

Список литературы

1. Антонов А.М., Хаматзянов З.Х., Григоренко Н.Н., Григорьева М.В. Глубокая паховая аутобрюшинная герниопластика. – СПб.: Эскулап, 2001. – 101с.
2. Викторова И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти. – Автореф. дисс. ... докт. мед.наук. – Омск. - 2004. – 43 С.
3. Гринёв М.В., Стойко Ю.М., Силищев С.Н., Тарасенко М.Ю. Анализ хирургического лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1986. - № 12. – С. 88 – 91.
4. Землянкин А.А. Отдалённые результаты грыжесечения // Клини.хир. – 1991. - № 2. – С.15 – 16.
5. Земцовский Э.В. Соединительно-сосудистые дисплазии сердца. СПб.: ТОО «Политекс-Норд-Вест»; 1998; с.96
6. Кадурина Т.Н. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани Вести аритмологии; 2000; 18:87.
7. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Вопросы терминологии и классификации дисплазии соединительной ткани. прил.к журналу «Омский научный вестник»; №5(32), 2005; стр. 5-7.
8. Межаков СВ., Клинико – морфологическая оценка некоторых способов профилактики осложнений при хирургическом лечении паховых грыж: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – 1992. – 24 с
9. Нестеренко Ю.А., Балов Ю.Б., Серочкин Г.Г. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1980. - № 7. – С. 24 – 29.
10. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. - №8. – С. 137 – 139
11. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. "Современные методики хирургического лечения паховых грыж" РНЦХ. Методические рекомендации. Москва – 2002, стр.4-5
12. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. « Грыжи живота» М.: Медицина 1983; с.238
13. Янов В.Н. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального имплантата при трудных формах паховых грыж: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. – М., 1970. – 24с.
14. Abrahamson J. Hernias. Maingot's Abdominal Operations. – 10th ed. – Vol. 1. – 1997.
15. Bendavid R. The Shouldice Repair. In: Hernia. / edited by L.M.Nyhus, R.E.Condon; with 75 contributors; foreword by K.Kelly.- 4th ed. 1995.- P.217-227.
16. Fingerhut A. Inguinal hernioplasty by Shouldice: gold standard. Results of randomized prospective trials. // Тезисы III Международного конгресса по новым технологиям // Люксембург.- 1995.- Эндохирургия сегодня.- 1995.- №3.- С.34-35.
17. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair. In: Arregui M.E., Nagan R.F., eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford, England:Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
18. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. The tension - free hernioplasty.// Am. J. Surg.- 1989.- v.157.- P.188-193.
19. Shouldice E.E. The treatment of hernia // Out. Mod. Rev. – 1953. – Vol. 5. – P. 1 – 5

E.G.Ershov, I.I.Kotov

EPIDEMIOLOGY OF INGUINAL HERNIAS AND SPECIALTIES OF SURGERICAL TACTICS IN PATIENTS WITH NON – DIFFERENTIATED CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

Omsk, Russia

Abstract:

The article offers the view to the problem of dysplasia conjunctive tissue of the surgical patients. The analysis of investigation of 104 patients with non – differentiated conjunctive tissue dysplasia on the presence and structure of inguinal hernias have done. And also the results of investigation of 148 patients with inguinal hernias on the presence the signs of non – differentiated conjunctive tissue dysplasia are presented. It's important to have differentiated approach in the choice of surgical tactics. The new modification of plastic of inguinal canal by nets – endoprosthesis is shown .

Key words:

inguinal hernia, conjunctive tissue dysplasia, hernioplasty, interfascial hernioplasty, polypropylene implant.

© Е.Г.Ершов, И.И.Котов, 2008

Е.Г.Ершов, И.И.Котов

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ

Окружная Клиническая больница, Ханты - Мансийск, Омская Государственная медицинская академия, Омск, Россия

Аннотация:

В статье дан краткий обзор по проблеме дисплазии соединительной ткани применительно к хирургическим больным. Результаты обследования 148 пациентов с паховыми грыжами на наличие у них проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Показана важность дифференцированного подхода в выборе хирургической тактики. Приведена новая модификация пластики пахового канала сетчатым эндопротезом .

Ключевые слова:

паховая грыжа, дисплазия соединительной ткани, герниопластика, межфасциальная герниопластика, полипропиленовый эндопротез

По литературным данным герниопластика является второй по распространенности операцией в мире, около 4% жителей Земли страдают грыжами брюшной стенки. С возрастом частота возникновения грыж передней

брюшной стенки возрастает. У мужчин старше 75 лет грыжи встречаются у 45%. При этом на паховые грыжи (ПГ) приходится до 75% из всех грыж, из них 90 – 95% у мужчин. [3, 5, 7],

По данным различных авторов процент рецидивов заболевания после хирургического вмешательства, варьирует от 2 до 47 %, что не позволяют считать проблему хирургического лечения ПГ решенной [1,8]. В настоящее

Contact Information:

Д-р Ершов Евгений Геннадьевич
E-Mail: evgenruff@mail.ru

время известно более 300 видов хирургических пластик ПГ [4], что также свидетельствует о неудовлетворённости хирургов результатами лечения и продолжающихся поисках новых, более эффективных способов операции.

В последнее время большое внимание уделяется изучению фенотипических особенностей у лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

ДСТ – генетически детерминированное заболевание, характеризующееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, вследствие измененного фибриллогенеза и внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением. Достаточно точных данных о распространенности ДСТ в настоящее время не существует. Можно предполагать, что частота распространения этого синдрома достаточно велика, а данные, получаемые различными авторами, по этому вопросу, во многом зависят от используемых ими методических подходов и технической оснащенности [2].

Материал и методы.

Нами проведено обследование 148 пациентов лечившихся в хирургическом отделении МУЗ ГК БСМП № 1 г. Омска по поводу ПГ в период с декабря 2004 по апрель 2006 года. Среди них было 136(91,9%) – мужчин в возрасте от 26 до 79 лет (55,7лет) и 12(8,1%) – женщин в возрасте от 32 до 55 лет (44,3 лет). По неотложной помощи с ущемлением доставлено 7(4,72%) больных, из них: 1(14,3 %) женщина и 6(85,7%) мужчин. Из поступивших б-х 141(95,28%) оперированы в плановом порядке, у 3(2,13%) из них были двух сторонние косые паховые грыжи, а у 17(11,5%) – рецидивные паховые грыжи. Таким образом в этой группе больных была выполнена 161 герниопластика.

Выбор способа пластики зависит от типа паховой грыжи в соответствии с классификациями предложенными: Nyhus.L., Leoyd M. (1995)[10] и Тимошеним А.Д с соавторами (2003)[6] Таблица 1.

С конца 2004 года стали использовать при герниопластике грыж передней брюшной стенки синтетические полипропиленовые эндопротезы. При герниорафии паховых грыж в клинике применен метод, предложенный в 1989 году Лихтенштейном [9]. Данным способом оперировано 38(25,68%) пациентов мужского пола 39 (25,8%), отмечалось 1 осложнение в виде гематомы разрешенная консервативными способами лечения. Из способов с «натяжением» тканей предпочтение отдаём методу Е.Шолдиса(1945) [11], выполнено 54(35,8%) герниопластики.

Всем пациентам проводилось объективное обследование на наличие у них фенотипических проявлений НДСТ, в результате в данной группе отмечались следующие проявления: астеническое телосложение у 76

Таблица 1.

Выбор способа герниопластики в зависимости от типа грыж паховой области

Группа	Тип грыжи	Способ пластики
А	Начальные формы косых грыж без расширения внутреннего пахового кольца. Тип I по L.M. Nyhus;	Метод выбора: пластика задней стенки пахового канала собственными тканями (Бассини, Пастемского, Кукуджанов, Shouldice) Метод резерва: пластика “без натяжения” (Lichtenstein)
	Небольшие косые грыжи с расширением внутреннего пахового кольца и сохраненной задней стенкой пахового канала. Тип II по L.M. Nyhus;	
	Небольшие прямые грыжи с частичным разрушением задней стенки пахового канала. Тип III по L.M. Nyhus;	
Б	Большие косые и прямые грыжи. Тип IIIa и IIIб по L.M. Nyhus;	Метод выбора: пластика “без натяжения” (Lichtenstein)
В	Рецидивные грыжи. Тип IV, IVa и IVb по L.M. Nyhus;	Метод выбора: пластика “без натяжения” (Lichtenstein)
		Метод резерва: межфасциальная пластика “без натяжения”

(51,35%) б-х, повышенная эластичность кожных покровов у 12(8,11%), искривления позвоночного столба различной степени у 42(28,37%), деформации грудной клетки 10(6,76%), плоскостопие у 79(53,38%), гипермобильность суставов у 62(41,9%), дефицит мышечной массы у 51(34,46%), индекс Варги менее 1,5- у 63 (42,57%), у 80(54,05%) отмечалась варикозная болезнь, нарушения со стороны зрения отмечались у 36(24,32%). Больных только с одним из признаков было выявлено 30(20,27%), с двумя 43(29,05%), три и более у 75 (50,7%).

Таким образом, на основании проведения подсчёта коэффициентов информативности по диагностическим таблицам и вычисления диагностического коэффициента диагноз недифференцированной ДСТ с диспластикозависимой паховой грыжей целесообразно было бы выставить 118(79,7%) пациентам, 116 мужчинам и 2 женщинам. Среди них были выделены лица с марфаноидным фенотипом – 74(62,7%) пациента, с элерсоподобным фенотипом – 44(37,3%)пациента. Структура грыж в данной группе составила: косые – 82(69,5%), прямые – 36(30,5%), рецидивные грыжи отмечались у 16(13,6%) пациентов. Из них у 2 отмечался повторный рецидив, с так называемыми «трудными» формами у 17(14,4%) больных.

По нашему мнению основными причинами рецидивов грыж паховой области у лиц с НДСТ могут быть: укрепление только передней стенки пахового канала; сшивание гистологически неоднородных тканей; чрезмерное натяжение шиваемых тканей, как дополнительная причина их дальнейшего разрушения; игнорирование длины пахового канала и размеров внутреннего (глубокого) пахового кольца. А также к причинам мы относим интрооперационно регистрируемые нами при герниорафии у лиц с недифференцированными проявлениями ДСТ: увеличение высоты пахового промежутка; истончение и разволокнение апоневроза наружной косой мышцы живота; объективно снижена общая мышечная масса передней брюшной стенки, с атрофией соединительнотканых и мышечных волокон; истончение и разволокнение поперечной фасции.

Данные обстоятельства побудили нас к разработке новой модификации пластики пахового канала сетчатым эндопротезом адаптированного к изменениям вызванных ДСТ.

Методика заключается в следующем. Таз при помощи валика приподнимается на высоту 8 см, данное положение пациента облегчает наложение глубоких швов. Кожный разрез проводят на 2 см выше медиальных 2/3

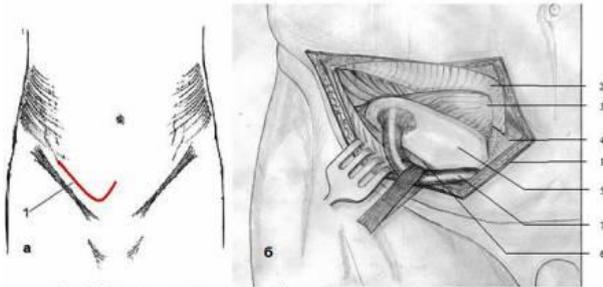


Рис.1 Представлен доступ к межфасциальному пространству, где 1- кожный разрез; 2- апоневроз наружной косой мышцы живота; 3- апоневроз внутренней косой и поперечной мышц живота; 4- прямая мышца живота; 5- поперечная фасция (внутренняя брюшная фасция); 6- пупартова связка; 7- семенной канатик.

пупартовой связки и параллельно ей до наружного отверстия пахового канала (ПК) с поворотом кверху на 6 см и медиально до середины эпсилотеральной прямой мышцы живота (Рис. 1а). После вскрытия пахового канала, выделения грыжевого мешка и семенного канатика, отслаивают листок апоневроза наружной косой мышцы живота от апоневроза внутренней до белой линии и на расстоянии 1,5-2 см от нее рассекают его, начиная от медиальной ножки наружного отверстия ПК повторяя кожный разрез (медиально и кверху). Таким образом, обнажают паховый промежуток, представленный паховым серпом.

По латеральному краю прямой мышцы живота производят вертикальный разрез оставшихся листков влагалища прямой мышцы (aponеврозы внутренней косой и поперечной мышц) на высоту пахового промежутка. Выделяют латеральный край прямой мышцы живота и смещают ее кнутри, открывая поперечную фасцию, которая образует заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота на этом уровне. Здесь проходят прямые эпигастральные сосуды, которые следует сохранить.

Таким образом, по краю разреза апоневрозов внутренней косой и поперечной мышц живота с одной стороны и прямой мышцы живота с другой попадают в слой между ними и поперечной фасцией живота. В этом слое апоневрозы и мышцы отслаивают от поперечной фасции кверху и параллельно пупартовой связке, и латеральнее наружной стенки внутреннего пахового кольца и под прямую мышцу. По мере отслоения рассекают паховый серп вдоль пупартовой связки, освобождая нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота, которые теперь свободно свисают над паховым каналом (Рис. 1б).

Полипропиленовую сетку выкраивают так, чтобы она свободно легла на поперечную фасцию и при этом заходила под прямую мышцу живота, под поперечную мышцу живота; вниз ложилась на пупартову связку; латерально до выхода семенного канатика из брюшной полости (здесь делают краевой надрез и окно для семенного канатика) и сетка должна закончиться на 2 см кнаружи от семенного канатика. После этого сетку П-образными и непрерывным швами подшивают по периметру к прилежащим мышечным образованиям: латеральному краю пирамидальной мышцы, прямой мышцы живота, нижним краям внутренней косой и поперечной мышц живота, а к пупартовой связке и лонному бугорку отдельными узловыми швами (Рис. 2).

При этом внутреннее кольцо формируют путем наложения швов на сетку и поперечную фасцию выше выхода семенного канатика до общепринятых размеров (кончик указательного пальца). Вторым слоем сшивают переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота (aponеврозы поперечной и внутренней косой мышц живота), следующий ряд швов ложится на апоневроз наружной косой мышцы живота вдоль всего разреза. Формирование наружного пахового кольца большого

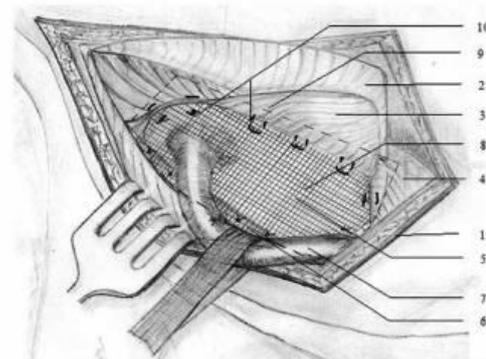


Рис.2 Схема предлагаемой межфасциальной герниопластики этап по размещению и подшиванию сетки в межфасциальном пространстве, где 1- кожный разрез; 2- апоневроз наружной косой мышцы живота; 3- апоневроз внутренней косой и поперечной мышц живота; 4- прямая мышца живота; 5- поперечная фасция (внутренняя брюшная фасция); 6- пупартова связка; 7- семенной канатик; 8- полипропиленовая сетка; 9- граница размещения сетки; 10- фиксирующие швы.

значения не имеет. Семенной канатик должен свободно проходить в этом месте. В итоге укрепляется задняя стенка пахового канала, а именно поперечная фасция, формируют новое прочное внутреннее кольцо пахового канала, канатик свободно лежит в паховом канале и в целом анатомия пахового треугольника сохранена. Сетка лежит в слое между двумя фасциями (поперечная и апоневроз поперечной мышцы), а не в слое жировой клетчатки. И при повышении давления в брюшной полости прижимается к внутренней поверхности плоских мышц брюшной стенки, что исключает ее отслоение от апоневрозов (Патент РФ на способ № 2299691 от 27.05.2007 по заявке № 2006100994 с приоритетом от 10.01.06 г. «Способ межфасциальной пластики паховой грыжи при синдроме дисплазии соединительной ткани»). Способ изначально опробован при операциях на 7 трупах мужчин с антропометрическими признаками ДСТ и к настоящему времени нами выполнено 17 герниопластик по предлагаемой методике, все пациенты пролечены в стационарных условиях выписаны в удовлетворительном состоянии, ранних послеоперационных осложнений не отмечали.

Результаты и обсуждение.

Не стоит забывать, что дисплазия соединительной ткани – это диагноз вписанный в тело больного, просто необходимо уметь его читать, особенно врачам хирургического профиля не уделяющих данному заболеванию должного внимания, что наглядно видно по результатам нашего исследования.

В 79,7% пациентам необходимо было выставлять паховую грыжу на фоне диспластикозависимого состояния, рецидивы в этой группе также достаточно высоки в 13,6% и большой процент трудных форм 14,4% диктует более дифференцированно осуществлять выбор способа герниопластики.

Выводы.

Дисплазия соединительной ткани является одним из основных факторов возникновения грыж паховой области.

Игнорирование наличия у пациента с паховой грыжей дисплазии соединительной ткани влечет за собой выбор неадекватного способа пластики пахового канала и значительно повышает риск возникновения рецидива заболевания.

При герниопластике паховых грыж у лиц с ДСТ целесообразны не натяжные способы с применением синтетических протезов, в частности из полипропилена.

Литература

1. Антонов А.М., Хаматзянов З.Х., Григоренко Н.Н., Григорьева М.В. Глубокая паховая аутобрюшная герниопластика. – СПб.: Эскулап, 2001. – 101с.

2. Земцовский Э.В. Соединительноканальные дисплазии сердца. СПб.: ТОО «Политекс-Норд-Вест»; 1998; с.96
3. Кашнин НН, Волоенко АВ, Пометун ВВ. Герниопластика при прямой паховой грыже без вскрытия и иссечения грыжевого мешка // Вестн. хир. – 1993. - № 1 – 2. – С. 126 – 129.
4. Мариев А.И., Ушаков Н.Д. Наружные грыжи живота. – Петрозаводск. 1998. – 196 с.
5. Межаков СВ., Клинико – морфологическая оценка некоторых способов профилактики осложнений при хирургическом лечении паховых грыж: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – 1992. – 24 с
6. А.Д.Тимошин, А.В.Юрасов, А.Л.Шестаков, Д.А.Федоров. "Современные методики хирургического лечения паховых грыж" РНЦХ. Методические рекомендации. Москва – 2002, стр.4-5
7. Abrahamson J. Hernias. Maingot's Abdominal Operations. – 10th ed. – Vol. 1. – 1997.
8. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair. In: Arregui M.E., Nagan R.F., eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford, England:Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
9. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. The tension - free hernioplasty// Am. J. Surg. - 1989. - v.157. - P.188-193.
10. Nyhus L.M. Herniology 1948-1998: Evolution toward excellence. // Hernia. 1998; 2(1):1-5.
11. Shouldice E.E. Surgical treatment of hernia // Out. Mod. Rev. – 1945. – Vol. 4. – P. 43 – 46

E.G.Ershov, I.I.Kotov

ABOUT OPERATIVE TREATMENT OF THE INGUINAL HERNIA ASSOCIATED WITH THE CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

Omsk, Russia

Abstract:

The article offers the view to the problem of dysplasia conjunctive tissue of the surgical patients. And also the results of investigation of 148 patients with inguinal hernias on the presence the signs of non – differentiated conjunctive tissue dysplasia are presented. It's important to have differentiated approach in the choice of surgical tactics. The new modification of plastic of inguinal canal by nets – endoprosthesis is shown.

Key words:

inguinal hernia, conjunctive tissue dysplasia, hernioplasty, interfascial hernioplasty, polypropylene implant.

© N.C.Forna, M.–E.Antohe, C.Simion, 2008

N.C.Forna, M.–E.Antohe, C.Simion

ORAL REHABILITATION ON SMALL SUBSTANCE LOSS CASES

University of Medicine and Pharmacy "Gr.T. Popa", Faculty of Dentistry, Iasi, Romania

Abstract:

The purpose of this study consists of the identification of implantologic and prosthetic methods and techniques used in substance loss rehabilitation, associated with identifying the specific biomaterials in perfect accordance with each case particularities, without leaving aside the bone-tissue deficiency etiology.

A representative number of clinical cases were selected, cases which are relevant for the chosen theme. The possibility of reconstructing the natural parameters of the edentulous alveolar ridge areas is various, starting with augmentation materials of the autogenous and heterograft type biomaterials(Bio-Oss, Grafton, Cerasorb si MBCP) including the mixing of these two types of biomaterials, and going to epitheses, which are the best choice for complex substance loss.

Key words:

augmentation materials, biocompatibility, facial prosthesis, implanto-prosthetic therapy

Introduction

The implantologic and prosthetic territory represents a domain of excellence in operations of complex oral-maxillar-facial rehabilitation, and it is materialised during a specific and very important stage included in this complex algorithm.

(1)

The causes of substance loss are represented by oral-maxillar-facial trauma, by cyst and tumour removal, etiologies which confer a high degree of difficulty to these cases.

(2)

Purpose

The purpose of this study consists of the identification of implantologic and prosthetic methods and techniques used in substance loss rehabilitation, associated with identifying the specific biomaterials in perfect accordance with each case particularities, without leaving aside the bone-tissue deficiency etiology.

Material and methods

A representative number of clinical cases were selected, cases which are relevant for the chosen theme. The reconstruction of substance loss is of critical importance in re-establishing the optimal parameters which characterise the

Contact Information:

Prof. Dr. Norina Consuela Forna

E-Mail: norina_forna@yahoo.com

edentulous alveolar ridge areas.

The possibility of reconstructing the natural parameters of the edentulous alveolar ridge areas is various, starting with augmentation materials of the autogenous and heterograft type biomaterials, including the mixing of these two types of biomaterials, and going to epitheses, which are the best choice for complex substance loss.

Results

When it comes to the biomechanical and aesthetic reconstruction of the arcade, in the majority of the cases the implantologic variant was preferred, followed by the fixed or removable prosthesis, which were realised either on a separate, post-augmentation stage, or in the same time with the augmentation stage.(2)

The most frequent losses of substance are the intraoral



Image 1- Aspects of intraoral losses of substance