

дивні ПГ). При цьому частота післяопераційних ускладнень статистично значимо не відрізнялася від кількості ускладнень у хворих, які перенесли пластику місцевими тканинами (5,4% проти 4,3%,  $p > 0,05$ ).

**Висновок.** Застосування сіткових експлантантів дозволяє отримати добрі безпосередні і віддалені результати при хірургічному лікуванні пацієнтів із високим ризиком післяопераційного рецидиву ПГ.

Е.А. Столяров, Б.Д. Грачев

## РЕЦИДИВИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

Самарский государственный медицинский университет, Россия

Пластика пахового канала по Lichtenstein, проведена в 1984 г., характеризуется простотой исполнения, и хорошими отдаленными результатами. По данным автора, рецидивы грыжи при первичной операции не превышали 1%, а при рецидивной — 3–4% [4]. Операция при рецидиве грыжи после операции Лихтенштейна отличается значительной технической сложностью в связи с мощным рубцово-спаечным процессом вокруг сетчатого полипропиленового имплантата на задней стенке пахового канала [1]. По мнению И.Л. Лихтенштейна рецидив обычно развивается в области глубокого пахового кольца. Аналогичные наблюдения принадлежат и российским хирургам [2].

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в 2005–2007 гг. находились 7 пациентов с рецидивными паховыми грыжами, развившимися после операции Лихтенштейна.

**Результаты и обсуждение.** Только у одного из них интраоперационно был выявлен рецидив в области глубокого пахового кольца. У остальных 6 больных грыжевые ворота локализовались в медиальной части пахового промежутка за счет отхождения имплантата от края влагалища прямой мышцы живота (4 наблюдения) или

внутренней косой мышцы (2 наблюдения). Во всех наблюдениях ширина грыжевых ворот не превышала 2 см. Использовалась методика Lichtenstein [5]. После обработки грыжевого мешка в грыжевые ворота вводилась свернутая в рулон полипропиленовая сетка. При отсутствии натяжения грыжевые ворота над ней ушивались, при наличии натяжения грыжевые ворота закрывались сверху сетчатым полипропиленовым имплантатом. Послеоперационных осложнений не было. Рецидивы в сроки 0,5–1 год не выявлены.

**Выводы.** При первичной операции по поводу грыж III–IV типа по Nyhus необходимо тщательно фиксировать имплантат к влагалищу прямой мышцы живота и фасции внутренней косой мышцы нерассасывающимся шовным материалом с нахлестом 1–1,5 см, учитывая ретракцию имплантата по мере формирования рубца [3]. При рецидивной грыже, при выявлении грыжевых ворот в медиальной части пахового промежутка нет необходимости в выделении семенного канатика до глубокого пахового кольца. Достаточно убедиться в состоятельности последнего путем ревизии его изнутри пальцем, введенным в грыжевые ворота.

### Література

1. Белоконев В.И., Заводчиков Д.А., Ковалева З.В. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения паховой грыжи натяжными и ненапряжными способами // Новые технологии в хирургии грыж. Материалы межрегиональной научно-практической конференции — Саратов. — 2006. — С. 24–26.
2. Егиев В.Н., Титова Г.П., Шурыгин С.Н., Чижов Д.В. Осложне-

ния пластики пахового канала по Лихтенштейну // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 37–40.

3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — Трианда-Х. — 2003.
4. Lichtenstein I.L. Herniorrhaphy. A personal experience with 6 321 cases // Amer. J. Surg. — 1987. — Vol. 153., № 6. — P. 553–559.
5. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia // Surg. N. Am. — 1993. — Vol. 73. — P. 529–544.

О.В. Стороженко, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха,  
І.О. Чорна, А.В. Ярошенко, І.А. Шумейко, Ю.А. Сидоренко

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Хірургічне лікування післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС) є складною проблемою, особливо у хворих із надмірною масою тіла. Супутнє ожиріння є однією з провідних причин, що сприяє утворенню грижі або призводить до погіршення результатів герніопластики. Впровадження нових хірургіч-

них технологій, успіхи анестезіології та реаніматології за останні роки суттєво розширили можливість виконання складніших оперативних втручань у осіб з надмірною масою тіла. Корекція косметичних дефектів передньої черевної стінки у хворих з ПОГЧС, що поєднується з ожирінням, нині набула не тільки вели-

кого естетичного, але і соціально-економічного значення.

**Матеріали та методи.** Ми проаналізували досвід лікування 113 пацієнтів з ПОГЧС та супутнім ожирінням у хірургічних клініках міста Полтави. Серед хворих переважали жінки — 111 (98,2%), чоловіків — 2 (1,8%). Усі хворі мали ожиріння різного ступеня вираженості. Маса тіла становила від 90 до 160 кг, у середньому (112±4,5 кг), індекс маси тіла — від 29,8 до 58,4 кг/м<sup>2</sup>. Передопераційне обстеження хворих полягало в загальноклінічних дослідженнях, флюорографії, ЕКГ, Ехо-КГ, визначенні функції зовнішнього дихання. **А**

**Результати та обговорення.** У 106 (93,8%) хворих із ПОГЧС та наявністю «відвислого живота» значних розмірів поряд із грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки із розширеного операційного доступу за Фернадесом та Берсоном. Лінію майбутнього розрізу позначали перед операцією у лежачій позиції хворого, так, щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно до пахових складок, потім на 3–4 см вище лобкової складки та на 2–3 см латеральніше від гребнів здухвинних кісток. Пальцями визначали надмірну шкірно-жирову тканину з обох боків від гребнів здухвинних кісток до початку формування шкірно-жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначали величину розрізу у стоячій позиції хворого, коли шкірно-жирові тканини передньої черевної стінки опущені під дією сили тяжіння. У 7 (6,2%) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ, найбільш зручний для виконання обох втручань. Згідно з класифікацією I.P. Chevrel, A.M. Rath (2000 р.) ПОГЧС W1 діагностовано у 19 (17,1%) хворих, W2 — 39 (34,1%), W3 — 44 (39,3%), W4 — у 11 (9,5%) осіб; до підгрупи M віднесено 106 хворих (93,8%), до підгрупи L — 7 (6,2%). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 12 (10,6%) пацієнтів, явища защемлення у 7 (6,2%) хворих. Спосіб герніопластики вибирали, беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви й ускладнення. До пластики місцевими тканинами

здавалися за умови збереження прилеглих до грижових воріт м'язів та апоневрозу, можливості зшивання дефекту без натягу тканин. У 33 (29,2%) хворих виконана пластика за Сапежко у модифікації клініки (при серединній локалізації дефекту). На сучасному етапі герніології оптимальним слід вважати використання поліпропіленових сітчастих протезів із монофіламентних ниток. Застосовуючи алопластичний матеріал, намагалися досягти максимальної ізоляції протезу від органів черевної порожнини. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики «sub lay» із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 78 (69%) хворих. Герніопластику за методом «on lay» виконували як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 2 (1,8%) хворих. Методику «in lay» не застосовували, оскільки у більшості пацієнтів очеревина вистончена, легко травмується, тому виникає значний ризик контактування експлантату із внутрішніми органами, що вкрай небезпечно. Операцію завершували активним дренажуванням місця пластики за Редоном. Післяопераційне ведення включало: ранню активізацію хворих; антибіотикотерапію до 3 діб; антикоагулянтну терапію 5–7 діб; еластичне бинтування нижніх кінцівок; ультразвуковий контроль рани; видалення дренажів при відсутності ознак сероми чи гематоми в рані 3–5 діб. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 3 (2,6%) хворих, гематома післяопераційної рани у 3 (2,6%), нагноєння рани — 2 (1,8%), частковий некроз краю шкіри у 2 (1,8%). Результати спостережень протягом 2 років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

**Висновок.** Доцільне виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією під час корекції грижі живота. Ці операції можна рекомендувати до широкого застосування у хірургії.

В.О. Тедорадзе, А.Л. Беридзе, К.Н. Кашибадзе, М.Д. Накашидзе, Д.М. Менабде

## НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Государственный университет имени Шота Руставели, Батуми, Грузия

Грыжи живота до сих пор остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Учитывая распространенность заболевания (4–7%) населения и многочисленное количество публикаций об осложнениях разного характера, в том числе рецидивов после применения традиционных способов герниопластики местными тканями, нами была проведена сравнительная оценка применения алло-аутопластических методов герниопластики различной локализации за период с января 2003 по декабрь 2007 гг. в республиканской клинической больнице города Батуми.

**Цель работы** — сравнительная оценка и анализ методов лечения грыж, применяемых в клинике хирур-

гического департамента медицинского факультета БСУ, с целью выбора наиболее оптимального метода операций при экстренных и плановых условиях, что даст возможность улучшить результаты лечения данной патологии.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ лечения 581 больных с грыжами различной локализации: мужчин 377 (64,9%); женщин 204 (35,1%). В возрасте от 19 до 87 лет.

**Результаты и обсуждение.** Аутопластические способы герниопластики применены на 452 (77,8%), аллопластические с использованием полипропиленовой сетки на 109 (18,8), и оригинальный метод пластики па-