

5. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У Ашкрафт, Т.М. Холдер. Том 2-
Спб.: Питер, 1997г. С.: 251.

6.Губов Ю.П. Клинические критерии травматичности пахового
грыжесечения у мальчиков./ Ю.П. Голубов, В.Ф. Бландинский, Н.А.
Зеленская,С.В. Соколов//Детская хирургия.-2015.-№3.-С.:15-18.

7.Козлов Ю.А. Лечение паховых грыж у детей: обзор лапароскопических
методов или история «крючков и игл»./Ю.А. Козлов, В.А. Новожилов, А.А.
Распутин, К.А. Ковальков/Эндоскопическая хирургия.- 2017.-№1.-С.:33-42.

8.Медведев А. А. Диагностика и оперативное лечение заболеваний
влагалищного отростка брюшины у детей с применением современных
технологий. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук. Тверь, 2007. С.:20.

9.Разин М.П./Детская урология-андрология: учеб.пособие./ М.П.Разин,
В.Н.Галкин, Н.К. Сухих.- М.:Медиа, 2011. С.:128.

10.Розинов В.М. Российская ассоциация детских хирургов. Федеральные
клинические рекомендации. Ущемленные паховые грыжи у детей./ В.М.
Розинов, А.Ф. Дронов, Ю.А. Козлов, О. Г. Мокрушина. Москва, 2013 С.:21.

11.Сиро Эспозито (Ciro Esposito).Сравнение лапароскопической и
открытой пластики грыжи у детей: Систематический обзор./Ciro Esposito,
Shawn D. St. Peter, Maria Escolino.//Журнал лапароскопических и передовых
хирургических методов.-2014.-Т.24.-№11.-С.:811-816.

12.Спахи О.В. Диагностика и лечение пахово-мошоночных грыж у детей./
О.В. Спахи, Е.П. Копылов, А.П. Пахольчук//Здоровье ребенка.-2016.-№1.-
С.:152-154.

13.Столяр А. В. Врожденная паховая грыжа-как оперировать?/ А.В.
Столяр, М.А. Аксельров , С.П. Сахаров//Медицинская наука и образование
Урала. -2016.-№2.-С.:111-114.

14.Столяр А.В. Первый опыт видеоассистированной герниорафии у
детей/ А.В. Столяр, М.А. Аксельров, Т.В. Сергиенко//Вятский медицинский
вестник.-2015.-№2.- С.:72-76.

15.Тен. Ю.В. Современные подходы к оперативному лечению паховых
грыж у детей/ Ю.В. Тен, А.В. Бойко, И.Г. Осецкий, К.Ю. Тен/ Современные
технологии в диагностике и лечении хирургических болезней детского
возраста. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию высшего
медицинского образования на Урале. - 2016.-С.:104.

16.Умешов А.У. Некоторые особенности лечения паховых грыж у детей/
А.У. Умешов//Журнал Алматинского государственного института
усовершенствования врачей.-2011.-№2.-С.:67-68.

УДК 617-089.844

Тагильцева Ю.С., Хамидулин Т.Э.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Tagiltseva Yu.S., Khamidulin T.E.

**MODERN ASPECTS AND METHODS OF TREATING HERNIA
FRONT ABDOMINAL WALL**

Department of surgical diseases and cardiovascular surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Julia-tagiltseva@mail.ru

Аннотация. В статье приведен обзор литературы по современным аспектам и способам лечения грыж передней брюшной стенки. Значительная часть населения является носителями грыж, классифицируемых как наружные грыжи живота. Согласно исследованиям ряда авторов их число составляет от 2 до 7%, из них около 60% - лица трудоспособного возраста.

Annotation. The article provides a review of the literature on modern aspects and methods of treatment of hernia of the anterior abdominal wall. A significant part of the population are carriers of hernias, classified as external abdominal hernias. According to studies by a number of authors, their number ranges from 2 to 7%, of which about 60% are persons of working age.

Ключевые слова: грыжа, передняя брюшная стенка, пластика, современные методы, герниопластика

Key words: hernia, anterior abdominal wall, plastics, modern methods, hernioplasty

Введение

Частота встречаемости грыж передней брюшной стенки превышает 50 случаев на 1000 населения. Частота оперативных вмешательств по поводу грыж различной локализации составляет 25%, из них до 35% экстренные операции по поводу ущемления. Ежегодно в России она выполняется примерно у 180 тысяч больных. В зависимости от локализации различают паховые, бедренные, пупочные грыжи, грыжи белой линии живота и др. По сводной статистике отечественных авторов, более 3-5 % всех лапаротомий осложняется послеоперационными грыжами в ближайшие сроки после операции, а через три года и более этот процент увеличивается почти в два и более раз [1]. За последнее столетие для лечения паховых грыж предложено свыше 300 способов и различных модификаций радикальных операций, из которых только немногие имеют широкое применение в хирургической практике (способы

I.L.Lichtenstein, E.Bassini, C.B.McVay, E.Shouldise, Girard, P.E.Postempski, С.И.Спасокукоцкого, М.А.Кимбаровского и др.)

Вопреки большому количеству методов пластики брюшной стенки, частота грыж остается высокой 18-44% [5]. Возможность улучшения результатов хирургической коррекции данной патологии еще не исчерпана.

Цель исследования – систематизировать знания о современных методах лечения грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования

Проведен обзор и анализ литературных источников отечественных и зарубежных исследователей с использованием поисковых систем PubMed, Google, Cyberleninka. На основе анализа научной литературы была составлена научно-доказательная база по изучаемой проблеме.

Результаты исследования и их обсуждение

На данный момент существует множество способов герниопластики, в зависимости от способа закрытия грыжевого дефекта. Условно их можно разделить на две группы: пластика собственными тканями и пластика с использованием дополнительных материалов [4]. Чаще всего применяют герниопластику с использованием сложных полимерных эксплантов. И, в зависимости от расположения экспланта, можно выделить следующие способы пластики: с расположением сетки на апоневрозе (onlay); под апоневрозом (sublay); интраперитонеально (ipom); ненатяжная пластика по технология «Bridge», с расположением сетки на или под апоневрозом (inlay).

К достоинствам "onlay" - технологии можно отнести техническую простоту выполнения и отсутствие контакта сетки с органами брюшной полости. Главным недостатком является формирование гематом и сером, гнойные осложнения. Количество рецидивов при данном методе может достигать 19%. При "sublay" герниопластике отсутствует развитие сером, гематом, гнойных осложнений, и меньше вероятность возникновения рецидива. Данный метод более сложен технически, и не всегда рубцовые изменения в области грыжевого дефекта позволяют выделить предбрюшинное пространство. Технология «Bridge» применяется при невозможности натяжения краев апоневроза, высоком риске развития кардиопульмональных осложнений. Ее можно рассматривать как паллиативную операцию у пожилых пациентов. Часть эндопротеза контактирует с жировой клетчаткой, что провоцирует экссудацию и формирование сером. Частота рецидивов при данном методе составляет 25% [4].

При пластике вентральной грыжи используют несколько типов сеток. Для каждого больного подбирается индивидуальный внутренний сетчатый протез. Противогрыжевые имплантанты отличаются формой, размерами и характером плетения. Их фиксируют с помощью шовных материалов или медицинского клея. Пропиленовая грыжевая сетка, выполненная из нерассасывающегося полимера, проста и безопасна. Она остается в организме больного навсегда, не отторгается, не вызывает воспалений и аллергических реакций. Правильно

подобранный имплантант не причиняет пациенту дискомфорта, не дает удаленному грыжевому образованию рецидивировать. Сетчатые протезы Линтекс – имплантанты отечественного производителя. К ним относятся: Эсфил – широко используемый полипропиленовый эндопротез, используется при любых видах грыж. Унифлекс – сетки, применяемые для лечения запущенных состояний. Флексилен – удобный облегченный имплантант. Он отличается от подобных материалов повышенной гибкостью. Эслан – мягкий протез с лавсановыми нитями. Фторэкс – имплантант с гидрофобным покрытием, сводит риск развития инфекции к минимуму. Эндопротезы Ультрапро делают из материалов, способных частично рассасываться в организме после обрастания соединительной тканью. Их используют при удалении крупных грыжевых выпячиваний с широкими воротами. Выпускают хирургические сетки, способные полностью раствориться в организме. Минус таких протезов заключается в том, что у некоторых пациентов имплантант рассасывается быстрее, чем нарастает родная соединительная ткань. Это приводит к рецидиву и повторному оперативному вмешательству. Выбирать такой протез следует исходя из возраста больного.

Известен способ пластики послеоперационных вентральных грыж, при котором после иссечения грыжевого мешка и ушивания брюшины, фиксируют проленовую сетку к париетальной брюшине, края рубцово-измененного апоневроза иссекают, и ушивают апоневроз над сеткой [3]. Проленовая сетка имеет ряд преимуществ: благодаря строению сетка имеет совместимость с тканями, снижает риск возникновения бактериальных инфекций и предрасполагает к прорастанию коллагеновых волокон, укрепляющих зону дефекта. Также будучи практически инертной вызывает минимальную тканевую реакцию, помимо прочего имеет достаточную жесткость, упрощающую манипуляции и позиционирование сетки в области дефекта. Однако этот способ имеет некоторые недостатки. Подапоневротическое размещение сетки требует отделения париетальной брюшины от апоневроза на большой площади, что не всегда представляется возможным из-за интимного сращения тканей и их рубцового изменения после предыдущих операций. Кроме того, имеет место ограничение объема брюшной полости в результате сведения краев грыжевого дефекта. Данный способ технически сложен из-за трудностей фиксации аллотрансплантата под апоневрозом. Способ невыполним при больших размерах грыжевых ворот.

Существует способ пластики вентральных грыж без натяжения тканей [2]. Герниопластика по Лихтенштейну, довольно простой в исполнении и не требующий тщательной препаровки метод. Принцип его заключается в имплантации полимерной сетки под апоневроз наружной косой мышцы живота без затрагивания мышц и поперечной фасции. После выделения грыжевого мешка, его перевязки и отсечения производят подшивание сетчатого эндопротеза к паховой связке, к апоневрозу над лобковой костью и внутренней косой мышцей живота, а также проксимальнее внутреннего пахового кольца.

Пластику завершают ушиванием апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком. Благодаря отказу от закрепления краев фасции и мышц на паховой связке получается так называемая "свободная от натяжения" адаптация. Герниопластика по Лихтенштейну обеспечивает малую травматичность оперативного лечения, отвечает хирургическим принципам лечения паховых грыж, обеспечивает пластику пахового канала без натяжения и без сопоставления разнородных тканей (мышца - сухожилие), благодаря чему не наблюдается нарушения кровотока в семенном канатике, обеспечивается гладкое послеоперационное течение, уменьшаются сроки реабилитации пациентов и скорее восстанавливается трудоспособность.

Появление видеолапароскопии привело к рождению методик внутрибрюшной фиксации протеза с помощью лапароскопической техники, что позволило практически полностью нивелировать раневые осложнения, несколько уменьшить число рецидивов и сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре [6]. На данный момент остаются нерешенные вопросы лапароскопической герниопластики: целесообразный выбор эксплантата, технология размещения и фиксации эндопротеза, проблема отграничения эксплантата от органов брюшной полости. Поэтому хирургическое лечение вентральных грыж остается актуальным в настоящее время и требует дальнейшего изучения.

Известен способ герниопластики IPOM. Суть операции заключается в том, что происходит устранение грыжевого дефекта изнутри брюшной полости с помощью сетки, имеющей поверхность со специальной пленкой, препятствующей сращению органов брюшной полости с сеткой. Предварительно перед установкой сетки устраняют все сращения внутренних органов с брюшиной и ликвидируют грыжевые ворота. Затем устанавливают сетку и фиксируют ее над апоневрозом прямых мышц. Дополнительно сетку фиксируют с помощью специального инструмента - герниостеплера. Герниостеплер предназначен для фиксации титановыми спиралевидными фиксаторами сетчатого протеза (проленовой сетки и т.п.) при лапароскопической и открытой герниопластике.

Преимуществом данного вида операции является меньшая травма, наносимая брюшной стенке, а значит более ранняя активизация пациента, и не менее важный плюс - косметический эффект. Недостатками данного оперативного пособия является высокая стоимость сетчатого протеза и невозможность проведения оперативного пособия при больших размерах грыжи.

Выводы:

1. Интраперитонеальная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами представляет собой простой и надежный метод лечения грыж. Целесообразна разработка и широкое внедрение композитных сеток с различными свойствами поверхностей.

2. Предпочтителен вариант герниопластики ПРОМ у пациентов с послеоперационными грыжами, так как обеспечивает малую травматичность. Хороший косметический результат и высокую надежность при небольшом количестве осложнений, но имеет недостаток дороговизны композитной сетки и герниостеплера.

3. Необходим индивидуальный подход к диагностике и выбору способа оперативного лечения грыж с учетом характеристик дефекта, с целью уменьшения количества истинных и ложных рецидивов, послеоперационных осложнений.

Список литературы:

1. Белоконев В.И. / Отдаленные результаты и качество жизни у больных, оперированных по поводу послеоперационных грыж // Белоконев В.И., Сувильников А.А. - Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». М., - 2002. - С. 88.

2. Егиев В.Н. / Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж // Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Светковский М.Д. - Хирургия. № 6, - 2000 г., - С.18-22.

3. Кирпичев А.Г. / Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки // Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. М., - 2001 г., - С.18-22.

4. Никитин Н.А. / О необходимости терминологического единообразия в хирургии послеоперационных вентральных грыж // Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Головин Р.В. - Современные проблемы науки и образования. – 2014г. - №2

5. Скутельский Н.М. / Послеоперационные вентральные грыжи // Скутельский Н.М., Душан Д.У, - Хирургия. 2000. - № 10. - С. 57-60.

6. Park A. / Laparoscopic and open incisional hernia repair: a comparison study // Park A., Birch D.W., Lovrics P. et al. - Surgery 2002: 124: 816-22.

УДК 616.346.2-002.1

**Хасанов А.Б., Абдувоитов Б.Б., Юсупова Ш.Ш.
ОСОБЕННОСТИ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ
С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

Кафедра детской хирургии
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

**Khasanov A.B, Abduvoiytov B.B., Yusupov Sh.Sh.
FEATURES OF PREOPERATIONAL PREPARATION OF CHILDREN
WITH WIDESPREAD APPENDICULAR PERITONITIS**

Department of pediatric surgery
Samarkand state medical institute