

роз кожи у 10 (47,6 %) больных. Нагноения ран были отмечены у больных, которым в силу определенных причин (обширность дефектов, близость функционально-значимых анатомических структур) не выполнялось широкое иссечение тканей при первичной хирургической обработке. Тромбозы анастомозов выявлены у больных с повреждением сосудов на протяжении в виде контузии или сдавления.

Выводы

Таким образом, анализируя результаты проведенной работы, мы пришли к следующим выводам:

- основной задачей комплексного органосохраняющего лечения больных с тяжелой открытой травмой нижних конечностей, сопровождаемых повреждениями сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей является проведение рациональной первичной хирургической обработки ран, оптимального вида остеосинтеза, восстановление функционально-значимых структур конечности под оптическим увеличением, выполнение этапных хирургических обработок ран, некрэтомий и медикаментозной профи-

лактики хирургической инфекции;

- проводимая нами методика комплексного лечения больных с данной патологией позволила улучшить результаты лечения и сохранить опороспособную конечность у 78 пострадавших.

Литература:

1. Комаревцев В.Д., Бландинский В.Ф., Минанченко В.К. Пересадка торакодорсального лоскута на область плечевого сустава у детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения // Вестник травм. и отр. – 1997. – №1. – С.10-15.
2. Picard-Ami L.H., Mac Kay Y., Kerrigan C.L. // Plast. Reconstr. Surg. – 1992. – Vol. 89, №6. – Р. 1998 –1103.
3. Белоусов А.Е., Микрохирургия в травматологии. – Л.: Медицина, 1998. –244с.
4. Белоусов А.Е., Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 552с.

A.Yu.Tuhtakulov, B.S.Usmanov, J.T.Ismailov, H.R.Dadabaev

OPTIMIZATION OF METHODS OF COMPLEX TREATMENT OF THE PATIENTS WITH HEAVY TRAUMAS BOTTOM EXTREMITIES

The Ferghana branch of a republican science Centre of emergency medicine

Ferghana city, Uzbekistan

The analysis of material of treatment 80 patients with heavy open traumas bottom extremities with damages of vessels, nerves, bones and tissue injuries is carried out. At 24 (30%) is marked infirmant main blood circulation, at 19 (23,8%) are revealed the mixed damages of bones, tendons and nerves without infirmant of blood circulation, the extensive defects of soft tissues took place at 24 (30%) injured some technical aspects of performance of operations are covered. The analysis of complications after operations is carried out. The used methods of complex treatment have enabled beginning of early functional loading and to improve results of treatment.

Key words: a trauma of extremities, defects of tissues, osteosynthesis, plastic of tissues, trauma of vessels, mixed injuries, optical increase, replantation, ischemia.

© Б.П.Филенко, Л.В.Кюн, О.В.Воронина, 2006.

Б.П.Филенко, Л.В.Кюн, О.В.Воронина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

СПБГМА им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Проведен анализ результатов хирургического лечения 316 больных с двусторонними паховыми грыжами, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 СПбГМА им И.И. Мечникова, в период с 1980 по 2003 гг. Разработан и использован способ одномоментного устранения двусторонних грыж с пластикой собственными тканями (авторское свидетельство на изобретение № 2161924 от 2001г.; решение о выдаче патента на изобретение № 2004112721\14 от 26.04.04.). Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 289 пациентов. 55 больным паховые грыжи устранялись в два этапа, 184 одномоментно предложенными способами. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что одномоментное устранение паховых грыж с двух сторон, восстановление поперечной фасции позволили уменьшить количество рецидивов до 2%.

Ключевые слова: двусторонняя паховая грыжа, герниопластика в два этапа, одномоментная герниопластика с двух сторон, восстановление поперечной фасции.

E-mail: kler76@inbox.ru

Среди больных с паховыми и бедренными грыжами двусторонние грыжи встречаются в 37,5 % случаев (Кюн Л.В., Воронина О.В., 2005). Частота рецидивов при устранении «трудных форм» грыж, к которым относят двустороннюю паховую грыжу, колеблется от 15 до 46 %, поэтому длительно доминировало мнение, что операции у данной категории больных лучше выполнять последовательно (Кукуджанов Н.А., 1969; Землянкин А.А., 1991; Антонов А.М., 2001). С появлением новых полимерных материалов и технологий, позволяющих выполнять герниопластику без натяжения, доля одномоментных вмешательств возросла с 10 до 26 % (Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Kron C., Kron B., 1996), что позволило улучшить, но не решило проблему лечения двусторонних паховых и бедренных грыж.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов оперативного лечения двусторонних паховых грыж с пластикой пахового канала собственными тканями.

В зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства, пациенты с двусторонними паховыми грыжами были разделены на две группы. В первую группу вошли больные, которым двусторонние паховые грыжи устранялись в два этапа, из традиционного доступа. Герниопластика выполнялась по Постемскому, Кукуджанову, Бассини, Шолдайсу, Мартынову. За 15 лет в два этапа прооперировано 65 пациентов. Отдаленные результаты изучены у 55 (85 %) больных. Пациенты второй группы были оперированы одномоментно из надлонного доступа по разработанной в клинике методике (д.м.н. Северин В.И., 2001, к.м.н. Л.В.

Кюн, 2004 г.). Данным способом прооперирован 251 больной. Отдаленные результаты изучены у 184 (73,3 %).

В первой группе хороший результат был зафиксирован у 15 человек (27,3 %). В 3 случаях (5,5 %) пациентов беспокоила периодически появляющаяся умеренная боль в паховой области, которая возникала после физической нагрузки. У 37 больных (67,2 %) возник рецидив. Установить четкую зависимость рецидива от вида грыжи и способа герниопластики не удалось. Чаще он возникал через три месяца после устранения второй грыжи, на ранее оперированной стороне и имел поочередный, многократный характер. Так, 25 больным было выполнено 75 операций, из них повторно 25; 10 пациентам выполнено 40 операций, из них повторно 20; 1 пациент был оперирован 5 раз, из них повторно 3 раза; 1 пациенту герниопластика выполнялась 8 раз. Кроме того, устраняя двустороннюю паховую грыжу в два этапа, и особенно бедренную, возникает риск ущемления на стороне противоположной оперируемой, в раннем послеоперационном периоде. С подобным осложнением мы встретились 4 раза, что потребовало экстренного оперативного лечения.

Высокий процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения двусторонних грыж пахово-бедренной области в два этапа, заставил искать их основную причину. Принимая во внимание анатомическое строение нижних отделов передней брюшной стенки, предположили, что при натяжении тканей после герниопластики с одной стороны, должен расширяться паховый промежуток на противоположной. Для подтверждения данной гипотезы измерялась высота паховых промежутков в динамике у 50 пациентов мужского пола после устранения односторонней паховой грыжи с пластикой по Кукуджанову (рис. 1).

Основная часть топографо-анатомических изменений (расширение пахового промежутка на здоровой стороне) возникала спустя три месяца от момента оперативного лечения, в возрастной категории от 50 до 70 лет. Если до операции средняя величина высоты пахового промежутка, у 31 больного, была равна 15 ± 2 мм., то после устранения грыжи она увеличилась до 29 ± 3 мм.. Достоверность полученных результатов исследования оценена с помощью критерия Стьюдента ($t > 2$).

При устранении двусторонней паховой грыжи в два этапа или одномоментно, практически всегда присутствует симптом натяжения. Если, в первом случае, происходит перетягивание мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки с одной стороны на другую, то во втором - создается дополнительное натяжение в двух противоположных направлениях, которое приводит к дистрофическим изменениям мышечных структур, нарушению их функции и возникновению рецидива. Этот существенный недостаток побудил нас к разработке герниопластики собственными тканями без натяжения. Доступ к паховым каналам осуществляется из надлонного доступа. Для мобилизации боковых мышц живота производится поперечный разрез апоневроза через белую линию длиной до 3 см. Через сформированное отверстие боковые мышцы мобилизуются от поперечной фасции по белой линии книзу до лонных костей и на 3-4 см вверх. В ряде случаев требуется дополнительная мобилизация. С этой целью через поперечный разрез вдоль наружного края прямой мышцы вводится указательный палец и отделяется поперечная мышца от подлежащей одноименной фасции. После удаления грыжевого мешка объединенное сухожилие внутренней косой, поперечной мышц и верхний край поперечной фасции фиксируются к гребенчатой связке, а латеральнее нижний сухожильный край поперечной мышцы к подвздошно-лобковому тяжу и глубокой части паховой связки. Выполненная мобилизация позволяет симметрично низвести боковые мышцы живота с двух сторон и исключить

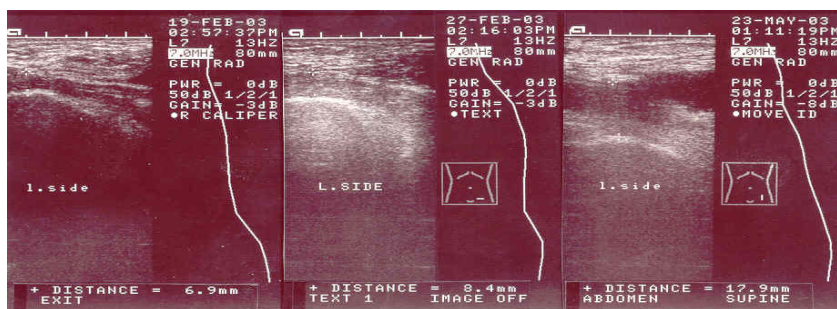


Рис. 1. Эхограмма левого пахового промежутка больного Л., 65 лет, и/б № 2736

а) перед оперативным лечением; б) через одну неделю после устранения правосторонней косой паховой грыжи; в) через три месяца после устранения правосторонней косой паховой грыжи

симптом натяжения.

Из 184 пациентов, оперированных данным способом, хороший результат достигнут у 161 больного (87,5 %). В 19 случаях (10,3 %), результат расценен как удовлетворительный. У 4 больных зафиксирован рецидив, причиной которого явились такие заболевания, как аденома предстательной железы в сочетании с бронхиальной астмой или хроническим бронхитом.

Причиной возобновления заболевания у данных пациентов могло послужить не только вышеуказанные сопутствующие заболевания, но и попадание глубжележащих тканей в интерпозицию во время выполнения герниопластики. Для исключения данного недостатка необходимо восстанавливать поперечную фасцию (рис. 2).

Для ее восстановления, при наложении глубоких швов, кроме объединенного сухожилия захватывается верхняя часть поперечной фасции с оставлением ее свободного лоскута. Затем прошивается гребенчатая связка и подвздошно-лобковый тяж или паховая связка. Нижний лоскут поперечной фасции остается свободным. Далее на свободные края поперечной фасции накладываются узловые швы. В латеральной части пахового промежутка сухожильный край поперечной мышцы сшивается с подвздошно-лобковым тяжом

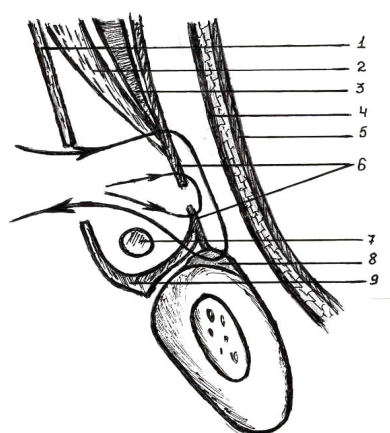


Рис. 2. Схема сагиттального разреза через медиальную часть пахового промежутка (1 – апоневроз наружной косой мышцы живота; 2 – внутренняя косая мышца живота; 3 – поперечная мышца живота; 4 – подсерозная оболочка; 5 – брюшина; 6 – края рассеченной поперечной фасции; 7 – семенной канатик (круглая связка матки); 8 – гребенчатая связка; 9 – паховая связка).

и глубокой частью паховой связки. Завязывать лигатуры начинают с медиальной части. При этом интерпозиции в сшиваемых тканях не возникает. Заявленный способ применен у 14 больных с двусторонними паховыми грыжами. К настоящему времени ни у одного из пациентов рецидив не выявлен.

Полученные результаты показывают, что разработанный способ одномоментного устранения двусторонних паховых

грыж, с восстановлением поперечной фасции, с анатомической и функциональной точки зрения является физиологически оправданным. При его применении количество рецидивов снизилось до 2%, что позволяет рекомендовать разработанную герниопластику к широкому применению в клинической практике.

B.P.Filenko, L.V.Kun, O.V.Voronina

SURGICAL TREATMENT OF THE BILATERAL INGUINAL HERNIAS

Saint-Petersburg, Russia

The analysis of results of surgical treatment of 316 patients with bilateral inguinal hernias which were on treatment in clinic of surgical illnesses №2 SPbGMA named after I.I. Mechnikov is carried out, during the period with 1980 on 2003. The way of one-stage elimination of bilateral hernias with plastic repair own fabrics (the copyright certificate on the invention № 2161924 from 2001; the decision on delivery of the patent for the invention № 2004112721\14 from 26.04.04.). The remote results of surgical treatment are investigated at 289 patients. 55 patients hernias were eliminated in two stages, 184 in one stage suggested ways. The comparative analysis of the received results has shown, that one-stage elimination inguinal hernias from two parties, restoration transverse section fascia have allowed to reduce amount of repeated bout up to 2 %.

© В.А.Филов, А.М.Беркович, 2006.

В.А.Филов, А.М.Беркович

НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ОЛИПИФАТ (ЛИГФОЛ)

*ГУ НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова (Санкт-Петербург), фармацевтическая фирма Лигфарм (Москва)
Россия*

Аннотация

Олипифат получают из лигнина путем щелочного гидролиза в условиях высокой температуры и давления и последующей многоступенчатой обработки продукта реакции. Технология запатентована в России, США, странах ЕЭС, Южной Кореи и др., а препарат исследован на многие виды биологической активности. При отсутствии любых проявлений токсичности в терапевтических дозах Олипифат обладает репаративными свойствами, является адаптогеном с мощным стресс-корректорным действием, в эксперименте проявил противоопухолевые свойства и эффект на гепатит С. Под названием Лигфол он применяется в ветеринарии; закончены его клинические испытания с положительным эффектом в онкологической клинике.

Ключевые слова: Олипифат, Лигфол, адаптоген, репаративное действие, противоопухолевое действие, гепатит С.

E-mail: konkovsa@list.ru

Исходным сырьем для получения Олипифата является лигнин. Будучи веществом высокомолекулярным лигнин сам по себе в воде не растворим и биологически инертен. Однако в результате его щелочной обработки образуются продукты с существенно меньшей молекулярной массой; они весьма разнообразны, подчас растворимы и могут обладать различного рода биологической активностью. Среди них основными являются гуминовые вещества – сложная смесь высокомолекулярных и полифункциональных соединений алициклической, гидроароматической, ароматической и гетероциклической природы, замещенных разной длины алкильными цепями как нормального, так и изостроения, включающие неопределенные связи с различными функциональными группами [2]. Нами отработана технология получения Олипифата, включающая щелочной гидролиз лигнина в условиях высокой температуры и давления, последующую многоступенчатую обработку продукта реакции, стабилизацию пирофосфатом натрия, отмывку и др. Технология запатентована в России, США, странах ЕЭС, Южной Кореи и др., а препарат исследован на многие виды биологической

активности.

Олипифат относится к малотоксичным соединениям. Для мышей при внутримышечном его введении $LD_{50} = 930$ мг/кг, $LD_{16} = 490$ мг/кг, МПД = 400 мг/кг; для крыс – $LD_{50} > 500$ мг/кг. Олипифат исследован в острых, повторных и хронических опытах и кроме мышей и крыс на морских свинках, кроликах и собаках. Установлено, что в дозах 100 мг/кг и несколько более (терапевтические дозы для животных) препарат не влияет на кроветворение и состояние периферической крови, не вызывает повреждений органов животных, в том числе печени и почек, деятельности сердечно-сосудистой системы [4]. Специальные виды токсичности – иммунотоксичность, аллергенные свойства, генотоксичность, репродуктивная токсичность, мутагенность, канцерогенность – отсутствуют [5]. При клинических исследованиях в условиях онкологической клиники Олипифат также не обнаружил токсических и каких либо побочных эффектов.

Препарат проявил много полезных свойств, в том числе серьезные репаративные возможности. В этом направлении проделано несколько независимых исследований [3]. Опыты