

Произведены висцеролиз содержимого грыжи и пластика дефекта брюшной стенки сеткой по ненатяжной технологии. Во время ургентной операции выполнена срединная лапоротомия с рассечением сетки, которая за 3 недели также была представлена соединительнотканной пластиной, обнаружена спаечная тонкокишечная непроходимость. После рассечения спайки произведена интубация тонкого кишечника.

Всем трем больным разрез сетчатого эндопротеза ушивался непрерывным обвивным швом нитью-петлёй Ethilon № 0-1. Больному с пластикой "inlay" таким же образом ушивалась белая линия живота. Дополнительного дренирования зоны разреза сетчатого эндопротеза не проводилось. В послеоперационном периоде проводилось лечение с учетом основного заболевания по общепринятым принципам. Лапоротомные разрезы зажили первичным натяжением и при повторных осмотрах больных в сроки от 6 месяцев до 1 года грыжи не обнаружены.

Таким образом, использование полипропиленовых сеток для пластики дефектов брюшной стенки не является препятствием для повторных операций на органах брюшной полости, даже в ранние сроки после пластики. Более того, по нашим данным они позволяют избежать в дальнейшем развития послеоперационных грыж.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЁННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА**

**Чумак П.Я., Лигоненко А.В., Стороженко А.В., Шумейко И.А.,  
Черная И.А., Зубаха А.Б. (м. Полтава)**

В связи с уменьшением количества плановых операций, которое вызвано экономическими трудностями и ухудшением диспансеризации, значительно увеличилось количество ущемленных грыж, которые в отдельные годы составляют около 15-20%. Значительно увеличилось количество ущемленных грыж среди лиц пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологией.

Соответственно увеличилась послеоперационная летальность, хотя по Полтавской области она составляет 4,9%.

За последние 5 лет в хирургических отделениях на базе клиники общей хирургии УМСА находилось на лечении 797 больных с различными грыжами живота, среди них с ущемленными вентральными грыжами различной локализации оперировано 141 больной в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст составляет  $60,3 \pm 7,8$ ), мужчин было 62, женщин 79. Вид оперативных вмешательств был индивидуальным в зависимости от вида грыжи. Из них 28% поступили в первые два

часа с момента ущемления. Резекция ущемленной кишки проводилась при некрозе у 10, резекция сальника у 17. некроз кишки определялся по общепринятой методике, которая заключается в следующем: определялась разница температуры неизменной кишки и участка, жизнеспособность которого сомнительна электроосвещение брыжейки, согревание кишки салфетками, смоченными раствором натрия хлорида в течении 10-15 минут, а также введением 20-40 мл теплого 0,25% раствора новокаина в брыжейку. Если жизнеспособность кишки сохранена, то после указанной процедуры, серозный покров кишки розовеет, появляется тургор и четкая перистальтика, определяемая пульсация сосудов брыжейки. При сомнении жизнеспособности кишки в брыжейку данного сегмента вводился ацетилхолин (5 мл 0,25% р-ра) или карбохолина (1 мл 0,005% р-ра). В ответ на это жизнеспособна кишка в течении первых 2-3 минут отвечает усиленной перистальтикой. нежизнеспособна кишка на введение указанных препаратов не реагирует.

При выявлении нежизнеспособности кишки выполнялась резекция ее с наложением анастомоза, как правило, конец в конец. Во время операции учитывался характер выпота грыжевого мешка (геморрагический и гнилостный выпот указывал на некроз кишки), состояние стенки грыжевого мешка. Серозное содержимое в грыжевом мешке являлось, если ущемление было не более двух часов и, как правило, некроза ущемляющего органа не наблюдалось окончательно о некрозе кишки или ущемляющего органа можно было судить только во время операции.

По поводу ущемления пупочных грыж оперировано 21 больной в возрасте от 40 до 86 лет, среди них мужчин было 8 и женщин 13. у 10 из них было ущемление сальника, выполнена резекция его с пластикой ворот по Мейо и Санежко. У двух больных содержимым грыжевого мешка была тонкая кишка, которая оказалась жизнеспособна. Пластика грыжевых ворот проведена по Санежко. Двое больных 73 и 86 лет с наличием перитонита и тяжелой сердечно-сосудистой патологии умерли после операции.

Ущемленные паховые грыжи наблюдались у 18 женщин и у 52 мужчин в возрасте от 16 до 91 года. Ущемление тонкой кишки было у 18 больных, сальника – 23, толстой кишки - 7. Резекция тонкой кишки была проведена у 2 больных, резекция сальника – у 3, релапаротомия – у 1 больного.

Операция по поводу ущемленных бедренных грыж выполнена

12 больным в возрасте от 33 до 87 лет (мужчины – 2, женщины - 10). При операции ущемление тонкой кишки выявлено у 6 больных, сальника – у 4, резекция сальника выполнена у 2 больных, лапаротомия у 2 больных по поводу ущемленной кишки. Пластика грыжевых ворот по Постемскому произведена у 2 больных, у 10 – по Бассини.

По поводу послеоперационных вентральных грыж оперировано 27 больных в возрасте от 34 до 85 лет, среди них мужчин было 2, женщин – 25. ущемление тонкой кишки выявлено у 6 больных жизнеспособная и у 1 больного проведена лапаротомия с резекцией тонкой кишки и назогастроинтестинальной интубацией. Ущемление сальника установлено у 20 больных, с резекцией сальника – у 2 больных.

Пластика грыжевых ворот после устранения ущемления осуществлялась собственными тканями. У 9 больных произведена пластика грыжевых ворот по видоизмененной нами методике. По этой методике не удаляется полностью грыжевой мешок, удаляются только ущемленные части (сальник, кишка). Грыжевые ворота ушиваются со стороны брюшной полости. Частично иссекается грыжевой мешок. Из оставшейся части грыжевого мешка выкраивается лоскут на ножке и этим лоскутом осуществляется закрытие грыжевых ворот после их ушивания.

Грыжи белой линии живота были у 6 больных в возрасте от 30 до 87 лет. Ущемление сальника было у 4 больных, тонкой кишки у 1 и 1 толстой кишки, у 2 больных осуществлена пластика по Мейо и 4 по Санежко.

После операций по поводу различных грыж умерло 6 больных, у которых было наличие тяжелой сопутствующей патологии.

**Заключение.**

Ухудшение экономического состояния больных, диспансеризации и уменьшение количества плановых операций привело к значительному увеличению количества больных с ущемленными грыжами. Если после плановых операций летальности почти нет, то после операций по поводу ущемленных грыж она составила по нашим данным 4,2%.