

Токтогулов О. Ж.

**РАЗМЕЩЕНИЕ И ФИКСАЦИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ
В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

O.Zh. Toktogulov

**PLACING AND FIXING THE MESH AFTER
TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS**

УДК:613/525

Представлено два способа размещения и фиксации полипропиленовой сетки у 21 больного с послеоперационной грыжей. При первом способе сетка узловыми швами фиксируется под апоневрозом, а при втором – над апоневрозом. Ни у одного пациента в ближайшие сроки осложнений не возникло.

Ключевые слова: *вентральные послеоперационные грыжи, полипропиленовая сетка, размещение и фиксация сетки.*

Полипропилен торчосунун жайгашуусу жана орнотушу операциядан кийин пайда болгон курсак чуркусу 21 бейтаптарга эки түрдөгү ыкма көрсөтүлгөн. Биринчи ыкмасы - апоневроз астында торчо түйүн тикмелер менен бекемделет, ал эми экинчи ыкмада апоневроз үстүндө жайгашылат. Жакынкы убактарда кабылдоолор байкалган эмес.

Негизги сөздөр: *операциядан кийин пайда болгон курсак чуркусу, полипропилендик торчо, торчонун жайгалышы жана бекемделиши.*

Presented two ways of placement and fixation of polypropylene mesh with 21 patients with postoperative hernia. In the first method, the mesh by interrupted sutures is fixed under the aponeurosis, and in the second - above the aponeurosis. None of the patients have complications in the nearest time.

Key words: *ventral hernia postoperative, polypropylene mesh, placement and fixing the mesh.*

В последние годы в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж стали широко использоваться эндопротезы. Многие исследователи отмечают более благоприятное течение после операции и снижение частоты рецидива болезни (1,2). Однако, несмотря на накопленный опыт, многие вопросы по применению эндопротезов остаются не решенными, это касается размещения протеза и его фиксации как основного этапа пластики (3, 4). Особенно сложным вопросом остается лечение больших и гигантских грыж, при которых необходимо сохранить объем брюшной полости.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 21 больной с послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек.

Мужчин было 8, женщин 13, из них у 5 были рецидивные грыжи, Возраст колебался от 27 до 64 лет, длительность существования грыж составляет от 2 до 18 лет. В обследовании больных, помимо общепринятых методов обследований было исполь-

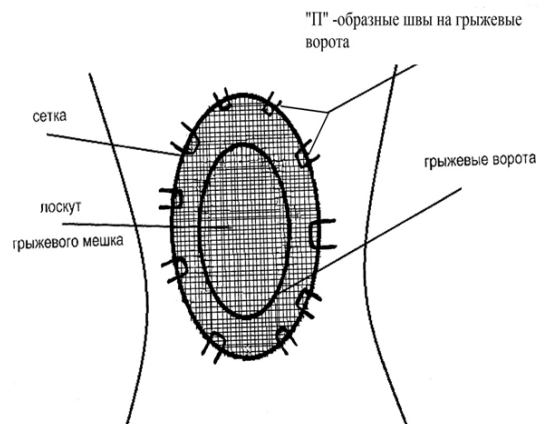
зовано определение показателей внешнего дыхания коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки и ультразвуковое исследование.

По результатам обследования все они нуждались в пластике с сохранением объема брюшной полости. Ранее мы использовали полипропиленовую сетку с её фиксацией по периметру грыжевых ворот, но при длительном существовании грыж развивается атрофия мышечно-апоневротического слоя и при фиксации сетки есть риск формирования «отвислого живота», кроме того через дренажи, которые проводили в подкожную клетчатку, длительное время выделялось отделяемое, что представляло угрозу возникновения раневых осложнений. Учитывая это обстоятельство, нами разработано 2 метода размещения и фиксации сеток, которые мы применили у 21 больного.

Результаты и их обсуждение

Первый способ мы применили у 13 больных, его суть заключается в том, что после рассечения кожи и подкожной клетчатки выделяем грыжевой мешок, рассекаем имеющиеся сращения, вправляем содержимое, ушиваем грыжевой мешок у ворот, а остальную его часть не иссекаем, а подшиваем по периметру к грыжевым воротам, по внутренней поверхности к сетке, которую располагаем под апоневрозом и фиксируем «П» - образными узловыми швами, которые предварительно накладываем на сетку, а после расположения ее под апоневрозом этими же нитями прошиваем апоневроз. Затем дренируем подкожную клетчатку.

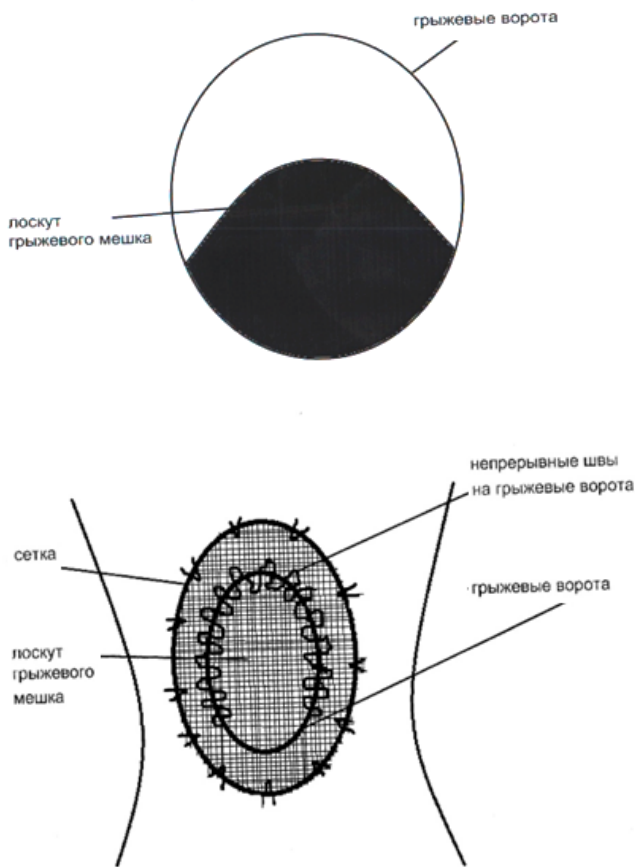
Схема-1



Второй способ отличается от первого тем, что после подшивания грыжевого мешка по периметру полипропиленовую сетку размещаем над апоневро-

зом и тоже узловыми швами фиксируем сетку к апоневрозу. Подкожную клетчатку также дренируем.

Схема-2



После операции выполняли УЗИ для своевременного выявления накопления экссудата, но

ни в одном наблюдении этого осложнения мы не наблюдали, через дренажи лишь в первые сутки было небольшое количество отделяемого, что позволило удалить дренажи на 4-5 сутки. Очевидно, расположение нами брюшины грыжевого мешка обратной стороной к полипропиленовой сетке, плотно прилегающая, обеспечивает всасывание и предотвращает скопление экссудата. Наши наблюдения не многочисленны и в основном мы оценили результаты в ближайшие сроки, но по мере накопления клинического материала мы дадим оценку отдаленным результатам, но даже наблюдения в ближайшие сроки показали эффективность применения усовершенствованных нами методов расположения и фиксации эндопротеза при вентральных грыжах.

Таким образом, наши исследования показали, что при пластике вентральных грыж можно использовать наши приемы, которые имеют цель предотвратить раневые осложнения.

Литература:

1. Алишев О.Т., Шаймарданов Р.Ш., Хазиева А.Г., Оптимизация методов профилактики послеоперационных осложнений при протезирующей герниопластике больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия Кыргызстана.- 2013. -№1 С.15-18
2. Григорьев С.Г., Кривоцеков Е.П., Григорьева Т.С., Размещение и фиксации эндопротеза при пластике послеоперационных грыж. // Вестник хирургии Казахстана. – 2012.-№1.– с 248
3. Лукомский Г. Шулутко А.М., Аитронова Н.Д., Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2005. - №2. – С.51-56
4. Krpata D.M., Blatnik Y.A., Novitsky V.W. Evaluation of high-risk, comorbid patients undergoing open ventral hernia repair with synthetic mesh.

Рецензент: д.м.н. Жолдошбеков Э.Ж.