

4.	Болезни легких и системы дыхания и методы их лечения	520	4,43%
5.	Болезни мужской половой сферы и методы их лечения	823	7%
6.	Болезни суставов и опорно-двигательной системы и методы их лечения	886	7,54%
7.	Заболевания желез внутренней секреции и методы их лечения	350	2,98%
8.	Заболевания зубов и методы их лечения	766	6,51%
9.	Заболевания нервной системы и методы их лечения	700	5,95%
10.	Заболевания прямой кишки, толстого кишечника и методы их лечения	325	2,76%
11.	Здоровый образ жизни или как не заболеть	1720	14,62%
12.	Как защитить детей от болезней	904	7,68%
13.	Почему мы боеем раком, и как вылечиться от рака	666	5,66%
14.	Сердечно-сосудистые болезни и методы их лечения	1055	8,97%
15.	Фитнес и бодибилдинг	534	4,54%
16.	Экспертиза лекарств, медицинских приборов, методов лечения	1116	9,48%

Женщины наиболее часто в качестве источников информации о здоровье и болезнях сообщали о телевидении (31,75%), 27,22% получали интересующую их информацию из газет, 21,86% полагались на консультацию и совет профессионального врача,

10,64% — сообщали о других источниках получения информации, 6,19% получали информацию по радио, 1,61% учитывали мнение экстрасенсов и целителей, 0,73% здоровьем не интересовались. Источники медицинской информации среди мужчин были аналогичны.

Таким образом, участники интернет-опроса «ПОМОГИТЕ ЗДОРОВЬЮ!» (26599 человек) представляли зрительскую аудиторию программы «Здоровье» на «Первом канале» (96,38% были зрителями программы, в том числе, 42,01% женщин и 21,96% мужчин (p<0,05) были постоянными зрителями); большинство респондентов были представлены лицами женского пола (89,09%) в возрастной группе от 20 до 40 лет (51,65%); городскими жителями были 97,29%, проживали в г. Москве 43,45%, наибольшее количество опрошенных имели доход до 1000 рублей (28,65%) и от 3000 до 10000 рублей (33,32%), 82,39% женщин и 69,8% мужчин (p<0,05) отметили, что заботятся о своем здоровье; среди основных источников медицинской информации наибольшее количество опрошенных отметили телевидение (31,7%), газеты и журналы (26,52%), консультацию и совет профессионального врача (21,69%); наибольшее количество респондентов (12,77%) отдавали предпочтение информации профилактической направленности, а именно информации на тему «Здоровый образ жизни, или как не заболеть».

Полученные в результате Интернет-опроса данные постоянно используются для целенаправленного воздействия на зрительскую аудиторию программы «Здоровье» с учетом ее специфики, потребностей и интересов.

## Оценка различных способов расположения эндопротеза при пластике послеоперационных вентральных грыж

А. З. ЗАМАЛЕЕВ, А. В. КОЧНЕВ, Д. А. СЛАВИН.

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань.

Отделенческая больница ст. Казань, г. Казань.

### Введение

Хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами, которых Rives предлагал рассматривать как пациентов, страдающих «болезнью послеоперационных грыж» [1], остается актуальной проблемой современной герниологии. Более чем столетний период совершенствования их оперативного лечения показывает, что результаты пластики местными тканями при этой патологии неудовлетворительны из-за высокой частоты рецидивов, количество которых достигает 50-60% [2, 3]. Изучение ведущей роли нарушения метаболизма соединительной ткани в патогенезе процессов формирования послеоперационного рубца и широкое внедрение в клиническую практику синтетических биоматериалов привели к пересмотру тактики при вентральных грыжах в пользу аллопластики [4]. Пластика с использованием сетчатых эндопротезов снизила частоту рецидивов до 5-10% и позволила восстанавливать большие дефекты брюшной стенки [5]. Однако протезирование, как и любая новая технология, помимо несомненных преимуществ, имеет свои особенности и специфические осложнения. Наиболее частым из ранних раневых осложнений (до 50%) является серома [6] — неспецифическая воспалительная реакция организма на инородное тело, которая может инфицироваться, что способствует рецидиву грыжи или формированию длительно незаживающих свищей.

Основным фактором, определяющим ближайшие и отдаленные результаты операции, является выбор биоматериала и оптимального способа его имплантации. Наиболее распространенными и подходящими для герниоаллопластики сегодня считаются сетчатые полипропиленовые эндопротезы [7].

Целью настоящего исследования является сравнительная оценка различных способов аллопластики послеоперационных

вентральных грыж с анализом рецидивов заболевания на отдаленных сроках лечения и обоснованием оптимального расположения аллотрансплантата в брюшной стенке.

### Материал и методы

В отделении хирургии НУЗ «Отделенческая больница ст. Казань» ОАО «РЖД» с 1999 по 2006 г. выполнено 120 операций по поводу послеоперационных вентральных грыж с использованием сетчатых полипропиленовых эндопротезов, которые по способу расположения имплантата были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 88 пациентов, у которых аллотрансплантат располагали под апоневрозом. Кроме 46 операций с расположением эндопротеза между листками влагиалища прямой мышцы живота, в данную группу включены 42 предбрюшинные имплантации, как удовлетворяющие основным принципам наложения протезов: ретромускулярная позиция, отсутствие контакта с органами брюшной полости и подкожно-жировой клетчаткой. В 68 операциях протез фиксировался узловыми или непрерывными швами к окружающим тканям. Данная методика предотвращает миграцию аллотрансплантата, его сморщивание и скручивание, однако усложняет и удлиняет операцию, может вызывать натяжение сетки, повреждение сосудов и нервов. Пластика без фиксации протеза к окружающим тканям швами исключает эти нежелательные последствия. У 20 больных применялась бесшовная герниопластика по Трабукко [8] с использованием сетчатых полипропиленовых эндопротезов фирмы «Herniamesh», обладающих следующими необходимыми свойствами:

1. Протезы достаточно плотные, упругие и обладают памятью формы.
2. Макропористые, быстро фиксируются к тканям.

3. Обладают стабильностью плоского расположения при имплантации.

4. Теряют способность к скручиванию и сморщиванию.

5. Не смещаются в тканях без фиксации швами.

6. Сокращение материала при имплантации снижено до 2% (вместо 20-25% у обычных полипропиленовых эндопротезов).

7. Благодаря жесткости и стабильности плоского расположения протеза отсутствует «мертвое пространство» между сеткой и тканями.

2-я группа представлена 32 герниоаллопластиками с расположением сетчатого полипропиленового эндопротеза в подкожно-жировом слое, над апоневрозом. Этот способ пластики послеоперационных вентральных грыж подразумевал ушивание грыжевого дефекта «край в край» с последующей фиксацией аллотрансплантата по периферии поверх апоневроза. У 5 больных из-за больших размеров грыжевых ворот сближение их краев не представлялось возможным. В таких случаях брюшную полость герметизировали с помощью грыжевого мешка. Сверху располагали сетчатый эндопротез, который фиксировали к краям апоневроза с нахлестом не менее 4 см.

При всех аллопластиках послеоперационных вентральных грыж с целью профилактики инфекции интраоперационно использовали антибиотики широкого спектра действия, преимущественно цефалоспоринового ряда.

Обе группы пациентов представлены на 84% женщинами со средним возрастом 55-60 лет и индексом массы тела 32-33 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует ожирению 2-й степени. Грыжевой дефект чаще располагался в гигастральной области (M<sub>3</sub> и L<sub>3</sub> по классификации (SWR)). Средняя ширина грыжевых ворот составила 6,4 см в 1-й группе и 6,2 см во 2-й (W<sub>2</sub> по классификации (SWR)). Нам не встречались пациенты с гигантскими вентральными грыжами с размером дефекта более 15 см. Первичные послеоперационные грыжи отмечены у 80% больных. Для герниопластики использовались сетчатые полипропиленовые эндопротезы «Prolene», «Линтекс», «Herniamesh», «Hertra», «Surgipro». Статистически значимых различий между сравниваемыми группами не выявлено (p>0,15).

Сравнительный анализ раннего послеоперационного периода основывался на оценке раневых осложнений в обеих группах, как напрямую зависящих от места расположения аллотрансплантата в брюшной стенке. Нагноение послеоперационной раны нами не отмечено ни в одном из клинических случаев. Основным раневым осложнением, специфичным для имплантации эндопротеза, является серома. При этом небольшое количество жидкости в области протеза обнаруживается на сроках 5-7 дней после операции практически у всех пациентов [9]. Интересным является то, что жидкость выявляется не только в пространствах, непосредственно контактирующих с сетчатым эндопротезом, но и в подкожной или предбрюшинной клетчатке, например, в случае расположения аллотрансплантата между листками влагалища прямой мышцы живота. Основная часть таких скоплений серозной жидкости в ране самостоятельно рассасывается, не вызывая субъективных ощущений у пациента.

Мы принимали во внимание только клинически значимые серомы, вскрывшиеся самопроизвольно через линию швов или вскрытые хирургом во время зондирования раны. Тактика ведения сером была консервативной в обеих группах и включала в себя одномоментное опорожнение непосредственно через рану, ношение бандажа и частые перевязки (по мере промокания повязки). С целью дополнительной профилактики инфицирования назначались антибиотики широкого спектра действия сроком на 3-5 дней.

Ведущим критерием эффективности применения любого метода герниопластики является частота рецидивов. Мы обследовали больных из обеих групп на сроках до 3 лет после операции.

#### Результаты и обсуждение

При ретромускулярном расположении аллотрансплантата, за счет внутрибрюшного давления протез на большой площади изнутри примыкает к плотным структурам передней брюшной стенки, что препятствует возникновению рецидива грыжи [7, 10, 11]. Кроме того, кровоснабжение окружающих тканей, в частности мышечной, значительно лучше, чем подкожно-жировой клетчатки. Реакция окружающих тканей на аллотрансплантат схожа в предбрюшинном положении и между мышцами, менее выражена в подкожном слое. Она характеризуется накоплением макрофагов и формированием воспалительной ткани, позже сменяющейся плотной волокнистой тканью вокруг волокон имплантата [12]. Расположить сетчатый эндопротез над предварительно ушитым

aponеврозом технически наиболее просто. Средняя продолжительность оперативного вмешательства во 2-й группе больных составила 56 минут, на 11 минут короче, чем в 1-й группе пациентов (p<0,05). Однако массивная отслойка подкожной жировой клетчатки, ее обширное соприкосновение с аллотрансплантатом нередко приводит к образованию сером, инфицированию и развитию свищей. В 1-й группе пациентов частота раневых осложнений (сером) в раннем послеоперационном периоде составила 8%, во 2-й — 25%. У одного пациента во 2-й группе (3,1%) длительное заживление послеоперационной раны с расхождением краев потребовало удаления части имплантата. Снижение количества ранних осложнений позволило сократить среднюю продолжительность послеоперационного пребывания больного в стационаре с 12 дней при расположении сетчатого эндопротеза над апоневрозом до 9 дней при расположении под апоневрозом (p<0,01), а также среднюю продолжительность назначения анальгетиков с 5 дней во 2-й группе до 3,5 дня — в 1-й (p<0,01). В течение 3 лет после операции рецидивы грыжи при подапоневротическом положении аллотрансплантата наблюдались в 4,5% случаев, при надапоневротическом — в 18,8%.

Необходимо отметить, что расположение сетчатого полипропиленового эндопротеза в подкожной клетчатке (над апоневрозом) нами использовалось на этапе внедрения аллопластики и при невозможности сведения дефекта апоневроза. Кроме того, этот вид операции, как наиболее простой с технической точки зрения, применялся у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

#### Выводы

В заключение хочется отметить, что при пластике послеоперационных вентральных грыж с использованием сетчатых полипропиленовых эндопротезов оптимальным вариантом является расположение аллотрансплантата под мышечно-aponевротическими слоями передней брюшной стенки. Полученные клинические данные позволяют полностью подтвердить эту точку зрения: при подапоневротическом положении частота раневых осложнений (сером) в раннем послеоперационном периоде меньше в 3,1 раза (p<0,03), рецидивов в течение 3 лет после операции — в 4,2 раза, чем при надапоневротическом положении (p<0,05). Более благоприятное течение раннего послеоперационного периода при расположении сетчатого эндопротеза под апоневрозом позволило сократить среднюю продолжительность пребывания больного в стационаре после операции на 3 дня (p<0,01), назначения анальгетиков на 1,5 дня (p<0,01).

#### ЛИТЕРАТУРА

- Rives J., Lardennois B., Pire J. C., Hibern J. Large incisional hernias. The importance of flail abdomen and of subsequent respiratory disorders // *Chirurgie*. — 1973. — Jun. — № 99 (8). — P. 547-63.
- Жебровский В. В., Мохаммед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. // Симферополь. — «Бизнес-Информ». — 2002. — 438 с.
- Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. // М.: «Триада-Х». — 2003. — 144 с.
- Rosch R., Lynen-Jansen P., Junge K., Knops M., Klosterhalfen B., Klinge U., Mertens P. R., Schumpelick V. Biomaterial-dependent MMP-2 expression in fibroblasts from patients with recurrent incisional hernias // *Hernia*. — 2006. — Jan. — № 11. — P. 1-6.
- Schumpelick V., Junge K., Rosch R., Klinge U., Stumpf M. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany. // *Chirurg*. — 2002. — Sep. — № 73 (9). — P. 888-894.
- Lin B. S., Vargas A. Use of temporary prostheses to repair difficult hernias. // *South Med. J.* — 1973. — № 66. — P. 925-928.
- Amid P. K., Shluman A. G., Lichtenstein I. L., Hakakha M. Biomaterials and hernia surgery. Rationale for using them // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 1995. — Aug. — № 87 (8). — P. 582-586.
- Trabucco E., Campanelli G. Nuove protesi erniarie in polypropylene // *Min. Chir.* — 1998. — Vol. 53. — P. 337-341.
- Славин Л. Е., Федоров И. В., Сигал Е. И. Осложнения хирургии грыж живота. // М.: «Профиль». — 2005. — 176 с.
- Bucek J., Jerabek J., Piskac P., Novotny T. Retromuscular mesh repair of a hernia in a scar according to Rives — our first experience. // *Rozhl. Chir.* — 2005. — Nov. — № 84 (11). — P. 543-546.
- Le H., Bender J. S. Retrofascial mesh repair of ventral incisional hernias. // *Am. J. Surg.* — 2005. — Mar. — № 189 (3). — P. 373-375.
- Dabrowiecki S., Svanes K., Lekven J., Grong K. Tissue reaction to polypropylene mesh: a study of oedema, blood flow, and inflammation in the abdominal wall. // *Eur. Surg. Res.* — 1991. — № 23 (3-4). — P. 240-249.