

ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ.**А.А. СМИРНОВ, В.М. ВОРОНИН, И.А. ШЕСТАКОВ***Кафедра общей хирургии БелГУ. Белгород. 308800, ул. Литетнова, д.99
Медицинский факультет*

Авторами предложен и применен на практике новый способ пластики грыжевых ворот при пупочных грыжах, основанный на применении непрерывного двухрядного, с элементом П-образного шва, соединяющего апоневроз в виде дубликатуры. Для пластики использовали рассасывающуюся нить (с длительным сроком рассасывания). По данной методике оперировано 56 больных, из них женщин – 48, мужчин – 8. Использование данной методики позволило значительно сократить количество рецидивов заболевания. Больные наблюдаются в течение 1,5 лет – образования послеоперационной грыжи не обнаружено. Решение о выдаче государственного патента на изобретение от 16 мая 2002г. по заявке №2001106395/14 (006472) от 6 марта 2001г.

Пупочные грыжи у взрослых, по данным статистики, составляют от 5% (Воскресенский Н.В., Горелик С.Л., 1965) до 12% (Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1990) от всех оперированных наружных грыж живота и по частоте занимают 3-е место после паховых и послеоперационных. Тенденция к учащению пупочных грыж может быть обусловлена возрастанием количества тучных людей, а также расширением показаний к хирургическому лечению этой категории больных. В основе возникновения пупочных грыж у взрослых лежит, с одной стороны, дефект анатомического строения пупочного кольца, с другой – факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и растяжение передней брюшной стенки, из которых наибольшее значение имеют беременность и ожирение. В самом начале развития хирургии пупочные грыжи из-за сложности и опасности операции подвергались хирургическому вмешательству лишь при ущемлении, а для неущемленных форм конструировали различные, подчас весьма сложные, бандажи. И в наши дни многие хирурги предпочитают не оперировать пожилых тучных больных, особенно если у них имеются сопутствующие заболевания, хотя именно у них наиболее часто наблюдаются такие осложнения грыжи, как ущемление и спаечная непроходимость в грыжевом мешке.

Существует ошибочное мнение, что лечение пупочных грыж – уже решенный вопрос, а применяемые рутинные оперативные вмешательства обеспечивают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. Количество рецидивов не имеет тенденции к уменьшению и составляет 15 – 20%, а при больших грыжах – 30 – 40% (Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1983; Шпаковский Н.И. 1983; Корнилаев и соавт. 1987; Alvaros P. et al., 1984), что заставляет искать новые пути уменьшения последних.

Нами предложен и применен на практике новый способ пластики грыжевых ворот при пупочных грыжах непрерывным двухрядным, с использованием элементов П-образного, швом рассасывающейся нитью, соединяющего апоневроз в виде дубликатуры (положительное решение о выдаче государственного патента на изобретение от 16 мая 2002г. по заявке №2001106395/14 (006472) от 6 марта 2001г.). По заявленной методике прооперировано 56 больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении №2 муниципальной городской клинической больницы №1 г.Белгорода, из них 48 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 74 лет. Прототипом нового способа пластики является уже известная пластика грыжевых ворот по Мейо.

Целью нашей работы явилось создание надежного сопоставления тканей с сохранением эластических свойств апоневроза, не нарушающего кровоснабжение последнего в зоне пластики, исключающего повреждение тканей нитью в виде расслаивания в послеоперационном периоде. Это достигается тем, что, во-первых, сшивают листки апоневроза рассасывающейся нитью, во-вторых, П-образные швы являются непрерывными, в – третьих, второй ряд шва продолжают той же нитью, в-четвертых, за счет отсутствия фиксации каждого фрагмента шва становится возможным смещение нити относительно апоневроза, что предупреждает расслаивание последнего при повышении внутрибрюш-

ного давления и позволяет «рубцу» апоневроза формироваться в более «выгодных» условиях.

Начальный этап операции при пупочной грыже до этапа пластики грыжевых ворот производится по обычной методике с учетом этиологических факторов грыжеобразования. Пластику грыжевых ворот начинаем непрерывным швом рассасывающейся нитью, например «Полисорб», при этом отступаем, например 2,0-2,5 см (l_1) от латерального края грыжевых ворот с наружной поверхности верхнего листка апоневроза и прошиваем с выколом на внутреннюю поверхность верхнего листка. Затем отступаем, например, 1,0-1,5 см (l_2) от края нижнего листка апоневроза и прошиваем с выколом снаружи во внутрь и выколом изнутри наружу нижнего листка с шагом, например, 1,0-1,5 см (l_3). Следующим этапом прошиваем верхний листок с выколом с внутренней поверхности и выколом на наружную поверхность верхнего листка с шагом (l_3) и отступаем (l_1) от края последнего. Завязываем узел и сшиваем листки апоневроза в той же последовательности с шагом (l_3) до противоположного края грыжевых ворот (рис.1). Не завязывая узла, продолжаем той же нитью второй ряд шва (рис.2).

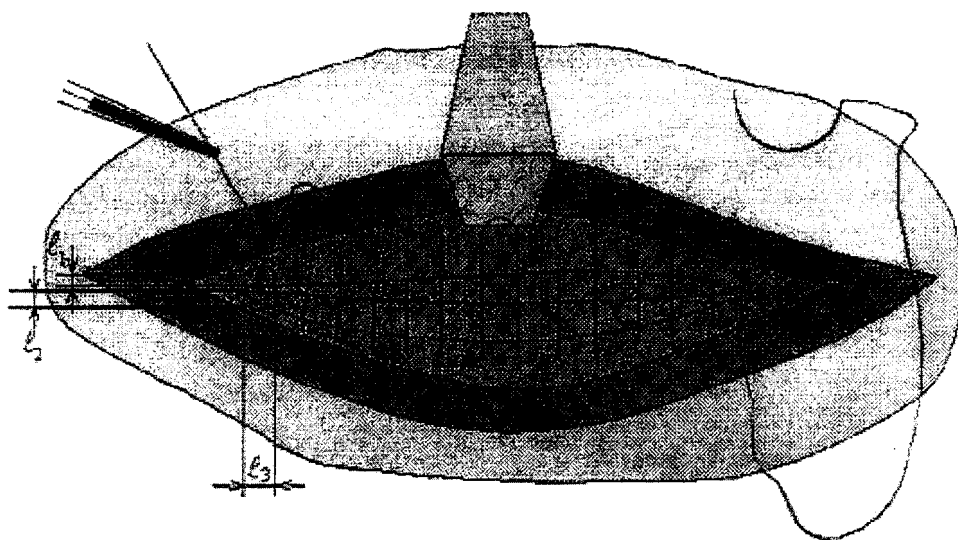


Рис. 1. Методика выполнения первого ряда шва (описание в тексте).

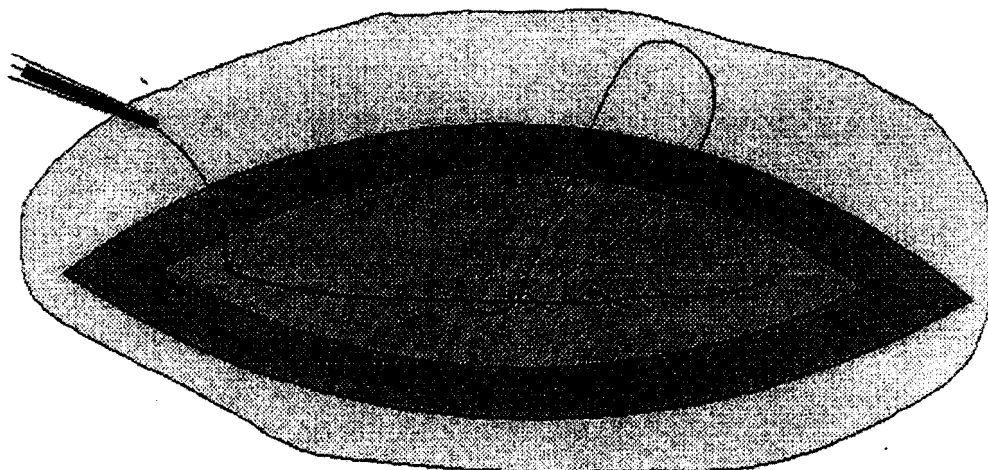


Рис. 2. Методика выполнения второго ряда шва (описание в тексте).

При этом отступаем, например, 0,5см (l_4) от края верхнего листка апоневроза и прошиваем последний снаружи во внутрь. Затем отступаем, например, 1,5-2,0см (l_5) от первого ряда шва и прошиваем нижний листок апоневроза с вколом снаружи во внутрь и выколом изнутри наружу. При этом захватываем, например, 0,5см (l_6) нижнего листка и продолжаем шов с шагом, например, 1,0см (l_7) в той же последовательности до места первого вкола, причем удерживаем нить в постоянном натяжении во время всей пластики грыжевых ворот. Затем связываем концы нити между собой (рис.3).

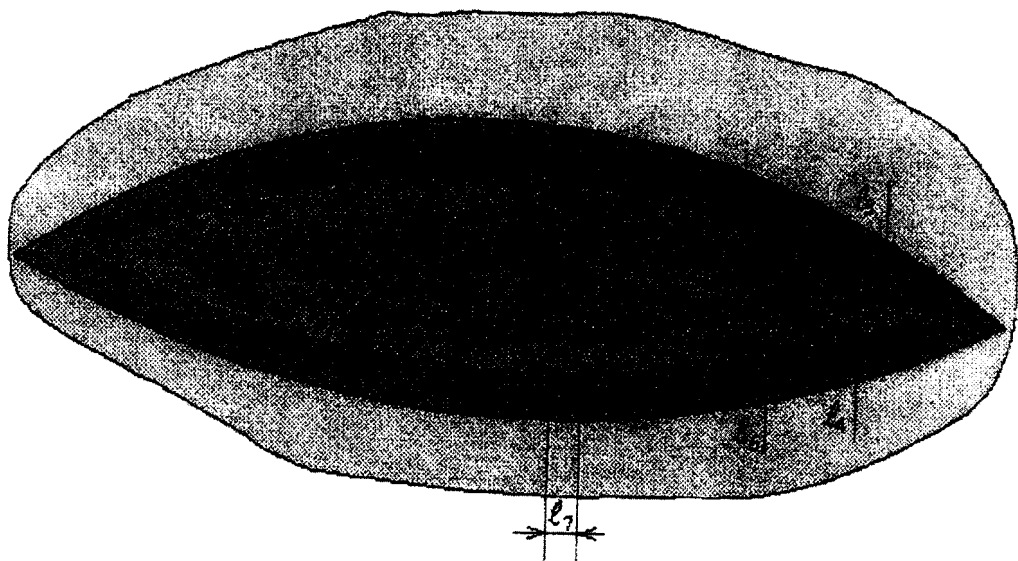


Рис. 3. Окончательный вид пластики с размерами второго ряда шва.

Операцию заканчиваем дренированием раны. У больных старческого возраста необходимо использовать нити с более длительным сроком рассасывания (например «Биосин», или «Монокрил»), так как у этого контингента больных значительно снижены регенераторные способности тканей и требуется более длительное присутствие нити в тканях.

Послеоперационное ведение больных ничем не отличается от такового при использовании традиционных способов пластики: больные соблюдают «охранительный» режим физической нагрузки и ношение бандажа в течение всего периода формирования послеоперационного рубца. Наблюдение за больными ведется в течение 1,5 лет – образование послеоперационной («рецидивной») грыжи не наблюдается ни у одного больного.

Таким образом, использование при оперировании пупочных грыж предложенной методики позволяет:

- избежать таких осложнений, встречающихся при использовании синтетической нити, как гранулемы и лигатурные свищи;
- не нарушать кровоснабжение апоневроза в зоне пластики, что способствует наилучшему формированию рубцовой ткани;
- создать необходимую для укрепления шва дубликатуру апоневроза;
- нити работать как «пружине», за счет непрерывности шва, не расслаивая апоневроза;
- «рубцу» апоневроза формироваться в более «выгодных» условиях.

ORYGINAL METOD OF PLASTY DURING UMBILIKAL RUPTURS

A.A. SMIRNOV, V.M. VORONIN, I.A. SHESTAKOV

*Depatment of general surgery, Belgorod State Universiti. Belgorod. 308800. Litvinov str. 99/
Medical faculty.*

New method of plasty during umbilical ruptures based on application of continuous doubl – line stitch with the element of П – form stitch, connecting aponeurosis in the form of dubication. Resolving thread (with a long period of resolving) was used for plasty. 56 patients, 48 of them are women and 8 are men, were operated accoding to this method. The applicathion of this metod of plasty and resolving threads allowed to avoid such postoperativ complications as fester of wounds and formation of ligatura fistular, wich often bring to the relepse of the disease. The patients were observed for 1,5 years – formation of postoperative rupture was not found out.