

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

УДК 617/55—089.844

Поступила 05.05.2010 г.



**А.С. Мухин**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии ФПКВ<sup>1</sup>;  
**А.Я. Полонецкий**, зам. главного врача по хирургии<sup>2</sup>;  
**М.М. Миллер**, зав. 5-м хирургическим отделением<sup>2</sup>;  
**С.В. Храмов**, к.м.н., ассистент кафедры хирургии ФПКВ<sup>1</sup>;  
**А.В. Мортин**, соискатель кафедры хирургии ФПКВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород;

<sup>2</sup>Городская больница №13, Н. Новгород

Представлены два успешных клинических случая пластики обширных дефектов передней брюшной стенки полипропиленовой сеткой, которые показывают эффективность данного метода.

**Ключевые слова:** полипропиленовая сетка, обширные дефекты брюшной стенки.

## English

## Use of a polypropylene net at the anterior abdominal wall extensive defect plasty

**A.S. Mukhin**, M.D., professor, head of the PhQIF surgery chair<sup>1</sup>;  
**A.Ya. Polonetsky**, deputy head physician on surgery<sup>2</sup>;  
**M.M. Miller**, head of the 5th surgical department<sup>2</sup>;  
**S.V. Khramov**, c.m.s., assistant of the PhQIF surgery chair<sup>1</sup>;  
**A.V. Mortin**, submitter for a doctor's thesis of the PhQIF surgery chair<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod;

<sup>2</sup>City hospital №13, N. Novgorod

Two successful clinical cases of the anterior abdominal wall extensive defect plasty with a polypropylene net, demonstrating the given method effectiveness, are presented.

**Key words:** polypropylene net, extensive defects of abdominal wall.

Полипропиленовые протезы совершили революцию в лечении грыж брюшной стенки. По сравнению с пластикой собственными тканями технология ненапряжного протезирования с применением сетки резко снизила частоту рецидивов грыж всех видов и сделала возможной реконструкцию больших дефектов брюшной стенки, ранее считавшихся неисправимыми.

Приводимые случаи пластики дефектов передней брюшной стенки с большими размерами полипропиленовой

новой сеткой убедительно показывают эффективность данного метода.

### Клинический случай №1

*Пациент Я., 1955 года рождения, поступил в 5-е хирургическое отделение Городской больницы №13 28.03.2008 г. в экстренном порядке с диагнозом «острая кишечная непроходимость». Был болен в течение 5 ч, предъявлял жалобы на периодические схваткообразные боли в животе,*

**Для контактов:** Храмов Сергей Валерьевич, тел. моб. +7 906-367-95-88; e-mail: ser-khramov@yandex.ru.

вздутие живота, рвоту. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявлены чаши Клойбера. Локальный статус: живот равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом мезогастррии. Перитонеальные симптомы — отрицательные. Назначена консервативная инфузионная терапия. Через сутки с момента поступления жалобы на боли в животе усилились. При осмотре: живот вздут, пальпаторно болезненный во всех отделах. Выслушивается «шум плеска».

По экстренным показаниям выполнена лапаротомия. В брюшной полости найден серозный выпот. Петли тонкого кишечника резко раздуты, багрового цвета. На расстоянии 1,0 м от илеоцекального угла в просвете тонкого кишечника обнаружен безоар, полностью обтурирующий просвет кишечника. Ниже конгломерата кишечник спавшийся, выше — резко раздут. Поставлен диагноз «обтурационная непроходимость». Попытка низведения безоара в толстый кишечник не удалась. Выполнена энтеротомия. Из просвета кишечника удален фитобезоар 4x6 см. Послеоперационный период осложнился острой почечной недостаточностью, перитонитом, эвентрацией, диффузным бронхитом.

04.04.2008 г. выполнена релапаротомия. Выявлена несостоятельность швов тонкой кишки. Произведены резекция участка подвздошной кишки с наложением анастомоза «бок в бок», дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводились массивная инфузионная терапия; антибактериальная терапия; переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы; сеансы гемодиализа. Через 12 сут в ране развился гнойно-некротический процесс с дефектом апоневроза. Выполнялись санации. Рана не ушивалась и велась по типу лапаростомы. Через месяц послеоперационный период осложнился формированием тонкокишечного свища.

08.05.2008 г. снова выполнена релапаротомия. В брюшной полости обнаружен массивный спаечный процесс. Произведена резекция 20 см тонкой кишки со свищом. Пассаж восстановлен наложением межкишечного соустья «бок в бок» двухрядным швом. Выполнена пластика дефекта в передней брюшной стенке размером 20,0x25,0 см полипропиленовой сеткой. Мобилизованные края кожи ушиты узловыми швами. На 2-е сутки после операции повязки промокли кишечным содержимым. По улавливающим дренажам в подкожной клетчатке отходило кишечное содержимое.

10.05.2008 г. произведена ревизия раны. Сняты кожные швы. Сняты швы с полипропиленовой сетки с правой стороны. В брюшной полости найден спаечный процесс. По правому краю раны, где расположен конгломерат петель тонкой кишки, отмечен точечный дефект размером 0,4x0,2 см в стенке кишки без выбухания слизистой оболочки. Отверстие в кишке ушито узловым двухрядным швом. Произведена санация брюшной полости. Дефект в брюшной полости ликвидирован подшиванием той же полипропиленовой сетки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На момент выписки 27.06.2008 г. констатировано полное заживление ран.

Через год после выписки: дефект апоневроза не определялся, данных о формировании грыжи нет.

Контрольный осмотр 14.03.2010 г. — грыжа не определялась.

#### Клинический случай №2

Пациент А., 1970 года рождения, поступил в 5-е хирургическое отделение Городской больницы №13 16.11.2009 г. в плановом порядке с диагнозом «рак антрального отдела желудка» для оперативного лечения. Предъявлял жалобы на боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту. Считал себя больным в течение 3—4 лет. В последние 6 мес отмечает усиление болей, которые стали носить постоянный характер. 28.10.2009 г. выполнена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия. Диагностирована язвенная форма опухоли угла желудка, осложненная стенозом выходного отдела желудка. При биопсии выявлена картина аденогенного рака. По данным УЗИ органов брюшной полости от 06.11.2009 г.: диффузные структурные изменения в печени по типу жировой инфильтрации, признаки хронического панкреатита, хронического холецистита, мочекаменной болезни.

18.11.2009 г. произведена субтотальная резекция желудка по способу Бильрот II—Бальфур, лимфаденэктомия, холецистэктомия. В послеоперационном периоде возникли явления панкреонекроза, флегмоны забрюшинного пространства, некроза селезенки.

28.11.2009 г. выполнены релапаротомия, спленэктомия, вскрытие флегмоны забрюшинного пространства, санация и дренирование брюшной полости. Рана ушита только двумя протекторными швами с установкой тампонов в сальниковую сумку. Проводилось комплексное лечение: переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы, гемосорбция, плазмаферез, массивная антибактериальная терапия, инфузионная терапия, плановые санации брюшной полости. Общее состояние прогрессивно ухудшалось. Возникло профузное кровотечение из язвы анастомоза.

12.12.2009 г. повторена релапаротомия, проведены ушивание язвы анастомоза, санация и дренирование брюшной полости. Назначены комплексная терапия гнойно-некротического процесса, лечение перитонита. Под внутривенным наркозом проводились санации брюшной полости. В результате некротического процесса возник дефект апоневроза размером 25,0x25,0 см. После стихания явлений перитонита брюшная полость ушита с помощью полипропиленовой сетки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На момент выписки 20.01.2010 г. у больного имелся свищевой ход в левой боковой области живота с некротическим отделяемым, на передней брюшной стенке — гранулирующие раны. 07.02.2010 г. констатировано полное заживление ран. 25.03.2010 г. данных о формировании грыжи не обнаружено.

Приведенные выше клинические случаи свидетельствуют об эффективности пластики полипропиленовой сеткой в следующих случаях:

- 1) при обширных дефектах брюшной стенки, когда невозможно изолировать брюшиной внутренние органы;
- 2) при незавершенном гнойном процессе в брюшной полости.