

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

Смирнов А. Н., Аль-Машат Н. А., Голованев М. А., Залихин Д. В., Маннанов А. Г., Тихомирова Л. Ю., Холостова В. В., Чундокова М. А., Чирков И. С.

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Пластика обширных дефектов передней брюшной стенки после консервативного и оперативного лечения ее врожденных пороков развития остается одной из наиболее остро стоящих проблем в хирургии детского возраста. Отличительным моментом вентральных грыж у детей является то, что внутренние органы, находящиеся в грыжевом мешке, никогда не имели своего вместилища в брюшной полости, которая у большинства пациентов недоразвита. Частота данной нозологии относительно врожденных пороков этой анатомической области невелика, однако имеет прямую корреляцию с ними [1, 5].

В настоящее время пока не решены такие вопросы, как выбор метода коррекции грыжевого дефекта в зависимости от степени висцероабдоминальной диспропорции, а также применение в качестве закрытия биологического тканевого имплантата на основе поперечно-связанных коллагеновых волокон, лишенных клеточных структур «Pectasol» [2, 3].

Вентральные грыжи разделяют по величине: 1) на небольшие, при которых дефект в апоневрозе не превышает 10 см; 2) большие – с дефектом свыше 10–12 см; 3) гигантские – более 15 см. Пользование этой классификацией затруднено в связи с тем, что кишечные петли часто фиксированы к передней брюшной стенке и выяснить размеры дефекта апоневроза у значительной части детей удается только на операции [4]. Однако наиболее принципиальным моментом является определение критерия впра-

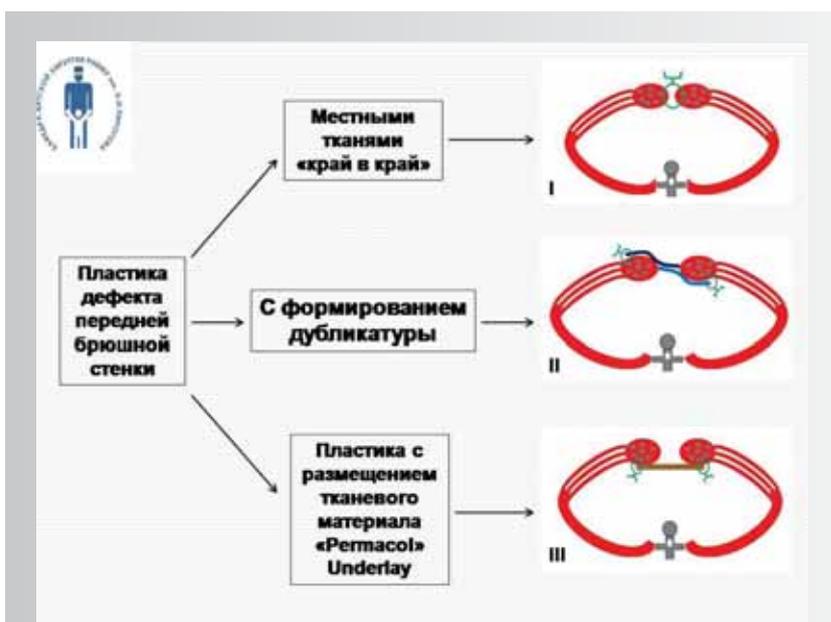


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

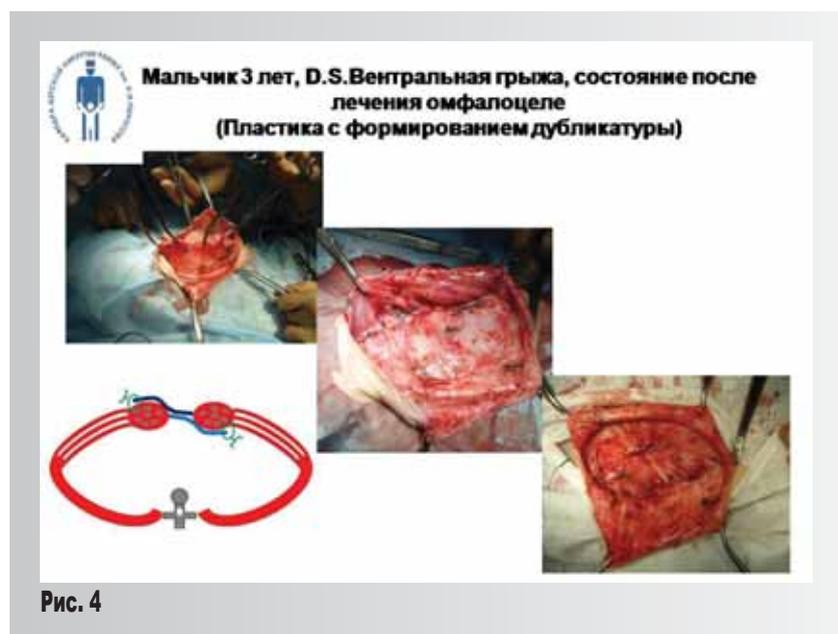


Рис. 4

вимости грыжи, а также степень компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательных систем. С этой целью всем детям с обширными дефектами передней брюшной стенки перед плановым оперативным лечением в нашей клинике проводятся в обязательном порядке ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости с доплерографией магистральных сосудов.

В настоящее время разрабатывается метод определения коэффициента степени висцероабдоминальной диспропорции с помощью мультиспиральной компью-

терной томографии как наиболее информативный, после которого определяется оптимальный метод коррекции дефекта передней брюшной стенки.

Большинством авторов признается, что отклонения таких параметров, как частота сердечных сокращений, ударный и минутный объем сердца, артериальное давление, измеряемое как на верхних, так и на нижних конечностях, изменение частоты и глубины дыхания более чем на 15–20% от исходных значений при погружении грыжевого содержимого, не позволяют выполнить закрытие дефекта местными тканями. У этих детей оптимальным решением проблемы является пластика передней брюшной стенки с размещением тканевого материала «Permacol» по типу Underlay.

В этой работе представлены некоторые аспекты пластики дефектов передней брюшной стенки у детей на 3-х клинических примерах: местными тканями (край в край), с формированием дубликатуры апоневротического растяжения и пластики с размещением тканевого материала «Permacol» по типу Underlay (рис. 1).

Пластика передней брюшной стенки, местными тканями (рис. 2). Девочка И., 8 лет, оперирована в периоде новорожденности по поводу гастрошизиса. В отдаленном послеоперационном периоде сформировалась вентральная грыжа. При осмотре на передней брюшной стенке по средней линии определяется деформирующий рубец, диастаз прямых мышц живота в поперечнике 7,0 см, последние представлены в виде умеренно выраженных мышечных валиков. Учитывая отсутствие висцероабдоминальной диспропорции, решено провести пластику местными тканями. Проведен разрез кожи, окаймляющий старый рубец, последний иссечен. Вскрыта брюшная полость. Выявлен умеренный спаечный процесс, проведен адгезиолизис. Подкожно-жировая клетчатка вместе с кожей отсепарованы, выполнена пластика передней брюшной стенки местными тканями.



Рис. 5



Рис. 6

Пластика обширного дефекта с формированием дубликатуры (рис. 3). Мальчик, 3 года, в периоде новорожденности ребенку проводили консервативное лечение омфалоцеле больших размеров, в результате чего сформировалась искусственная вентральная грыжа. Интраоперационно послойно вскрыта брюшная полость, в которой выявлен умеренный спаечный процесс. Максимально атравматично по периметру

грыжевого мешка отсепарованы кожные лоскуты. Учитывая наличие висцеро-абдоминальной диспропорции, решено выполнить реконструкцию передней брюшной стенки с формированием дубликатуры (рис. 4). Представлен вид ребенка до операции и через 2 недели после пластики (рис. 3).

Пластика с размещением тканевого материала «Permacol» по типу **Underlay**. Мальчик, 1 год 6 мес, оперированный в периоде новорожденности по поводу омфалоцеле больших размеров по методике Гросса с формированием искусственной вентральной грыжи. При осмотре определялся грыжевой дефект размерами 20×18 см, грыжевое содержимое не поддавалось вправлению в брюшную полость. Произведена срединная лапаротомия по старому рубцу, выявлено крайне интимное сращение всего грыжевого мешка с правой долей печени. Ввиду слабого развития прямых мышц живота, а также значительного натяжения тканей, было принято решение выполнить пластику передней брюшной стенки с применением тканевого имплантата «Permacol», из которого выкроен лоскут соответствующего размера, подшит к мышечным валикам по типу Underlay (рис. 5). Представлен результат оперативного лечения спустя 5 месяцев (рис. 6). Вентральная грыжа устранена.

Таким образом, как показывают данные литературы и собственные клинические наблюдения, все больные с обширными дефектами передней брюшной стенки нуждаются в комплексном предоперационном

обследовании с целью определения оптимального метода пластики. По нашим наблюдениям, которые совпадают с мнением ряда авторов, с целью профилактики рецидива вентральной грыжи и получения высокой степени косметического результата необходимо максимально возможное восстановление всех анатомо-функциональных структур передней брюшной стенки.