами оперативного вмешательства. У второй больной через месяц после операции по поводу ущемленной рецидивной послеоперационной грыжи сформировался лигатурный свищ, отделяемое из которого было скудное, серозное, периодически отходили отдельные волокна углеродной ткани. После лечения в стационаре через 6 мес больная повторно оперирована, удалены отторгнутые организмом фрагменты имплантата, рана полностью эпителизировалась, отделяемого нет, больная выписана на амбулаторное долечивание. У двоих больных с пластикой по Лихтенштейну на 12-е сутки после выписки, без температурной реакции, отека и гиперемии в области послеоперационного рубца выявлено нагноение операционной раны с образованием незаживающего свища, с обильным гнойным отделяемым, лечение в позднем послеоперационном периоде перевязками, антибиотиками, физиотерапевтическое лечение — эффекта не дали. Через 4 мес первый больной и через 1 год второй больной были повторно оперированы, нагноившийся имплантат удален, заживление вторичным натяжением. Осмотрены через 6 мес, раны зажили, в месте стояния

имплантата — плотные рубцы. Данное осложнение, мы считаем, связано с применением капроновой нити. При внедрении в практику монокристаллической нити «Викрил» у 15 больных отмечены отсутствие температурной реакции в раннем послеоперационном периоде, отсутствие нагноения операционной раны.

**Выводы.** 1. Применение углеродного имплантата «Карбоникус-И» показывает, что он, как инородное тело, вызывает выраженную реакцию организма и секвестрацию отдельных волокон имплантата. 2. Герниопластика сложных вентральных грыж с применением углеродного имплантата является методом выбора. 3. Для окончательных выводов требуется дальнейшее наблюдение за больными в более отдаленные сроки.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белослудцев Д.Н. Применение углеродного имплантата в лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами // Вестн. хир.—2000.—№ 5.—С. 90–91.
2. Егнев В.Н., Чижов Д.В., Рудакова М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах // Хирургия.—2000.—№ 1.—С. 19–21.
3. Петухов Н.Д., Дасаев А.Н., Хоробрых О.В. и др. Использование полипропиленовой сетки в пластике грыж передней брюшной стенки // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: Материалы Шестой научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиэлэкстрем», 2002.—С. 138–140.

Поступила в редакцию 18.11.2005 г.

A.N.Portnov, K.A.Portnov

#### EXPERIENCE WITH USING A CARBONIC IMPLANT FOR PLASTY OF HERNIA DEFECTS

Based on 3-year experiences with using «Karbonikus-P» as a transplant in 62 patients the authors have found that a carbonic implant causes a marked reaction of tissues and sequestration of certain fibers. It is necessary to use the implant as a method of choice and to continue observations.