

2. Еремина Е. Ю. Билиарная патология: возможности профилактики / Е. Ю. Еремина, Ю. Н. Кондратенко // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 130–133.
3. Земцовский, Э. В. Соединительно-тканые дисплазии сердца. – Санкт-Петербург: изд. «Политекс», 2004. – 94 с.
4. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани (руководство для врачей) / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – СПб: изд. «Элби», 2009. – 650 с.
5. Лялюкова Е. А. Аномалии панкреатодуоденальной зоны у пациентов с дисплазией соединительной ткани: клинические проявления, тактика ведения пациентов // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 74–76.

6. Осипенко М. Ф. Функциональная патология билиарного тракта и недифференцированная дисплазия соединительной ткани / М. Ф. Осипенко, М. И. Скалинская, А. Н. Рыжичкина // Справочник поликлинического врача. – 2011. – № 1. – С. 48–53.
7. Сердечно-сосудистые заболевания как факторы операционного риска в хирургии желчекаменной болезни / О. В. Булашова [и др.] // Практическая медицина. – 2010. – № 5. – С. 102–105.
8. Фенотипические маркеры аномалий анатомии треугольника Кало / Г. В. Фомов, А. С. Мухин, Г. И. Подолинный и др. // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 58–61.

Поступила 14.02.2013

**С. Е. ГУМЕНЮК, Е. Ю. ГЛАДКИЙ, А. В. ГУБИШ, А. Б. ЯРЫШ,
М. В. ПЕРКОВ, А. Г. ГРИГОРЬЕВ**

ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТРАЦИЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ УШИВАНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 89284153638. E-mail: alex151283@mail.ru*

Одной из актуальных проблем завершающего лечения перитонита, больших вентральных грыж является надежное закрытие брюшной полости. Предложенный метод зарекомендовал себя как эффективный способ закрытия лапаротомной раны у данных больных, а также у тучных больных, обеспечивающий эффективную профилактику несостоятельности швов.

Ключевые слова: грыжа, эвентрация, профилактика, абдоминопластика.

S. E. GUMENYUK, E. Yu. GLADKIY, A. V. GUBISH, A. B. YARISH, M. V. PERKOV, A. G. GRIGORIEV

PREVENTION OF THE EVENTRATION AND THE POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIATION AFTER CLOSURE OF THE ABDOMINAL CAVITY

*Department of surgery of pediatric and stomatological faculty of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4.
Tel. 89284153638. E-mail: alex151283@mail.ru*

The proper closure of the abdominal cavity as a final step of treatment of peritonitis and giant abdominal hernias is one of the major problem of modern surgery. The introduced method of surgical treatment has established a reputation as an effective way for closure of a laparotomy wound in this group of patients and patients who suffer from obesity.

Key words: hernia, eventration, prophylaxis, abdominoplasty.

Введение

Одной из актуальных проблем завершающего лечения перитонита, больших вентральных грыж являются надежное закрытие брюшной полости, укрепление передней брюшной стенки и профилактика эвентраций и грыж в послеоперационном периоде [3]. Традиционные способы закрытия брюшной полости отдельными узловыми швами, особенно в условиях нагноения раны и/или избыточной внутрибрюшной гипертензии, приводят, как правило, к прорезыванию лигатур и несостоятельности наложенного шва. Как метод профилактики этого осложнения традиционно применяется дополнительное наложение П-образных швов, обычно на каком-либо синтетическом каркасе. Такой способ позволяет несколько снизить нагрузку на ткани, уменьшить нарушения кровообращения в области операционной раны. Однако полностью этот метод проблемы

не решает: плечо П-образного шва по протяженности составляет обычно не более 1–2 см, при завязывании лигатуры давление на ткани, расположенные в этом шве, приводит к ишемии и возникновению некроза, что создает опасность нагноения и несостоятельности послеоперационной раны. Частота послеоперационных и рецидивных послеоперационных вентральных грыж, по данным различных авторов, и в настоящее время остается достаточно большой и составляет до 10% от числа всех прооперированных грыж живота при аллопластике и до 50% при аутопластике, а частота рецидивных грыж около 7% рассматривается во многих странах как хороший результат [1, 2].

Методика

С целью создания условий для хорошего кровоснабжения шва, повышения его механической прочности и

сокращения частоты послеоперационных осложнений нами был разработан метод закрытия лапаротомной раны [4], заключающийся в первоначальном создании каркаса по краям апоневроза путем продольного прошивания апоневроза каскадом непрерывной нити, отступая не менее 1 см от края апоневроза и заступая за углы раны сверху и снизу до 1 см (рис. 1).

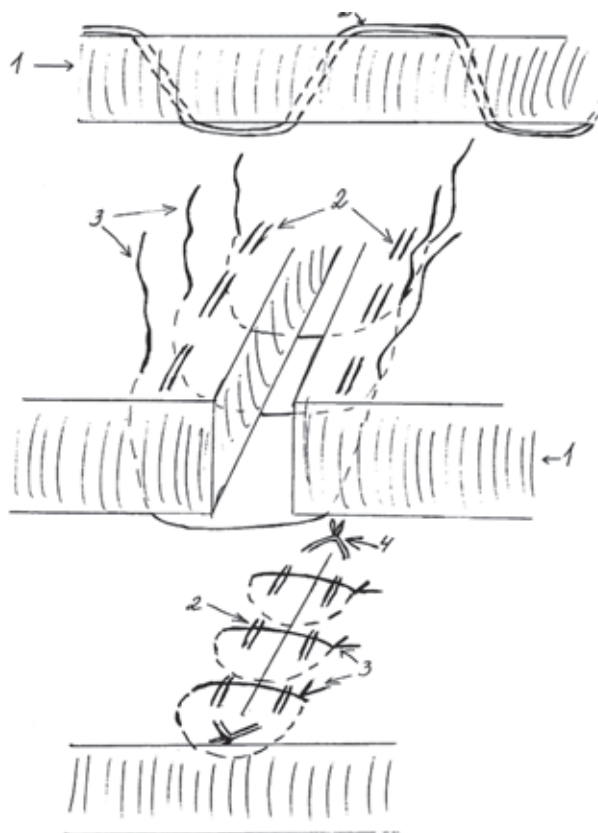


Рис. 1. Способ ушивания лапаротомной раны (схема): 1 – апоневроз; 2 – каскадная непрерывная нить; 3 – узловые швы, накладываемые с захватом каркасных нитей; 4 – каркасные нити, завязанные по углам раны на последнем этапе

Далее края апоневроза подтягиваются за каркасные нити, апоневроз прошивается с обеих сторон узловыми швами таким образом, чтобы каркасные нити с двух сторон попали в накладываемые узловые швы. Способ дает большую прочность наложенных узловых швов, распределяет нагрузку каждого узлового шва равномерно по всему периметру прошиваемой каркасной каскадной нити, предупреждает прорезывание нитей в условиях стихающего воспалительного процесса и нарушение кровообращения в этой зоне. Также такая последовательность завязывания лигатур обеспечивает оптимальное сопоставление краев раны без избыточной деформации.

Результаты исследования

Указанным способом нами прооперировано 38 пациентов, которым приходилось ушивать апоневроз как после плановых «чистых» и «условно-чистых» операций на органах брюшной полости, так и после многократных этапных релапаротомий по поводу перитонита: герниопластика больших послеоперационных

вентральных грыж – 80% (30 пациентов), операции по поводу распространенного перитонита – 8% (3 пациента), билиопанкреатическое шунтирование, резекция желудка, бандажирование желудка – 12% (5 пациентов) (рис. 2).



Рис. 2. Больная А., 51 год, разлитой каловый перитонит, запланированная санационная релапаротомия



Рис. 3. Больной С., 68 лет. Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа. Ожирение III ст. Этап перед закрытием раны

Среди этих больных особую категорию составили пациенты, страдающие ожирением – 55% (21 пациент), индекс массы тела (индекс Кетли) у которых составил более 35–40 кг/м² (ожирение II–III степени по ВОЗ) (рис. 3).

Возраст пациентов составил от 24 до 60 лет. У всех прооперированных пациентов лапаротомные раны зажили без осложнений, данных об эвентрации, формировании грыжи не было. Самое длительное наблюдение (более 3 лет) – больной П., 56 лет, с удовлетворительным результатом, у которого по указанной методике рана была ушита после многократных санационных релапаротомий по поводу разлитого фибринозно-гнояного перитонита.

Обсуждение

Предложенный метод зарекомендовал себя как эффективный способ закрытия лапаротомной раны у больных с перитонитом; при герниопластике, у тучных

больных, обеспечивающий по сравнению с традиционными способами эффективную профилактику несостоятельности швов, и может применяться в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лембас А. Н. О лечении послеоперационных вентральных грыж / А. Н. Лембас, И. И. Тампей, В. В. Иванченко, А. В. Баулин, Г. А. Зюлькин // Поволжский регион (Медицинские науки. Клиническая медицина). – 2010. – № 1 (13).
2. Чугунов А. Н. Анализ причин рецидивов послеоперационных вентральных грыж после разных способов аллопластики /

А. Н. Чугунов, Л. Е. Славин, А. З. Замалеев // Казанский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 238–240.

3. Жебровский В. В., Эльбашир М. Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. – «Бизнес-Информ», 2002. – С. 440.

4. Способ ушивания апоневроза лапаротомной раны для профилактики эвентраций и грыж // Пат. 2430684 Российской Федерации, МПК А61В 17.00 (2006.01). – Заявители и патентообладатель ГОУ ВПО КубГМУ, С. Е. Гуменюк и соавт. – 2009146772, 16.12.2009. – Бюллетень «Изобретения. Полезные модели». – М., 2011. – № 28. – Т. 2. – С. 9.

Поступила 18.02.2013

М. Т. ДИДИГОВ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР², Г. К. КАРИПИДИ¹, Я. В. КАНКСИДИС¹

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14, муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи;

²кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2, Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение «Городская клиническая больница № 2». Тел. +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденостеноза у 75 больных. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. 20 больным выполнена резекция желудка в различных модификациях, 55 – радикальная дуоденопластика как дренирующая желудок операция. Приведены данные о частоте и характере поздних патологических состояний у больных, перенесших различные варианты хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденостеноза.

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

M. T. DIDIGOV¹, V. M. DURLESHTER², G. K. KARIPIDI¹, Ya. V. KANKSIDIS¹

ANALYSIS OF LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT DECOMPENSATED OF SCAR-ULCER DUODENAL STENOSIS

¹Department of hospital surgery Kuban state medical university has, Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 Years of Victory, 14, municipal budget institutions health Krasnodar city hospital emergency care;

²department of surgery № 1 FPC and PPP Kuban state medical universities, Russia, 350012, Krasnodar, str. Red partisans, 6/2, Krasnodar mnogoprofil-ing medical diagnostic association «City clinical hospital № 2». Тел. +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Studied the long-term results of surgical treatment decompensiro-consistent scar-ulcerative duodenostenoza in 75 patients. The follow-up of 1 year to 10 years. 20 patients underwent resection of the stomach in different versions, 55 – radical duodenoplasty as draining stomach surgery. The data on the frequency and nature of recent pathological conditions in patients undergoing a variety of surgical treatment options for decompensated cicatricial-ulcerative duodenostenoza.

Key words: duodenal ulcer disease, decompensated scar-duodenal ulcer stenosis, surgery, long-term results.

Введение

В общей структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) частота стеноза варьирует от 10% до 63,5%, составляя в среднем

15–30%, частота декомпенсированного стеноза составляет от 5% до 15% [1, 2, 7]. Среди других осложнений язвенной болезни ДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45–84% больных [3, 4, 5, 6].