

твования крови при некоторых тяжелых формах акушерской патологии. — Автореф. докт. дисс. — М., 1981. — 6. *Скинетров В. П.* // Некоторые механизмы изменений и нарушений свертываемости крови при беременности и родах. — Саранск, 1976. — 7. *Фишер Р. А.* // Статистические методы для исследователей. М., 1958. — 8. *Borok Z., Weitz J., Owen J. et al.* // Blood. — 1984. — Vol. 63. — P. 525. — 9. *Campbell D. M.* // Biochem J. — 1962. — Vol. 2. — P. 349. — 10. *Codal H. C., Abildgaard U.* // Scand. J. Haematol. — 1966. — Vol. 3. — P. 432. — 11. *Niewarowski S., Gurewich V.* // J. Lab. clin. Med. — 1971. — Vol. 71. — P. 665.

Поступила 13.01.87.

ОБЗОРЫ

ХИРУРГИЯ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

А. А. Ахунзянов, Г. Т. Нанешвили

Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема хирургического лечения дефектов передней брюшной стенки у детей продолжает привлекать внимание хирургов. По данным литературы последних лет исследования ведутся в следующих основных направлениях: 1) выявление причин возникновения дефектов; 2) изучение изменений, происходящих в организме в связи с обширными дефектами; 3) поиск методов реконструкции передней брюшной стенки.

1. Дефекты передней брюшной стенки у детей появляются вследствие эмбриональной грыжи пупочного канатика, врожденного гастрошизиса, послеоперационной грыжи, дефектов, возникших в результате длительного перитонеального диализа, и т. д. Обобщен опыт лечения 2031 ребенка с дефектами передней брюшной стенки, у 819 из них был гастрошизис, у 1080 — эмбриональные грыжи пупочного канатика, у 32 — сочетание этих пороков [17]. Результаты лечения новорожденного с эмбриональной пупочной грыжей показали важную роль размера дефекта брюшной стенки и наличия сопутствующих пороков развития и аномалий [3]. Выделены [1] малые грыжи с диаметром выпячивания не более 5 см (у недоношенных — не более 3 см), средние — диаметром 5—8 см (у недоношенных — 3—5 см) и большие — более 8 см (у недоношенных — более 5 см).

Подчеркнута связь между строением апоневроза и частотой возникновения грыж [16]: при одиночном перекрестке волокон белой линии отмечены более частое образование грыж и большая склонность к послеоперационным осложнениям, чем при тройном перекресте. Описаны обширные вентральные грыжи после перитонеального диализа у взрослых [18]. Поскольку данная процедура применяется также и у детей, следует учитывать возможность таких последствий.

Послеоперационные грыжи могут быть обусловлены инфекцией [11], ослабленным состоянием ребенка [27], послеоперационными гематомами [21], особенностями кровоснабжения краев ран [29], травматичностью операции [24], спецификой наложения швов [15].

2. В связи с обширными дефектами в организме происходят различные изменения. Так, Г. А. Баиров и соавт. [2] выявили ряд закономерных расстройств синтопии и функции органов брюшной полости у детей с вентральными грыжами: недоразвитие грудной и брюшной полости, высокое стояние почек, особенно правой, изменение топографии и формы желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок.

Отмечено [20], что при больших вентральных грыжах нарушается взаимодействие между мышцами передней брюшной стенки и диафрагмы, а затем и равновесие между внутригрудным и внутрибрюшным давлением. При изучении биоэлектрической активности у больных с послеоперационными грыжами установлены выраженные атрофические изменения мышц брюшной стенки, связанные с длительностью грыжи. Низкая биоэлектрическая активность мышц, обусловленная их атрофией, указывает на возможность рецидива [12].

3. Увеличение количества послеоперационных грыж требует дальнейших изысканий методов реконструкции передней брюшной стенки. Существует 5 основных видов пластики [13]: 1) фасциально-апоневротический; 2) мышечно-апоневротический; 3) мышечный; 4) пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических тканей; 5) комбинированные методы. Выбор метода пластики определяется размерами дефекта и его локализацией [7]. Авторы подчеркивают, что методы, разработанные для пластики срединных дефектов, малоприменимы при боковых вентральных грыжах.

Одни авторы [31] считают обязательным иссечение грыжевого мешка и рубцово измененных краев апоневроза и мышц. Другие [5], наоборот, используют грыжевой мешок как пластический материал или применяют для пластики апоневротический или фасциально-апоневротический лоскут [8].

В целях уменьшения натяжения и нагрузки на швы и пластические материалы многие авторы наносят послабляющие разрезы апоневроза, кожи, стенки влагалища прямых мышц живота и т. п. [6].

Для регулирования натяжения швов и облегчения равномерного сближения краев раны предлагаются специальные механические устройства, обеспечивающие дозированное стягивание швов [4, 10].

В качестве пластических биологических материалов получили распространение свободные трансплантаты из аутогенной кожи и широкой фасции бедра [32], бычьей фасции [23], пластины из свиного коллагена [28], консервированная твердая мозговая оболочка [9], плодные оболочки [30].

При невозможности закрытия дефекта собственными тканями многие авторы применяют синтетические материалы: нейлон [25], лавсан [14], капрон, полиэтилен [19] и другие виды синтетических сеток.

Особенно подчеркнута необходимость тщательного соблюдения асептики и антисептики при их использовании [33], при этом отмечена особая опасность инфицирования золотистым стафилококком и некоторыми грамотрицательными бактериями.

Последними достижениями в хирургии дефектов передней брюшной стенки являются пластические операции с помощью новых синтетических рассасывающихся материалов [26].

Прогнозируя перспективы пластической хирургии до 2000 г., Эдгертон [22] считает возможным внедрение в практику растворимого коллагена и водорастворимого силикона, пластических материалов, постепенно увеличивающих свой объем; разработку новых методов пластического закрытия больших раневых дефектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. // Неотложная хирургия детей.— Л., Медицина, 1983.— 2. Баиров Г. А., Тихомирова В. Д., Малинина В. М. и др. // Вестн. хир.— 1981.— № 1.— С. 104—108.— 3. Баиров Г. А., Дорошевский Ю. Л., Немилова Т. К. // Атлас операций у новорожденных.— Л., Медицина, 1984.— 4. Боброва Н. В., Грязнов В. Н., Любых Е. Н. // Вестн. хир.— 1983.— № 8.— С. 118—120.— 5. Богородский Ю. П. // Там же.— 6. Бородин И. Ф., Скобей Е. В., Акулик В. П. // Там же.— 1982.— № 12.— С. 29—30.— 7. Гришин И. Н., Шпаковский Н. И., Аскальдович Г. И., Рылюк А. Ф. // Хирургия.— 1984.— № 12.— С. 17—19.— 8. Еремеев В. П., Рехачев В. П., Киверина З. И. // Вестн. хир.— 1984.— № 6.— С. 17—20.— 9. Зяблов В. И., Тоскин К. Д., Шаповалов Ю. Н. и др. // Хирургия.— 1982.— № 8.— С. 113—118.— 10. Измайлов Г. А., Ахметзянов Ш. И., Измайлов С. Г. // Хирургия.— 1984.— № 12.— С. 106—109.— 11. Канишин Н. Н., Максимов Ю. М., Воленко А. В. // Вестн. хир.— 1983.— № 7.— С. 15—18.— 12. Сазонов А. М., Лагутина Т. С., Грачева К. П., Кориунов А. И. // Там же.— 1977.— № 4.— С. 21—24.— 13. Тоскин К. Д., Жебровский В. В. // Грыжи живота.— М., Медицина, 1983.— 14. Даурова Т. Т., Дееничин П. Г., Жигалкина И. Я., Дамьянцев Г. А. // Хирургия.— 1982.— № 4.— С. 380—387.— 15. Archie J. P., Feldman R. W. // Surg. Gynec. Obstet.— 1981.— Vol. 153.— P. 721—722.— 16. Askar O. M. // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.— 1978.— Vol. 60.— P. 42—48.— 17. Ballantine T. V. N. // Patterns of treatment of neonatal abdominal wall defects in American community hospitals.— 1981.— 18. Bergia R., Caramello E., Falchero F. et al. // Minerva chir.— 1984.— Vol. 39.— P. 645—647.— 19. Casali R. E., Tucker W. E., Petrino R. A. et al. // Amer. J. Surg.— 1980.— Vol. 140.— P. 787—790.— 20. Champetier J., Laborde Y., Letoublon Ch., Durand A. // J. Chir. (Paris)— 1978.— Vol. 115.— P. 885—890.— 21. Dunphy J. E. Wound Healing // Surg. clin. N. Amer.— 1978.— Vol. 58.— P. 907—916.— 22. Edgerton M. T. // Plast. reconstr. Surg.— 1984.— Vol. 73.— P. 965—968.— 23. El-Domeiri A. A. // Arch. Surg.— 1976.— Vol. 111.— P. 172—174.— 24. Gierhake F. W. // Unfallheilkunde.— 1976.— Bd. 79.— S. 457—460.— 25. Guerrero R. // Bol. y Trab. Soc. argent. Cir.— 1974.— Vol. 35.— P. 116—125.— 26. Larson G. M., Vandertoll D. J. // Surg. clin. N. Amer.— 1984.— Vol. 64.— P. 335—350.— 27. Otteni F., Sava G., Hollender L. F. // Acta chir. belg.— 1972.— Vol. 71.— P. 82—97.— 28. Pedersen V. M., Jensen B. S., Hansen B. // Acta chir. scand.— 1981.— Vol. 147.— P. 619—622.— 29. Sarmah B. D., Holt-allen R. T. I. // Brit. J. Surg.— 1984.— Vol. 71.— P. 524—525.— 30. Struck H. // Unfallheilkunde.— 1976.— Bd. 79.— S. 449—456.— 31. Thomsen G., Stöhr Chr., Löwenberg J. // Chir. Prax.— 1984.— Bd. 32.— S. 369—373.— 32. Torrisi S., Privitera G., Caragliano V. et al. // Chir. ital.— 1981.— Vol. 33.— P. 467—473.— 33. Vatankhah M. // Chir. Dent. Fr.— 1980.— Bd. 26.— S. 601—604.— 34. Yourassowsky E. // Acta chir. belg.— 1971.— Vol. 70.— P. 150—155.

Поступила 03.02.86.