

## ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРЕДПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
Дорожная клиническая больница ВСЖД (Иркутск)*

Частота неудач при паховых грыжесечениях различными способами заставила хирургов искать методы адекватной коррекции анатомических нарушений, возникших в процессе рецидива грыжи. Отказ от герниопластики с укреплением передней стенки пахового канала позволил сократить число таких осложнений. Пластика задней стенки пахового треугольника из предбрюшинного доступа по L.M. Nyhus, на наш взгляд, позволила решить проблему рецидивов заболевания.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ результатов предперитонеальной герниопластики по методике Nyhus при рецидивных грыжах.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты, анкеты 76 пациентов, оперированных с рецидивными паховыми грыжами. На анкеты ответили и были приглашены на осмотры 42 пациента (55 %). Это были лица, имеющие жесткую привязку к ведомственной медицине, регулярно проходящие профессиональные комиссии. В 11 случаях рецидивы были после операции по методу Nyhus, которые были получены в первые годы внедрения данной методики. Повторная операция этим же способом устранила рецидивы окончательно. Всего в 57 случаях (75 %) операции выполнены по способу Nyhus, а в 19 (25 %) — предпочтение отдавалось традиционной методике с укреплением задней стенки. Двум пациентам из-за сложности анатомических взаимоотношений и дефицита собственных тканей, пригодных для реконструкции, выполнена пластика сетчатым трансплантатом по Lichtenstein.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

У обратившихся пациентов и по полученным ответам на анкеты ни у одного оперированного больного двумя предложенными вариантами не произошло повторного рецидива грыжи. Большинство пациентов функционально и физически чувствуют себя удовлетворительно. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. Из осложнений в послеоперационном периоде наиболее часто встречались гематомы послеоперационной раны (9,5 %), причиной их послужило повреждение мелких сосудистых веточек при доступе в предбрюшинное пространство. Инфильтрат передней брюшной стенки в послеоперационной зоне выявлен у 4,8 % пациентов. Вследствие травматизации семенного канатика при трудной мобилизации грыжевого мешка от его элементов у 2,4 % пациентов выявлен посттравматический орхэпидидимит. Все операции выполнены под общим обезболиванием, что в условиях полной релаксации позволяет максимально высоко резецировать грыжевой мешок, создавая после этого в брюшине эффект обратной воронки.

### ВЫВОДЫ

Эффективность предлагаемого метода заключается в нетрадиционном оперативном доступе, проходящем вне зоны ранее скомпрометированных тканей. Он универсален при лечении прямых, косых и рецидивных грыж. Отвечает принципам пластики «без натяжения». При сшивании подвздошно-лобковый тяж с нижней кромкой поперечной фасции и поперечной мышцы устраняется дефект в задней стенке пахового промежутка высотой не более 1 — 1,5 см. Тем самым радикально устраняется первичный локус грыжеобразования — глубокое паховое кольцо.

**К.Г. Шаповалов, В.А. Сизоненко, Е.Н. Бурдинский, М.И. Михайличенко**

## ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

*Городская клиническая больница № 1 (Чита)*

Изменения в системах свертывания крови и фибринолиза являются важными звеньями патогенеза отморожений конечностей. Развитие ДВС-синдрома приводит к увеличению зоны некроза тканей

и увеличению риска тромбоэмболических осложнений. Вместе с тем динамика показателей системы гемостаза может использоваться в качестве объективного критерия эффективности проводимой терапии.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния продленных регионарных блокад на динамику показателей системы гемостаза у больных с отморожениями.

Исследования проведены у 15 пациентов с острой местной холодовой травмой, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах. В 11 случаях выполнялась катетеризация перидурального пространства для проведения продленной блокады. Еще четырем пациентам проводились повторные блокады плечевых сплетений. В качестве анестетика применялся 2% раствор лидокаина. Данная методика использовалась в течение 3–5 дней. Контрольную группу составили 27 больных, у которых по разным причинам регионарная анестезия не проводилась.

У всех больных с отморожениями в раннем и позднем реактивном периоде регистрировались изменения в системах свертывания крови и фибринолиза. Отмечено укорочение АЧТВ и протромбинового времени, повышение уровня фибриногена, задержка фибринолиза, появление положительных реакций на этанол.

При использовании продленных лечебных блокад на 5-е сутки с момента получения травмы относительно контрольной группы отмечалось удлинение АЧТВ на 8 %, снижение уровня фибриногена на 15 %, ускорение фибринолиза на 11 %, в 1,6

раза реже встречалась положительная реакция на этанол.

На 10-е сутки с момента травмы разница исследуемых показателей между группами нивелировалась. В контрольной группе сохранялся более высокий уровень фибриногена, и чаще встречался положительный этаноловый тест.

При использовании продленных лечебных блокад тромбозов и тромбозмболий не отмечено. В контрольной группе отмороженных данные осложнения встречались у 3 больных.

Кроме того, при использовании регионарной анестезии отмечено более благоприятное течение раневого процесса. Быстрее формировалась зона демаркации, что позволяло выполнять некрэктомии раньше, чем в контрольной группе больных. В результате сокращались сроки стационарного лечения.

Следует также отметить, что скрупулезное соблюдение техники выполнения блокад и правил ухода за катетером позволило нам избежать каких-либо ятрогенных осложнений.

Таким образом, обоснованность использования продленной регионарной анестезии при лечении отморожений в дореактивном и раннем реактивном периодах подтверждается более благоприятной динамикой показателей систем гемостаза и фибринолиза, меньшей частотой тромбозмобических осложнений, течением раневого процесса.

**К.Г. Шаповалов, В.А. Сизоненко, Е.А. Томина, А.А. Герасимов**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ОТВЕТА НА ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ**

*Городская клиническая больница № 1 (Чита)*

Известно, что воспаление является универсальным патофизиологическим процессом, который протекает по одним биологическим законам при различных видах травм и патологий. Нами решено использовать клинические критерии активности системного ответа на воспаление для оценки тяжести интоксикации при отморожениях конечностей.

Для клинической характеристики активности воспалительного процесса и уровня интоксикации в организме мы придерживались общепринятых качественных и количественных характеристик, таких как тахикардия (повышение частоты сердечных сокращений свыше 90 в 1 минуту), тахипноэ (повышение частоты дыхательных движений свыше 20 в 1 минуту), гипертермия (повышение температуры свыше 38 °С), изменение количества лейкоцитов (свыше 12 тысяч в 1 мкл), повышение активности трансаминаз, нарушения ментального статуса.

Оценка параметров проведена у 30 пациентов с отморожениями конечностей III–IV степени в позднем реактивном периоде. В первой группе больных зона некроза ограничивалась пальцами кистей и стоп. Во второй группе отморожения распространялись на более проксимальные сегменты. Результаты приведены в таблице 1.

Таким образом, у больных с отморожениями ответ организма на воспаление имеет системный характер. Степень выраженности реакции зависит от тяжести травмы. Практически у всех пациентов с тяжелыми отморожениями встречаются тахикардия (93 %), гипертермия свыше 38 °С (93 %) и лейкоцитоз (100 %).

Оценка клинических критериев согласуется с динамикой реактантов острой фазы воспаления. У всех больных с отморожениями отмечается повышение уровня  $\beta_1$ -антитрипсина,  $\beta_2$ -макроглобулина и орозомукоида.