

ВЫВОД

Операция установки свободной синтетической петли служит рациональным и эффективным методом лечения при коррекции стрессового недержания мочи у женщин без опущения стенок влагалища. Успех вмешательства главным образом зависит от правильного подбора больных и техники проведения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Имамвердиев С.Б., Петров С.Б., Бахшиев А.А., Куренков А.В.* Имплантация свободной синтетической петли при стрессовой инконтиненции у женщин (операция TVT) // Репрод. здоров. и перинатол. (Баку). —

2005. — №3. — С. 81–83.

2. *Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Шапов Д.А.* Свободная синтетическая петля (TVT) у больных с недержанием мочи. В кн.: Оперативная урология. Классика и новации / Л.Г. Манагадзе и др. — М.: Медицина, 2003. — С. 248–251.

3. *Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М.* Тазовые расстройства у женщин. — М.: МЕД пресс-информ, 2006. — 256 с.

4. *Савицкий Г.А., Савицкий А.Г.* Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. — СПб.: ЭЛБИ, 2000. — 136 с.

5. Урофлоуметрия. Справочное издание / Е.Л. Вишневский, Д.Ю. Пушкарь, О.Б. Лоран и др. — М.: Печатный Город, 2004. — 220 с.

6. *Ulumsten U., Falconer C., Johnson P. et al.* A multicenter study of Tension-free Vaginal Tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence // Int. Urogynecol. J. — 1998. — N 9. — P. 210–217.

УДК 616.34007.272-007.433: 617.55-089.844-77

A02

ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫЕ ЭНДОПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИИ УЩЕMLЁННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Ильсур Мансурович Фатхутдинов**

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Определение и внедрение оптимальных способов расположения сетчатых эндопротезов в передней брюшной стенке при ущемлённых послеоперационных вентральных грыжах; внедрение ненатяжных методов герниопластики в ургентную хирургию гигантских грыж.

Методы. Под наблюдением находились 115 больных (27 мужчин и 88 женщин) с ущемлёнными послеоперационными вентральными грыжами в возрасте 30–73 лет. В зависимости от размера грыжи и операционных находок использовали различные способы установки сетчатого эндопротеза, предупреждающие контакт сетки с подкожной клетчаткой и органами брюшной полости. При малых и средних грыжах сетку укладывали под или надбрюшинно, фиксировали к брюшной стенке, апоневроз сшивали «край в край». При гигантских грыжах выполняли ненатяжную герниопластику. В ходе операции ненатяжной герниопластики выделение и отсечение грыжевого мешка выполняли с таким расчётом, чтобы сохранялась возможность закрыть им дефект передней брюшной стенки.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 17 (14,8%) пациентов образовались серомы в области послеоперационной раны, которые были излечены путём пункций под ультразвуковым контролем. Послеоперационная летальность составила 5,2% (6 человек). В 5 случаях летальные исходы были обусловлены инфарктом миокарда и тромбозом левой лёгочной артерии. У 1 больного развился перитонит в результате несостоятельности швов тонкокишечного анастомоза. Из всех летальных исходов 5 пациентов поступили в срок более 6 ч от начала ущемления, 1 пациент обратился за помощью через 3 ч.

Вывод. Применение в хирургическом лечении ущемлённых послеоперационных вентральных грыж методик, ограничивающих сетчатый протез от брюшной полости и подкожной клетчатки, и внедрение ненатяжных методов при гигантских грыжах способствует улучшению результатов лечения этой группы больных.

Ключевые слова: ущемлённая послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика.

POLYPROPYLENE ENDOPROSTHESES IN THE SURGICAL TREATMENT OF STRANGULATED POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

I.M. Fatkhutdinov. Kazan State Medical University, Kazan, Russia. Aim. To determine and implement the best ways to position mesh endoprosthesis in the anterior abdominal wall during strangulated postoperative ventral hernias; to introduce methods of non-stretch hernioplasty into emergency surgery of giant hernias.

Methods. 115 patients (27 males and 88 females) with strangulated postoperative ventral hernias aged 30–73 years were under observation. Depending on the size of the hernia and on the intraoperative findings different methods of implantation of the mesh endoprosthesis were used, which prevented the mesh contact with subcutaneous fat and abdominal organs. For small and medium-sized hernias the mesh was placed under or over the abdominal membrane, it was fixed to the abdominal wall, the aponeurosis was sewn together in an «edge to edge» fashion. In cases with giant hernias non-stretch hernioplasty was performed. During the operation of non-stretch hernioplasty, dissection and excision of the hernial sac was performed in such a way that made it possible to use it to cover the abdominal wall defect. **Results.** In the early postoperative period in 17 (14.8%) patients seromas had formed in the wound, which were treated by needle puncture under ultrasound guidance. Postoperative mortality was 5.2% (6 people). In 5 cases the deaths were due to myocardial infarction and pulmonary

embolism. One patient developed peritonitis due to suture insufficiency of the enteric anastomosis. Of all patients with lethal outcomes five patients were admitted after more than 6 hours from the start of the strangulation, one patient was admitted after 3 hours. **Conclusion.** The usage of techniques that delimit the mesh prosthesis from the abdominal cavity and subcutaneous tissue, and the introduction of non-stretch methods for giant hernias in the surgical treatment of strangulated postoperative ventral hernia contribute to improved outcomes of treatment in this group of patients. **Keywords:** strangulated postoperative ventral hernia, hernioplasty.

Наиболее опасное осложнение грыж — ущемление, угрожающее жизни больных и требующее экстренного хирургического вмешательства. Доля вентральных грыж составляет 2,2–10% общего количества ущемлённых грыж, летальность при данном осложнении достигает 21% [2, 9].

Применение синтетических материалов стало стандартом в лечении послеоперационных грыж [3, 4, 12]. Однако по мере накопления опыта появились сообщения об осложнениях, ранее не развивавшихся при герниопластике, таких как миграция синтетического имплантата в брюшную полость, спаечная кишечная непроходимость при адгезии кишки и сетки, образование свищей в результате пролежня стенки кишки и эндопротеза, образование сером в области расположения имплантата [3, 6, 8, 10]. При пластике грыжевых дефектов передней брюшной стенки частота рецидивов достигает 32% [5, 7, 11]. Высокая частота рецидивов грыж и не снижающаяся летальность у больных с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных по неотложным показаниям, во многом обусловлены неправильным выбором техники операции с применением синтетических протезов [10]. Оптимальный способ аллопластики остаётся предметом дискуссии [1].

Целями исследования были определение и внедрение оптимальных способов расположения сетчатых эндопротезов в передней брюшной стенке при ущемлённых послеоперационных вентральных грыжах, предупреждающих развитие осложнений, связанных с имплантатом, а также внедрение ненавязанных методов герниопластики в ургентную хирургию гигантских грыж для профилактики развития осложнений со стороны сердечно-лёгочной системы.

За период с 2005 по 2010 гг. под нашим наблюдением находились 115 пациентов с ущемлёнными послеоперационными вентральными грыжами, 27 (23,5%) мужчин и 88 (76,5%) женщин. Возраст больных составлял от 30 до 73 лет. При оценке величины грыжи использовали анатомический принцип деления брюшной стенки на девять областей. Малая послеоперационная грыжа (24 больных, 21%) локализовалась в одной области передней брюшной стенки, не изменяла конфигурацию живота, средняя (38 больных, 33%) занимала одну область и деформировала живот больного, гигантская грыжа (53 больных, 46%) занимала две-три области и более, выражено деформировала живот.

Из 115 больных 19 (16,5%) были доставлены в клинику в первые 2 ч от начала заболевания, 32 (27,8%) — от 2 до 6 ч, 64 (55,7%) пациента — после 6 ч.

При поступлении больным выполняли кли-

нико-лабораторные исследования, рентгенографию грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование, электрокардиографию, также их консультировал терапевт. На дооперационном этапе в 37 (32,2%) случаях были выявлены признаки острой кишечной непроходимости. После предоперационной подготовки больных оперировали. Во время операций обнаружено, что у 45 (39,1%) пациентов был ущемлён большой сальник, из них у 15 (33,3% этой группы больных, 13,0% общего числа) большой сальник расценили как нежизнеспособный, в связи с чем произвели его резекцию. У 68 больных (59,1%) ущемилась петля тонкой кишки. Из них в 23 наблюдениях (33,8% этих больных, 20% общего числа) в связи с признаками некроза тонкой кишки проведена её резекция с анастомозом «бок в бок» и назоинтестинальной интубацией двухпросветным зондом. В 2 (1,7%) наблюдениях ущемлённой оказалась толстая кишка без признаков некроза.

Во всех случаях герниопластику выполняли с использованием сетчатых трансплантатов («Эс-Фил», «Этикон», «Herniamesh», «Gore-tex»). При малых и средних грыжах сетку укладывали под или надбрюшинно, фиксировали к брюшной стенке, апоневроз сшивали «край в край». Подбрюшинное расположение протеза при малых и средних грыжах использовали на этапе внедрения сетчатых протезов в хирургию ущемлённых грыж. В дальнейшем сетку устанавливали только надбрюшинно.

При гигантских грыжах выполняли ненавязную герниопластику, в процессе выделения и отсекация грыжевого мешка стремились сохранить возможность укрыть им дефект передней брюшной стенки.

В случае воспалительных изменений передней брюшной стенки, когда фиксация к ней сетки могла привести к нагноению раны, протез устанавливали подбрюшинно. Со стороны брюшной полости сетку всегда изолировали от внутренних органов большим сальником. Подбрюшинное расположение протеза уменьшало вероятность скопления жидкости вокруг сетки за счёт хорошей адсорбционной способности париетальной брюшины и сальника.

В 6 наблюдениях пациентам, у которых отсутствовал большой сальник, подбрюшинно установили имплантаты фирмы «Gore-tex», изготовленные из биологически инертного материала. Воспалительная реакция со стороны органов брюшной полости и спаечный процесс при этом не развились.

При малых размерах большого сальника или его отсутствии на первом этапе выделяли грыжевой мешок. Далее отслаивали париетальную брюшину, по возможности с задней стенкой влагали-

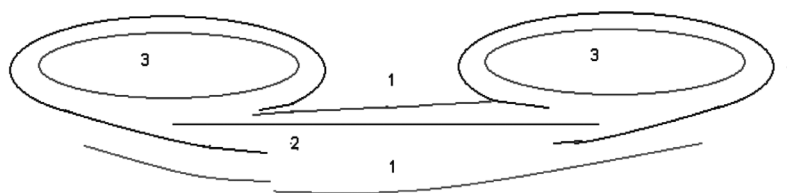


Рис. 1. Расположение сетчатого трансплантата: 1 – грыжевой мешок; 2 – сетчатый трансплантат; 3 – прямые мышцы живота; 4 – влагалище прямой мышцы живота.

ща прямой мышцы живота, на протяжении не менее 10 см с каждой стороны. Лоскут брюшины с правой стороны сшивали с париетальной брюшиной противоположной стороны. Укладывали сетчатый протез надбрюшинно под мышцу, фиксируя его по периметру. Сверху имплантат укрывали лоскутом грыжевого мешка с левой стороны, который сшивали с апоневрозом справа (рис. 1). Подкожную клетчатку дренировали трубчатыми дренажами с активной аспирацией.

В тех случаях, когда большой сальник был коротким, а широкий диастаз прямых мышц не позволял сформировать площадку для сетчатого

сетчатый имплантат формировалась из большого сальника и париетальной брюшины. Сетчатый имплантат укладывали на сформированную площадку, фиксировали к краям грыжевых ворот и сверху укрывали грыжевым мешком. Данный метод операции использован нами у 5 пациентов.

С целью профилактики воспалительных осложнений со стороны передней брюшной стенки и брюшной полости выполняли следующие мероприятия:

- антибактериальную терапию начинали на дооперационном этапе препаратами широкого спектра действия (цефалоспорины II-III поколения, синтетические пенициллины или фторхинолоны в сочетании с метронидазолом);
- во время операции осуществляли забор грыжевой воды для исследования на чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам;
- для предупреждения формирования жидкостных образований в области установки протеза использовали методы герниопластики, при которых исключён контакт сетки с подкожной клетчаткой;
- подкожную клетчатку дренировали трубчатыми дренажами с активной аспирацией;
- проводили ультразвуковой контроль послеоперационной раны на предмет жидкостных образований с последующей их пункцией.

В раннем послеоперационном периоде у 17 (14,8%) пациентов образовались серомы в области послеоперационной раны, которые были излечены путём пункций под ультразвуковым контролем.

Послеоперационная летальность составила 5,2% (6 человек). В 5 случаях летальные исходы были обусловлены инфарктом миокарда и тромбоэмболией лёгочной артерии. У 1 больного развился перитонит в результате несостоятельности швов тонкокишечного анастомоза. Из всех летальных исходов 5 пациентов поступили через 6 ч и более с момента появления признаков ущемления, 1 больной обратился за помощью через 3 ч.

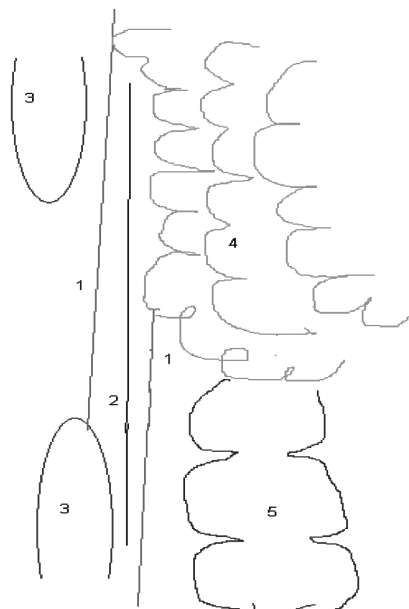


Рис. 2. Сагиттальный разрез передней брюшной стенки с установленным сетчатым трансплантатом: 1 – грыжевой мешок; 2 – сетчатый трансплантат; 3 – передняя брюшная стенка; 4 – большой сальник; 5 – полые органы брюшной полости.

го имплантата из париетальной брюшины, мы применяли комбинированный метод пластики. Сетчатый имплантат устанавливали подбрюшинно на имеющийся большой сальник (выше грыжевого дефекта), надбрюшинно – там, где не было большого сальника (ниже грыжевого дефекта, рис. 2). Таким образом, площадка под

ВЫВОД

Применение в хирургическом лечении ущемлённых послеоперационных вентральных грыж методик, ограничивающих сетчатый протез от брюшной полости и подкожной клетчатки, внедрение ненатяжных способов хирургическо-

го лечения при гигантских грыжах, а также профилактика воспалительных осложнений со стороны передней брюшной стенки и брюшной полости способствуют улучшению результатов лечения этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М., Сундуков И.В.* Открытая аллопластика послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. — 2011. — №4. — С. 13-16.
2. *Ботезату А.А., Грудко С.Г.* Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж // Хирургия. — 2006. — №8. — С. 54-58.
3. *Егеев В.Н., Лядов В.К., Богомазова С.Ю.* Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование // Хирургия. — 2010. — №10. — С. 36-41.
4. *Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К. и др.* Новые технологии в хирургическом лечении срединных вентральных грыж // Трудный пациент. — 2005. — С. 10-11.
5. *Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф.* Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж //

Вест. хирург. — 2005. — №6. — С. 33-37.

6. *Ненатяжная герниопластика / Под ред. В.Н. Егива.* — М.: Медпрактика, 2002. — 148 с.

7. *Сеидов В.Ф.* Экстраперитонизация полипропиленовой сетки при пластике вентральных грыж // Хирургия. — 2004. — №11. — С. 26-29.

8. *Славин Л.Е., Замалеев А.З., Коновалова О.А. и др.* Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж // Вест. герниолог. — 2006. — №2. — С. 171-176.

9. *Суковатых Б.С., Нетьяга А.А., Валуйская Н.М. и др.* Герниопластика без натяжения полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» у больных с ущемлёнными грыжами живота больших и гигантских размеров // Вест. хирург. — 2005. — №6. — С. 38-41.

10. *Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Роголь М.Л. и др.* Использование биологического имплантата при герниопластике // Хирургия. — 2011. — №4. — С. 9-12.

11. *Burger J.W.A., Luijendijk R.W., Hop W.C.J. et al.* Long-term follow-up of randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240. — P. 578-585.

12. *Schupflick V., Junge K., Rosch R. et al.* Retromuscular mesh repair for ventral incisional hernia in Germany // Chirurg. — 2002. — N 9. — P. 888-894.

УДК 615.015.6: 615.212.7: 615.099.08: 616-089.5:032

A03

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА НАЛОКСОНОМ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Валентин Александрович Верхнев^{1,2}, Наталья Николаевна Краснощёкова¹*

¹*Йошкар-Олинская городская больница,*

²*Казанский государственный медицинский университет*

Реферат

Цель. Обобщение результатов лечения опийного абстинентного синдрома налоксоном под общей анестезией в условиях муниципальной больницы.

Методы. За период 2001-2010 гг. обследованы 102 больных, из них 80% — в возрасте от 20 до 30 лет. Лечение проводили на договорной основе, после предварительного обследования по единой программе. После госпитализации в отделение реанимации осуществляли общую внутривенную анестезию с искусственной вентиляцией лёгких. С целью детоксикации внутривенно вводили налоксон болюсно каждые 15 мин в течение первого часа анестезии, затем по 0,4-0,8 мг/ч в течение последующих 24 ч лечения. Остаточные явления абстинентного синдрома купировали дополнительной медикаментозной терапией, включающей диазепам, клонидин, дроперидол. Эффективность лечения анализировали на основании отсутствия клинических признаков абстинентного синдрома, а также с помощью теста «NARCOCHECK».

Результаты. К концу первых суток лечения у 100% больных не обнаружены опиаты в моче. У 98 человек отмечали слабость и депрессию, а у 18 — агрессивное поведение, при этом вегетативные нарушения у всех больных отсутствовали. Стационарные сроки лечения составили 1,5 сут. Осложнений при проведении лечения не было.

Вывод. Данный метод терапии способствует быстрому и безболезненному купированию абстинентного синдрома, при этом служа лишь начальным этапом лечения и реабилитации больных с опийной зависимостью.

Ключевые слова: опийный абстинентный синдром, лечение, общая анестезия, налоксон.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF OPIUM WITHDRAWAL SYNDROME WITH NALOXONE UNDER GENERAL ANESTHESIA *V.A. Verkhnev^{1,2}, N.N. Krasnoshechikova¹. ¹Yoshkar-Ola City Hospital, Yoshkar-Ola, Russia, ²Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* **Aim.** To summarize the results of treatment of opium withdrawal syndrome with naloxone under general anesthesia in a municipal hospital. **Methods.** During the period 2001-2010 examined were 102 patients, of whom 80% were aged 20 to 30 years. Treatment was performed on a contractual basis, after a preliminary examination according to a unified program. After admission to the intensive care unit conducted was the general intravenous anesthesia with mechanical ventilation. Naloxone was administered in a bolus every 15 minutes during the first hour of anesthesia with the aim to detoxify, followed by 0.4-0.8 mg/h during the following 24 hours of treatment. Residual effects of the withdrawal syndrome were treated with additional drug therapy, including diazepam, clonidine, droperidol. The effectiveness of treatment was analyzed on the basis of the absence of clinical signs of the withdrawal syndrome, as well as with the test «NARCOCHECK». **Results.** By the end of the first day of treatment in 100% of patients no opiates were