

УДК 616.34-007.43-031:611.957J-089.844

К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, А.В. Бекк,
Х.И. Тилов, А.Л. Швальб, В.В. Осипов**АЛЛОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ
ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМ ИМПЛАНТАТОМ:
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ
И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
Рязанский областной центр эндохирургии*Ключевые слова:* паховые грыжи, хирургическое
лечение, аллопластика.

Проблема хирургического лечения наружных грыж паховой локализации до настоящего времени остается весьма актуальной и далека от окончательного решения. Свидетельством тому является большое число оперативных методик (около 400), ни одна из которых не гарантирует от рецидива. На наш взгляд, такое количество способов обусловлено неудовлетворенностью хирургов результатами герниопластики с использованием апоневроза и местных тканей. Отсутствие однородности сопоставляемых тканей, создаваемое натяжение апоневроза и, как следствие, плохое кровоснабжение в зоне шва, а также пластические свойства самого апоневроза являются факторами, приводящими к рецидиву. По данным разных авторов, частота осложнений (рецидив грыжи, нагноение операционной раны, повреждения семенного канатика и др.) после открытых операций достигает 7-10%, а при повторных вмешательствах - 30% и более [1,3].

В последние годы внимание исследователей было сосредоточено как на снижении частоты рецидивов после герниопластики, так и на сокращении периода нетрудоспособности. Многие хирурги для уменьшения размеров дефекта и укрепления стенки пахового канала стали использовать сетки-протезы, что позволяло осуществлять пластику пахового канала без натяжения тканей. Сторонники этой методики полагали, что рецидивы грыж, боли и нетрудоспособность в послеоперационном периоде обусловлены натяжением тканей во время выполнения традиционной герниопластики. Сообщения о низкой частоте рецидивов и быстром возвращении пациентов к нормальной жизни во многом способствовали тому, что сетчатые имплантаты стали широко применяться для первичной пластики паховых грыж, и в настоящее время наиболее перспективной и развивающейся здесь является технология «ненатяжной пластики» грыжевых ворот. Наиболее часто встречаются следующие ее варианты: лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (по J.D. Corbitt), преперитонеальная эндоскопическая пластика, герниопластика по Лихтенштейну и комбинированные опера-

ции (открытое выделение грыжевого мешка и лапароскопическая предбрюшинная пластика грыжевых ворот). Перечисленные способы подразумевают использование имплантата (как правило, полипропиленового).

Для экспериментального исследования использованы 40 лабораторных крыс-самцов одной линии, равного веса и возраста. Под внутривенным кетаминным наркозом им производился разрез по срединной линии живота, брюшная стенка с правой стороны выворачивалась таким образом, чтобы париетальная брюшина оказывалась снаружи. Делался разрез париетальной брюшины длиной около 1 см. Браншей пинцета брюшина тупо отсекалась от подлежащих мышц, и в образовавшееся пространство вводилась полипропиленовая сетка SurgiPRO MESH (USSC) и фиксировалась одним узловым швом. Мышечный слой ушивался непрерывным швом. Шов кожи выполняли узловыми швами на расстоянии 4-5 мм друг от друга и обрабатывали раствором бриллиантовой зелени. Животных забивали на 7, 14, 21 и 30-е сутки с момента имплантации. Вырезался лоскут ткани, содержащий кожу, подкожную клетчатку, мышцы, полипропиленовую сетку и брюшину. После фиксации в формалине из препарата готовились гистологические срезы по стандартной методике.

В клинике с использованием сетчатых имплантатов SurgiPRO MESH выполнено 147 операций: 79 - лапароскопическая герниопластика, 17 - комбинированная герниопластика и 51 - герниопластика по Лихтенштейну.

Показаниями к лапароскопическому вмешательству были двухсторонние и рецидивные паховые грыжи лиц трудоспособного возраста, в 17 комбинированных операциях лапароскопическая герниопластика дополнялась открытым выделением грыжевого мешка из-за его больших размеров. Вмешательство по Лихтенштейну выполнялось, когда вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также пожилого или старческого возраста пациентов проведение общей анестезии и наложение пневмоперитонеума были опасными для жизни пациентов (табл. 1, 2)

Техника выполнения операций была общепринятой. Для оценки результатов сравнивали время оперативного вмешательства, длительность госпитализации и временной нетрудоспособности, частоту развития осложнений и рецидивов.

Таблица 1
Характеристика клинических наблюдений

Герниопластика	Характеристика пациентов				
	Возраст, М ± т	Пол		Сопутствующие заболевания	
		М	Ж		
Лапароскопическая	45,0±13,2	73	8	19	24,1
Комбинированная	47,7±7,8	17	-	3	17,6
По Лихтенштейну	62,2±12,4	51	-	39	76,5

Таблица 2

Разновидности паховых грыж

Герниопластика	Характеристика грыж									
	Рецидивные грыжи		По локализации				По типу			
			Слева		Справа		Косая		Прямая	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапароскопическая	14	17,7	30	38,0	49	62,0	51	69,6	28	35,4
Комбинированная	1	5,9	9	52,9	8	47,1	11	64,7	6	35,3
По Лихтенштейну	5	9,8	32	62,7	19	37,3	30	58,8	21	41,2

грануляционная ткань, среди полинуклеаров и лимфоцитов, появлялись фибробласты и тучные клетки. На 7-й день в ране обнаруживалась сформированная грануляционная ткань, в большом количестве появлялись фибробласты, тучные, плазматические клетки и макрофаги, число полинуклеарных лейкоцитов резко уменьшалось (рис. 1, а). 14-е сутки характеризовались преобладанием процессов пролиферации, появлялось большое количество капилляров, шло уплотнение коллагеновых волокон, число клеточных форм уменьшалось (рис. 1, б). На 21 день происходило запустевание сосудов, грануляции редуцировались, среди фиброзной ткани обнаруживались единичные мононуклеары (рис. 1, в). В конце эксперимента клеточная инфильтрация практически не определялась, а грануляции вокруг имплантата полностью замещались соединительной тканью (рис. 1, г).

Описанные изменения не отличались от таковых в обычной операционной ране и не соответствовали стереотипной реакции организма по типу «ткань-инородное тело» [2, 6]. Выраженность воспаления зависела в большей мере от операционной травмы [4, 5].

У всех больных, оперированных с применением аллотрансплантата, также получены хорошие и отличные ближайшие, и отдаленные результаты. Средняя длительность госпитализации во всех группах не превышала 7,5 койко-дня, послеоперационных осложнений не было. Время оперативного вмешательства колебалось от 37 до 57 мин. В двух случаях после лапароскопической герниопластики наблюдали развитие сером, которые были излечены пункционным методом и не привели к увеличению сроков госпитализации.

Длительность периода временной нетрудоспособности у работающих пациентов оказалась в среднем не более 24,7 дня.

В отдаленном периоде возник один рецидив ко-сой паховой грыжи через 3 года после лапароскопической герниопластики - больной оперирован повторно лапароскопическим доступом. Причиной рецидива оказалась миграция сетчатого имплантата, видимо, вследствие его малых размеров и недостаточной фиксации.

Выводы

1. Полипропиленовый имплантат является индифферентным для организма и течение воспаления при его наличии в эксперименте не отличается от характеристик обычного раневого процесса.
2. При двусторонних и рецидивных паховых грыжах у молодых пациентов показана лапароскопическая герниопластика, которая при больших размерах грыжевого мешка может дополняться открытым выделением последнего. У пожилых больных и в других случаях операцией выбора является герниопластика по Лихтенштейну, к преимуществам которой следует отнести высокую надежность при достаточной простоте исполнения и отсутствии потребности в общем обезболивании.
3. Использование современных минимально инвазивных технологий и современных аллопластических материалов в герниологии позволяет достичь меньшей травматизации тканей во время оперативного вмешательства, что позволяет выполнять грыжесечение при двусторонних и рецидивных грыжах.

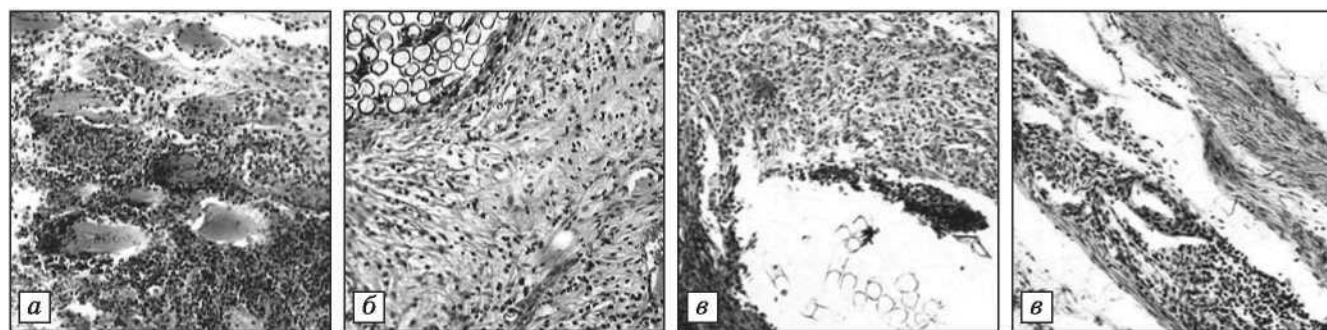


Рис. 1. Морфологическая характеристика тканевых реакций в области аллотрансплантата: а- 7-е сутки, б- 14-е сутки, в- 21-е сутки, г- 30-е сутки эксперимента. Гистологические препараты. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 120^х (описание в тексте).

Литература

1. Жебровский В.В., Эльбашир М.Л. Хирургия грыж живота и эквентраций. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002.
2. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1981.
3. Ненатяжная герниопластика/ Под ред. В.Н. Егиева. - М.: Медпрактика-М, 2002.
4. Пучков К.В. Новые синтетические шовные материалы в хирургии: Методическое пособие. - Рязань, 1994.
5. Шварц С. Справочник по хирургии. - СПб.: Питер, 1999.
6. Шехтер А.Б. Грануляционная ткань: воспаление и регенерация. - Арх. патол. - 1984. - № 2. - С. 20-29.

ALLOPLASTY OF INGUINAL HERNIA BY POLYPROPYLENE IMPLANT: EXPERIMENTAL AND CLINICAL RESEARCHES
K.V. Puchkov, V.B. Filimonov, A.V. Beck, H.I. Tilov, A.P. Shvalb, V.V. Osipov

Ryazan State Medical University, Ryazan Regional Center of Endosurgery

Summary - These scientists had held experimental research of wound process after use of polypropylene implant to 30 white rats. It was shown that implant was indifferent for organism and course of inflammation with its availability almost did not differ from aseptic wound process. 147 operations with using of reticular implant Surgipro MESH (USSC) were performed in the clinic; 79 operations were laparoscopic hernioplasty, 17 operations were laparoscopically assisted hernioplasty and 51 operations were hernioplasty according to Liechtenstein. The authors diagnosed the indications to the methods of plasty of hernial gates and analyzed their findings.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 81-83.

УДК 618.39-085

Н.В. Балацкая, З.А. Лушикова, Т.В. Багрий

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ

Клиника «Ярослава» (г. Владивосток)

Ключевые слова: медикаментозное прерывание беременности, мини-аборт.

Одним из основных направлений в работе акушеров-гинекологов является сохранение репродуктивного здоровья женщин. Одна из главных задач, решаемых здесь, - это профилактика незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных аборт. Другая, не менее важная задача - сведение к минимуму риска осложнений медицинских аборт.

До настоящего времени искусственные аборт остаются ведущим методом планирования семьи в Российской Федерации. В последние годы число аборт практически не уменьшилось. Известно, что в структуре материнской смертности около 30% составляет смертность женщин, связанная с проведением аборт и возникшими осложнениями [3]. В Санкт-Петербурге за период с 1992 по 1994 г. аборт и его осложнения стали причиной гибели беременных женщин в 54% случаев [2].

В связи с этим в течение многих лет продолжается поиск новых, щадящих методов прерывания беременности на ранних сроках с целью снижения числа интраоперационных осложнений (перфорация матки), ранних послеоперационных осложнений (кровотечение, острый эндометрит), а также поздних осложнений (нарушения менструального цикла, вторичное бесплодие).

Одним из современных методов прерывания беременности ранних сроков является медикаментозный аборт. Для него рекомендован таблетированный синтетический стероидный препарат «Мифегин» («Мифепристон»).

Мифепристон - прямой ингибитор прогестерона. Его действие обусловлено блокадой прогестивного эффекта на уровне рецепторов. Препарат также является антагонистом андрогенов и глюкокортикоидов. Применение мифепристона одобрено Государственным комитетом Министерства здравоохранения России (протокол 111-6 от 30 декабря 1999 г.). Регистрационный номер П-8-242 № 101 1033. Препарат включен в Регистр лекарственных средств России 2000 г.

Мифепристон, подавляя действие гестагенов на уровне рецепторов, восстанавливает сниженную прогестероном чувствительность циркулярной мышцы матки к окситоцину. В продольной же мышце матки гестаген и антигестаген не влияют на ее чувствительность к окситоцину. Прогестерон снижает ответ миометрия на Ca^{++} , а мифепристон «отменяет» этот эффект в обоих мышечных слоях. Препарат повышает сократительную способность миометрия [1, 4], потенцируя тем самым действие собственных простагландинов, что приводит к прерыванию беременности только на фоне приема Мифепристона или вводимых дополнительно синтетических аналогов простагландинов (мизопростол, сайтотек).

Приведен анализ 147 наблюдений медикаментозного аборт. Контрольную группу составили 160 женщин, которым был проведен мини-аборт. Распределение пациенток по группам и возрасту представлено в табл. 1.

Таким образом, прерывание беременности чаще всего проводилось в возрасте от 21 до 30 лет. Причем в данной возрастной группе пациентки одинаково часто выбирали как медикаментозное прерывание беременности, так и мини-аборт. В возрастной группе до 20 лет число медикаментозных прерываний беременности оказалось несколько выше, чем мини-аборт, а в возрастной группе старше 30 лет чаще использовался мини-аборт.

Из всех пациенток, сделавших медикаментозный аборт, первобеременных было 47 человек (32%), повторно беременных нерожавших - 32 (21, 8%), повторно беременных рожавших - 68 (46,2%).