

Длительное время такие больные считались неоперабельными но с совершенствованием техники радикальных методов оперативного лечения в течении последних десятилетий привело к определенному успеху. Увеличение процента радикально оперированных больных, что произошло за счет внедрения расширения ГПДР и ПДР, внедрения различных методов декомпрессии желчных путей. Данная работа показывает, что значительный процент больных переживает рубеж 1 и 2 лет. Несмотря на, казалось бы, низкую 5-летнюю выживаемость, лечение таких больных должно иметь место с последующим совершенствованием техники как самого оперативного вмешательства, так и ведения послеоперационного периода.

### Литература

1. Блохин Н.Н. в соавт., 1982, Патютко Ю.И. 1994.
2. Патютко Ю.И. 1994.
3. Трапезников Н.Н., Двойрин В.В. 1990.

## СПОСОБ ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

*А.А.Смирнов, В.М.Воронин, И.А.Шестаков*  
Кафедра общей хирургии БелГУ

Пупочные грыжи у взрослых, по данным статистики, составляют от 5% [Воскресенский Н.В., Горелик С.Л., 1965] до 12% [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1990] от всех оперированных наружных грыж живота и по частоте занимают 3-е место после паховых и послеоперационных. Тенденция к учащению пупочных грыж может быть обусловлена возрастом количества тучных людей, а также расширением показаний к хирургическому лечению этой категории больных. В основе возникновения пупочных грыж у взрослых лежит, с одной стороны, дефект анатомического строения пупочного кольца, с другой – факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и растяжение передней брюшной стенки, из которых наибольшее значение имеют беременность и ожирение. В самом начале развития хирургии пупочные грыжи из-за сложности и опасности операции подвергались хирургическому вмешательству лишь при ущемлении, а для неущемленных форм конструировали различные, подчас весьма сложные, бандажи. И в наши дни многие хирурги предпочитают не оперировать пожилых тучных больных, особенно если у них имеются сопутствующие заболевания, хотя именно у них наиболее часто наблюдаются такие осложнения грыжи, как ущемление и спаечная непроходимость в грыжевом мешке.

Существует ошибочное мнение, что лечение пупочных грыж – уже решенный вопрос, а применяемые рутинные оперативные вмешательства обеспечивают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. Количество рецидивов не имеет тенденции к уменьшению и составляет 15–20%, а при больших грыжах – 30–40% [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1983; Шпаковский Н.И. 1983; Корнилаев и соавт. 1987; Alvarez P. et al., 1984], что заставляет искать новые пути уменьшения последних.

Нами предложен и применен на практике новый способ пластики грыжевых ворот при пупочных грыжах непрерывным двухрядным, с использованием элементов П-образного, швом рассасывающейся нитью, соединяющего апоневроз в виде дубликатуры (положительное решение на изобретение №006472 от 19.03.2001г.). По заявленной методике прооперировано 56 больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении №2 муниципальной городской клинической больницы №1 г.Белгорода, из них 48

женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 74 лет. Прототипом нового способа пластики является уже известная пластика грыжевых ворот по Мейо.

Целью нашей работы явилось создание надежного сопоставления тканей с сохранением эластических свойств апоневроза, не нарушающего кровоснабжение последнего в зоне пластики, исключающего повреждение тканей нитью в виде расслаивания в послеоперационном периоде. Это достигается тем, что, во-первых, сшивают листки апоневроза рассасывающейся нитью, во-вторых, П-образные швы являются непрерывными, в-третьих, второй ряд шва продолжают той же нитью, в-четвертых, за счет отсутствия фиксации каждого фрагмента шва становится возможным смещение нити относительно апоневроза, что предупреждает расслаивание последнего при повышении внутрибрюшного давления.

Начальный этап операции при пупочной грыже до этапа пластики грыжевых ворот производится по обычной методике с учетом этиологических факторов грыжеобразования. Пластику грыжевых ворот начинаем непрерывным швом рассасывающейся нитью, например «Полисорб», при этом отступаем, например 2,0-2,5 см (11) от латерального края грыжевых ворот с наружной поверхности верхнего листка апоневроза и прошиваем с выколом на внутреннюю поверхность верхнего листка. Затем отступаем, например, 1,0-1,5 см (12) от края нижнего листка апоневроза и прошиваем с выколом снаружи во внутрь и выколом изнутри наружу нижнего листка с шагом, например, 1,0-1,5 см (13). Следующим этапом прошиваем верхний листок с выколом с внутренней поверхности и выколом на наружную поверхность верхнего листка с шагом (13) и отступаем (11) от края последнего. Завязываем узел и сшиваем листки апоневроза в той же последовательности с шагом (13) до противоположного края грыжевых ворот (рис.1).

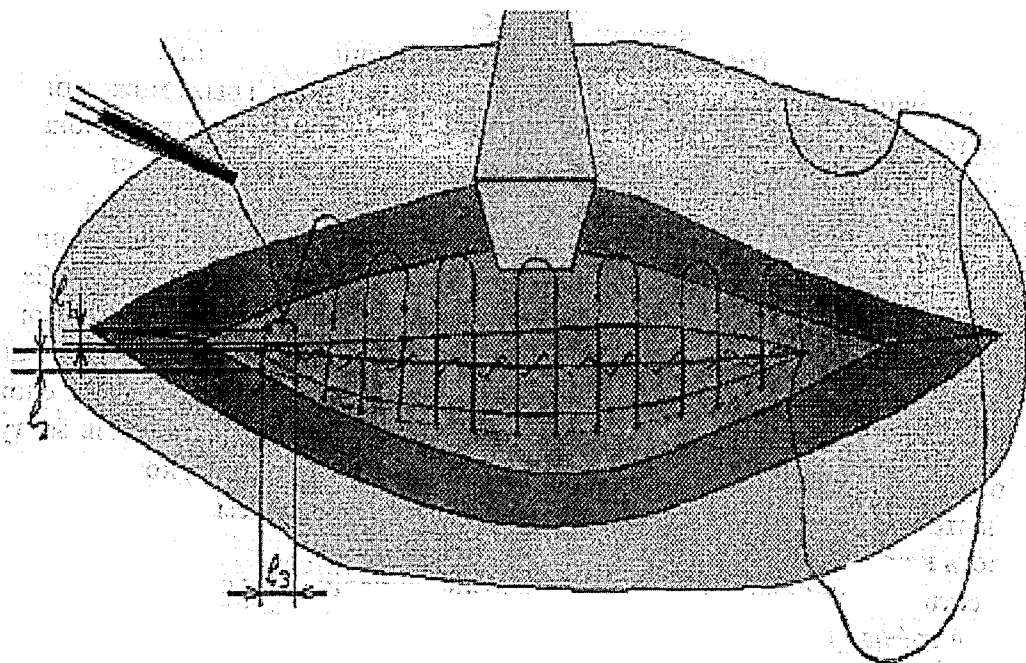


Рис. 1. Методика выполнения первого ряда шва  
(описание в тексте)

Не завязывая узла, продолжаем той же нитью второй ряд шва (рис.2).

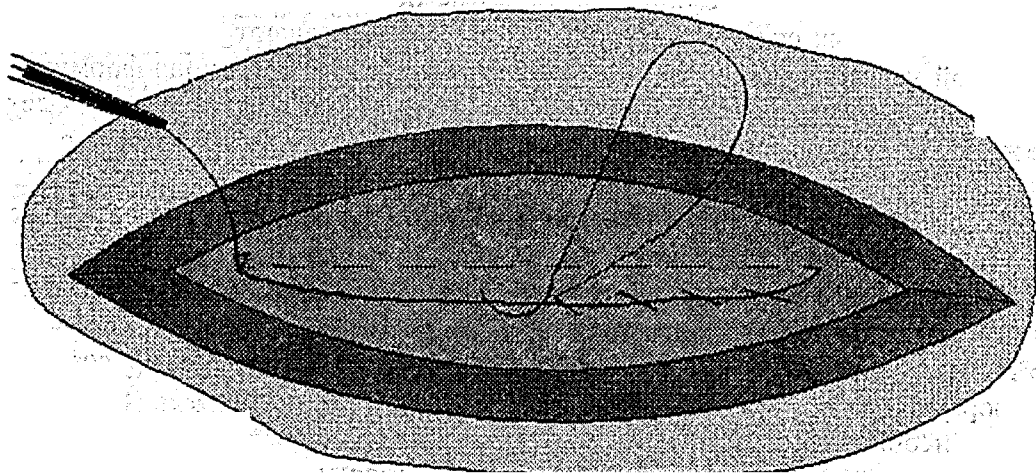


Рис. 2. Методика выполнения второго ряда шва (описание в тексте)

При этом отступаем, например, 0,5см (14) от края верхнего листка апоневроза и прошиваем последний снаружи во внутрь. Затем отступаем, например, 1,5-2,0см (15) от первого ряда шва и прошиваем нижний листок апоневроза с вколом снаружи во внутрь и выколом изнутри наружу. При этом захватываем, например, 0,5см (16) нижнего листка и продолжаем шов с шагом, например, 1,0см (17) в той же последовательности до места первого вкола, причем удерживаем нить в постоянном натяжении во время всей пластики грыжевых ворот. Затем связываем концы нити между собой (рис.3).

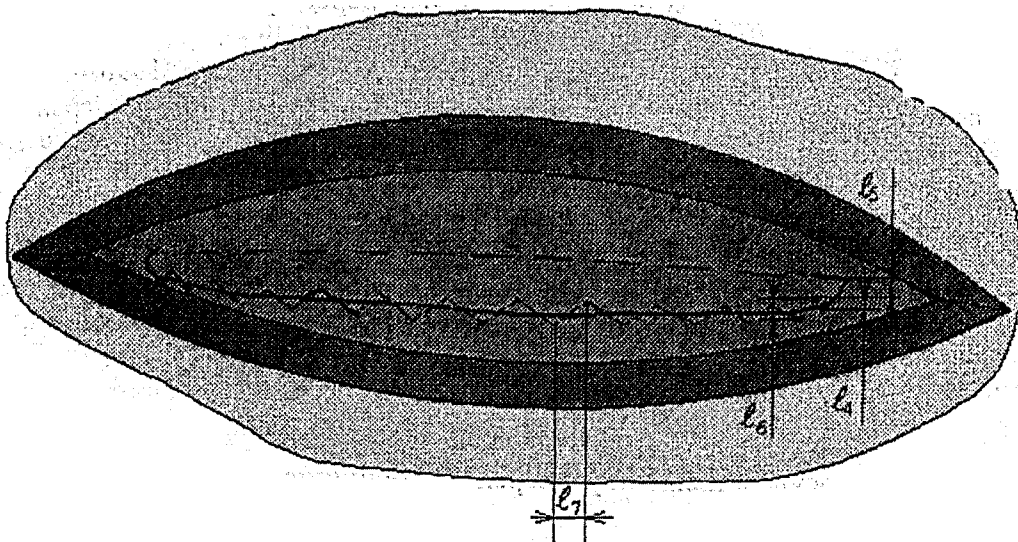


Рис. 3. Окончательный вид пластики с размерами второго ряда шва

Операцию заканчиваем дренированием раны. У больных старческого возраста необходимо использовать нити с более длительным сроком рассасывания (например «Биосин», или «Монокрил»), так как у этого контингента больных значительно снижены регенераторные способности тканей и требуется более длительное присутствие нити в тканях.

Послеоперационное ведение больных ничем не отличается от такового при использовании традиционных способов пластики: больные соблюдают «охранительный» режим физической нагрузки и ношение бандажа в течение всего периода формирования послеоперационного рубца. Наблюдение за больными ведется в течение 1,5 лет – образование послеоперационной («рецидивной») грыжи не наблюдается ни у одного больного.

Таким образом, использование при оперировании пупочных грыж предложенной методики позволяет:

- избежать таких осложнений, встречающихся при использовании синтетической нити, как гранулемы и лигатурные свищи;
- не нарушать кровоснабжение апоневроза в зоне пластики, что способствует наилучшему формированию рубцовой ткани;
- создать необходимую для укрепления шва дубликатуру апоневроза;
- нити работать как «пружине», за счет непрерывности шва, не расслаивая апоневроза;
- позволяет «рубцу» апоневроза формироваться в более выгодных условиях.

### Литература

1. Грубник В.В., Лосев А.А. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоровья, 2001.
2. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. – М.: Медпрактика. – М., 2002г.
2. Егиев В.Н., Бвьянов В.М., Удотов О.А. Хирургический шов. – М.: Медпрактика, 2001г.
3. Заболоцкий П. Описание грыж. – СПб., 1855. – 217с.
4. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – М.: Медицина, 1995.
5. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 1979.
6. Госкин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. – М.: Медицина, 1990.
7. Шалаев М.И. и соавт. Результаты лечения ущемленных наружных грыж живота // Вест. хир. – 1978. – №10.
8. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. МУНЦЭХ, КИТИС, 2000.

## АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОЛОСТИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ЧЕЛОВЕКА

*С.Л. Сперанский*

Белгородский государственный университет, медицинский факультет

Изучение анатомии полости зубов не теряет своей актуальности. Одним из факторов, определяющим интерес к данной проблеме является значительная структурная вариабельность, которая проявляется, в частности, при изучении анатомии их полости.

Получение целостного представления о строении и объеме полости зуба во всем многообразии его возрастных, половых и индивидуальных особенностей представляет интерес, как в теоретическом аспекте, так и необходимо для улучшения качества эндодонтических манипуляций в стоматологической практике.

Целью работы послужило определение закономерностей морфологии полостей постоянных резцов и клыков человека в зависимости от возраста и пола.

Материалом для работы послужили постоянные резцы и клыки верхней и нижней челюстей лиц мужского и женского пола без признаков патологических процессов,