

С.В. ШАЛАШОВ¹, Л.К. КУЛИКОВ², Ю.А. ПРИВАЛОВ², А.Л. МИХАЙЛОВ¹

ИС-ПЛАСТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД»¹,
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»²,
Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность усовершенствованного варианта ИС-пластики.

Материал и методы. Проведено исследование, в которое было включено 157 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Стандартная ИС-пластика выполнена у 81 пациента, они составили группу клинического сравнения (ГКС). Усовершенствованный вариант вышеуказанной операции использован в 76 случаях. Эти пациенты составили основную группу (ОГ).

Результаты. Установлено, что в ранние сроки после операции в ГКС осложнения возникли у 7 (8,6%) пациентов. В ОГ у 2 (2,6%) оперированных сформировались серомы, которые были излечены пункционным путем. Единичный случай нагноения отмечен в ГКС. Таким образом, при использовании менее травматичного варианта ИС-техники отмечается снижение числа послеоперационных осложнений. В ранние сроки после вмешательства в ГКС отмечались более выраженные и более длительные болевые проявления по сравнению с ОГ. В пяти случаях в ГКС наблюдались характерные боли в местах проведения через мышечно-апоневротические ткани сформированных по краям полипропиленовых сеток полосок. В ОГ указанных болевых проявлений не было. Летальных исходов не отмечено. В сроки от 1 года до 3,5 лет прослежены результаты оперативного лечения у 73 пациентов из ОГ и 75 из ГКС. Возник один рецидив в группе клинического сравнения, поздних осложнений не было. Рецидивов и осложнений в поздние сроки после вмешательства в ОГ не наблюдали.

Заключение. ИС-пластика, являясь эффективным способом лечения при послеоперационных вентральных грыжах, в течение ряда лет претерпела эволюцию. Технологические изменения ИС-пластики положительно повлияли как на результаты операции, так и на течение послеоперационного периода. Немаловажным является и уменьшение количества внедряемого в организм инородного материала по сравнению со стандартным вариантом ИС-пластики.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, лечение грыж, хирургическая сетка, мышечно-апоневротические ткани, стандартная ИС-пластика, осложнения, послеоперационный период

Methods. The study enrolled patients with postoperative ventral hernias (n=157). Standard IC-plasty was performed in 81 patients, comprising the group of clinical comparison (CCG). The advanced version of the mentioned afore surgery was performed in 76 patients. These patients formed the main group (MG).

Results. It was established that in early terms the postoperative complications occurred after the operation in 7 (8,6%) patients in the CCG. Seromas formed in 2 (2,6%) patients from MG which were accessible for puncture. A single case of suppuration was registered in CCG. Thus, the using of less traumatic version of IC-plasty is claimed to be associated with less recurrence and complication rate. In early terms more extensive and long pain manifestations had been registered after the surgery in CCG in comparing with MG. In 5 cases the specific pain was registered in the sites of strips conducting formed at the edges of a polypropylene mesh through the muscle-aponeurotic tissues in CCG. There were no similar cases and fatal outcomes in MG. In terms from 1-3,5 years period surgery outcomes were studied in 73 (MG) and in 75 (CCG) patients. One recurrence in CCG without any delayed complications was observed. In later periods after the intervention no recurrences and complications were registered.

Conclusion. IC-plasty being an effective treatment method in case of postoperative ventral hernia has been evolved over the period of years. Technological advances of IC-plasty have been demonstrated to be favorably affected on the outcomes of the operation and the incisional period. To reduce the number of foreign material inserted into the human body in comparison with standard IC-plasty is also important.

Keywords: postoperative ventral hernia, hernia repair, surgical mesh, the muscle-aponeurotic tissues, standard IC-plasty, complications, incisional period

Novosti Khirurgii. 2016 Jan-Feb; Vol 24 (1): 12-18

IC-plasty of Postoperative Ventral Hernias

S.V. Shalashov, L.K. Kulikov, Y.A. Privalov, A.L. Mikhaylov

Введение

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) до сих пор сохраняет свою актуальность. В на-

стоящее время аутопластика окончательно уступила позиции современным технологиям, основанным на применении синтетических материалов. Идеального материала до сих пор не получено, но поиск его и разработка ведутся

непрерывно [1]. Предпринимаются попытки создать и новые конструкции из сетчатых полимеров с оригинальными способами их расположения и прикрепления в тканях [2]. Современные подходы в герниологии позволили радикально уменьшить частоту рецидивов и, в большинстве случаев, обеспечить достойное качество жизни оперированных пациентов [3]. Тем не менее, полностью избежать повторных операций не удастся. Проблема рецидивов тесно связана со «сморщиванием» сетки, несоответствием размеров эндопротеза по отношению к величине дефекта брюшной стенки, а также с генетически детерминированным соотношением типов коллагена [4]. Применение синтетических материалов само по себе привело к появлению новых проблем. К ним, в частности, относят синдром хронической боли и чувство инородного тела, которые причисляют к наиболее значимым факторам снижения качества жизни оперированных пациентов [3]. Выбор метода операции до сих пор является предметом научных дискуссий [2]. Различают три основных варианта размещения сетки в тканях передней брюшной стенки: “onlay”, “inlay” и “sublay”. Для лечения послеоперационных вентральных грыж в последние годы наиболее распространена ретромускулярная или подмышечная пластика (sublay retromuscular – SRM) [5]. Способ отличает большая надежность. Количество рецидивов по разным данным составляет от 2 до 12% [6]. Возможность применять легкие сетки с большими размерами пор достоверно снижает частоту синдрома хронической боли, минимизирует чувство инородного тела [7]. Ретромускулярное размещение сетки приводит к меньшему числу сером, поскольку экссудат хорошо резорбируется мышечной тканью [8]. По мнению ряда авторов, ретромускулярная пластика представляет собой надежный, физиологически обоснованный вариант реконструкции брюшной стенки, который может в ряде случаев претендовать на роль «золотого стандарта» при лечении пациентов с вентральными грыжами [9].

ИС-пластика, которую можно отнести к вариантам ретромускулярной пластики, была предложена в 2007 году (Шалашов С.В. с соавт.) [10] и с того времени стала применяться на практике. По результатам проведенного исследования, количество рецидивов при использовании данной технологии составляет около 1% [11]. Свое название операция получила позже от известного выражения “Iron curtain” – железный занавес. В основу положен единственный принцип – использовать основное отрицатель-

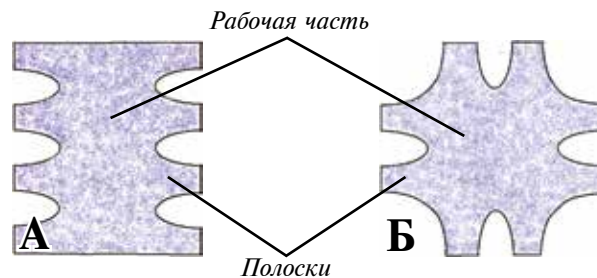


Рис. 1. Формы раскроя синтетического сетчатого протеза. А – при сводимости краев грыжевого дефекта; Б – при невозможности свести края грыжевого дефекта

ное свойство полипропиленовой сетки, а именно, ее «сморщивание», в положительном ключе. При невозможности свести края грыжевого дефекта была разработана модификация этой операции типа “inlay” при сохранении основного принципа. В ИС-пластике используются сетка с выкраенными по краям полосками шириной до 2 см каждая (рис. 1 А, Б). Центральный участок такой сетки между полосками является ее «рабочей» частью и выполняет функцию закрытия грыжевого дефекта. Изначально оба разработанных варианта операции “sublay” и “inlay” применяли для хирургического лечения грыж срединной локализации, а затем были успешно использованы и для других послеоперационных вентральных грыж. Проведенные исследования показали, что в сроки до года после операции электрическая активность мышц, через которые проходят полоски, повышается [12]. Это может говорить об увеличении функциональной способности мышц. Изучение качества жизни пациентов в отдаленные сроки после вмешательства свидетельствовали о меньшей частоте и выраженности болевого синдрома по сравнению с традиционной ретромускулярной пластикой [11].

Недостатком способа является то, что в местах прохождения полосок через мышечно-апоневротические структуры в сроки после операции до одного-двух месяцев в редких случаях могут беспокоить боли. Это всегда связано с физической нагрузкой или приданием телу вертикального положения. По нашему мнению, указанные проявления объясняются натяжением фиксирующих полосок и их давлением на ткани. В последующем болевые ощущения исчезают. Другим недостатком техники операции является тот факт, что иногда приходится локально отделять подкожную клетчатку от апоневроза для того, чтобы через прокол провести полоску сквозь мышечно-апоневротические структуры.

Цель. Оценить эффективность усовершенствованного варианта ИС-пластики.

Материал и методы

Разработанный вариант стандартной и усовершенствованной ИС-пластики и проведенное исследование одобрены этическим комитетом ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» и НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД».

Исследование носило проспективный характер. В основу его положен анализ 157 операций, выполненных у пациентов с ПОВГ с 2012 по 2014 гг. способами стандартной или усовершенствованной ИС-пластики.

Операция в стандартном виде [10] произведена у 81 пациента, которые составили группу клинического сравнения (ГКС). По усовершенствованной методике ИС-пластики прооперировано 76 пациентов, которые вошли в основную группу (ОГ).

Рандомизация пациентов осуществлена по типу случайного распределения [13]. Отбор пациентов с ПОВГ проводили по следующим критериям: лица мужского и женского пола от 18 до 80 лет, которым проводили плановое хирургическое лечение по поводу ПОВГ. Опыт оперирующих хирургов в герниологии был более 5 лет. Сроки наблюдения за пациентами после выполненных операций составили от одного года до 3,5 лет. Контрольный осмотр непосредственный. Пациентов, не отвечающих этим критериям, в сравнительный анализ не включали.

Во всех случаях пластику выполняли стандартной полипропиленовой сеткой компании «Линтекс».

В обеих группах пациенты были ранжированы по возрасту, полу, длительности заболевания, сопутствующей патологии, локализации грыжевого выпячивания, размерам грыжевых ворот и количеству рецидивов. В своей работе мы использовали классификацию J.P. Chevrel – A.M. Rath 1999 г. (SWR – classification) [14].

В группах сравнения основные факторы, определяющие исход заболевания, были распределены равномерно, что позволило уменьшить случайные влияния на результаты исследования.

Распределение пациентов по полу представлено в таблице 1. Гендерных различий между сравниваемыми группами не выявлено. В обеих группах преобладали пациенты женского пола. В ГКС – 77% женщин, 23% мужчин. В ОГ – 79% женщин, 21% мужчин. Средний возраст пациентов в ГКС составил $53,72 \pm 14,3$ года ($M \pm \sigma$), в ОГ – $50,26 \pm 14,8$ года ($M \pm \sigma$). При статистическом анализе с использованием критерия Стьюдента различия между группами по возрасту отсутствовали ($p > 0,05$).

Более половины всех грыж (57,1%) сформировались в сроки от одного года до трех лет. Длительный анамнез грыженосительства (>10 лет) имели 4,3% пациентов. Короткий анамнез (<1 года) имели 5% пациентов. По длительности заболевания группы статистически неразличимы ($p_{\chi^2} > 0,05$). Характер грыж оценивали при помощи SWR – классификации. Срединные грыжи составили 90,7%, боковые – 9,3%. Сочетания срединных и боковых грыж не наблюдали. В ГКС грыжи с шириной грыжевых ворот W_2 составили 40,7%, W_3 – 42%, W_4 – 17,3%. В ОГ соответствующие показатели были следующие: W_2 – 42,1%, W_3 – 40,8% и W_4 – 17,1%. Эти данные отражены в таблице 2. Статистически значимых различий по размерам грыжевых ворот не выявлено. Количество пациентов, впервые обратившихся по поводу данного заболевания, составило 139 (88,5%). Рецидив заболевания возник у 18 (11,5%), причем однократный рецидив перенесли 11 (7,0%) пациентов, двукратный – 5 (3,2%), трехкратный и более – 2 (1,3%). Большинство пациентов имели сопутствующую патологию, существенно повышающую риск оперативного лечения. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались больные с ожирением – 74 (47,1%), с артериальной гипертензией – 61 (38,9%) и с ИБС – 22 (14,0%) пациента. Каждый третий пациент имел два и более сопутствующих заболевания. По сопутствующим заболеваниям группы также статистически неразличимы ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Техника ИС-пластики в усовершенствованном варианте заключалась в том, что исчезла необходимость в проведении полосок через

Таблица 1

Пол	ГКС		ОГ	
	абс.	%	абс.	%
Мужчины	19	23	16	21
Женщины	62	77	60	79
Всего	81		76	
p_{χ^2}	>0,05			

Примечание: p_{χ^2} – критерий χ^2 -Пирсона

Таблица 2

Группа	Характеристика пациентов по ширине грыжевых ворот		
	W 2	W 3	W 4
ГКС (n=81)	33 (40,7%)	34 (42%)	14 (17,3%)
ОГ (n=76)	32 (42,1%)	31 (40,8%)	13 (17,1%)
p_{χ^2}	>0,05		

ткани на расстоянии 5-6 см от краев грыжевого дефекта. Достаточно 2,5-3,5 см, а это значит, что «рабочая» часть сетки может быть сужена до 5-7 см. Это существенно уменьшает количество внедряемого в организм полимерного материала. Кроме того, отпадает необходимость в дополнительном отделении подкожной клетчатки от апоневроза в местах проведения полосок. Полоски проводят сквозь жировую клетчатку. На практике стал применяться только один вариант раскроя сетки, когда полоски вырезают только с двух противоположных его краев. Верхние полоски сетки ориентируют в стороны и вверх, нижние – в стороны и вниз. Исчезла необходимость в формировании широкого ложа для сетки, что снизило травматичность вмеша-

тельства и продолжительность операции. При срединных послеоперационных вентральных грыжах мы практически отказались от пересечения сосудов при создании ретромускулярного ложа для сетки. При фиксации сетчатых полосок друг с другом они должны быть сшиты без всякого натяжения так, чтобы подшитыми полосками свободно проходили три сомкнутых пальца руки.

На рис. 2, 3 и 4 изображены этапы усовершенствованного варианта ИС-пластики. После выполнения предварительных стандартных этапов ретромускулярно формируют ложе для размещения сетчатого протеза. При помощи зажимов Микулича проводят сформированные по краям сетки полоски через мышечно-апо-

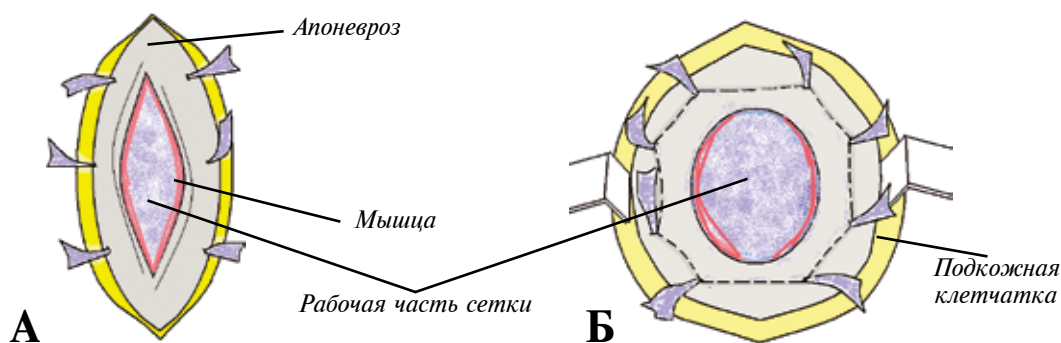


Рис. 2. Сформированные по краям сетки полоски проведены сквозь мышечно-апоневротические края грыжевых ворот А – вариант “sublay”; Б – техника “inlay”

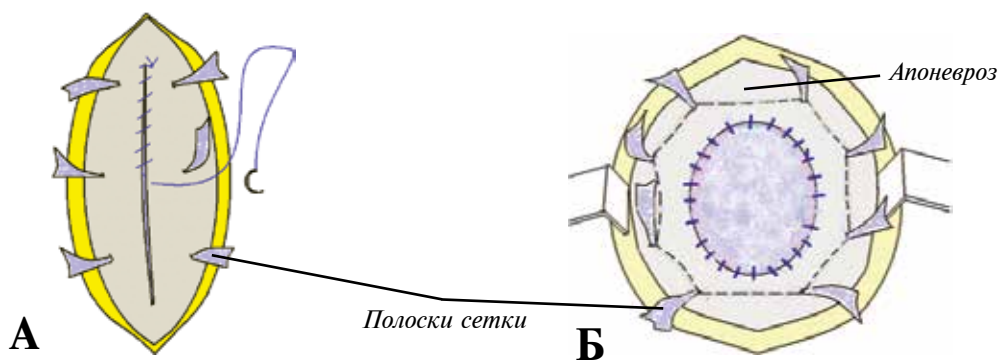


Рис. 3. Швы на края апоневроза. А – края апоневроза сшиты друг с другом (“sublay”); Б – апоневроз пришит к сетке у края грыжевого дефекта (“inlay”)

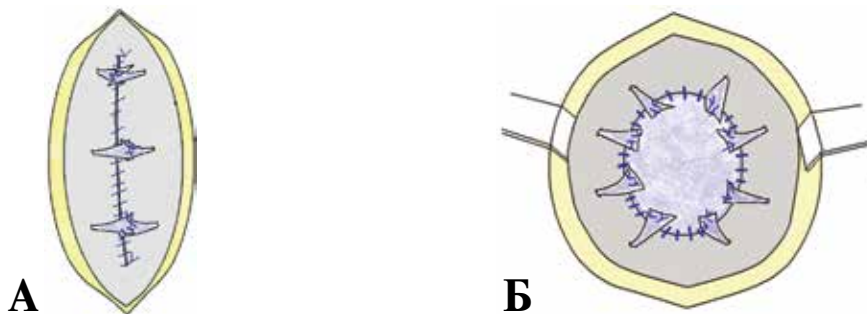


Рис. 4. Пластика закончена. А – вариант “sublay”, полоски сшиты друг с другом; Б – техника “inlay”, полоски пришиты к сетке у края грыжевого дефекта

невротические структуры сближаемых краев грыжевого дефекта в 2,5-3,5 см от них (рис. 2 А). Далее непрерывной полипропиленовой нитью сшивают края апоневроза (рис. 3 А). Полоски подтягивают до полного расправления центральной части сетки и сшивают с противоположно расположенными полосками также полипропиленовой нитью (рис. 4 А). Сшитые полоски при описанной технике уменьшают нагрузку на швы, наложенные на апоневроз. Не требуется установка дренажных трубок в околоточное пространство, так как происходит дренирование указанного пространства вдоль выкроенных сетчатых полосок в подкожную клетчатку, которую дренируют одиночным дренажом. Из рисунков следует, что при «сморщивании» сетки одновременно возникают силы, препятствующие указанному процессу. Это связано с тем, что «прорезаться» лигатуры, наложенные между частями сетки, не могут, а в местах прохождения полосок через ткани также формируется прочная рубцовая ткань. При «сморщивании» полимерного материала полоски подтягивают мышечно-апоневротические структуры, через которые они проходят, в центральное положение. Одновременно уменьшается нагрузка на рубец в месте сшитых листков апоневроза.

При невозможности полного сближения краев грыжевого дефекта используется вариант ИС-пластики типа “inlay”. Полоски проводят через мышечно-апоневротические структуры, отступив от краев грыжевого дефекта также на 2,5-3,5 см (рис. 2 Б). Далее край апоневроза подшивают непрерывной полипропиленовой нитью к сетке по всему периметру грыжевого дефекта (рис. 3 Б). Каждую из полосок после проведения ее через ткани сшивают с участком протеза у края грыжевого дефекта также полипропиленовой нитью (рис. 4 Б). Вместо раскроя, изображенного на рис.1 Б, используется первый его вариант (рис. 1 А). Пластика обладает большой надежностью и позволяет справиться практически с любой ситуацией при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах, когда сведение краев грыжевого дефекта невозможно или производится с натяжением. Следует указать, что специфические болевые проявления в местах проведения полосок сквозь

Таблица 3

Характеристика послеоперационных осложнений			
Характер осложнения	ГКС (n=81)	ОГ (n=76)	
Серома	3 (3,7%)	2 (2,6%)	
Гематома	1 (1,2%)	—	
Инфильтрат	2 (2,5%)	—	
Нагноение	1 (1,2%)	—	
Всего	абс. (%)	7 (8,6%)	2 (2,6%)

ткани краев грыжевых ворот при втором варианте операции мы не отмечали ни разу. Эффект «сморщивания» сетки через год приводит к тому, что мышечно-апоневротические структуры подтягиваются друг к другу. КТ-исследования подтверждают сказанное. Возвращение мышц в срединное положение имеет существенное значение в случаях срединных грыж.

Статистическая обработка результатов исследования произведена при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.1 (серийный номер AXXRO10E749701FA). Для сравнения достоверности различий дискретных переменных использовали критерий Пирсона χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Все осложнения в изучаемых группах носили ранний характер. Эти данные отражены в таблице 3. После выполнения ИС-пластики в стандартном варианте (ГКС) отмечено 7 (8,6%) осложнений. В ранние сроки после операции в ОГ сформировались у 2 (2,6%) пациентов серомы, которые были излечены пункционным способом. Таким образом, при использовании менее травматичного варианта ИС-техники отмечается снижение числа послеоперационных осложнений. Единичный случай нагноения отмечен в ГКС.

Летальных исходов не было. В сроки от 1 года до 3,5 лет прослежены результаты оперативного лечения у 75 пациентов из ГКС и 73 ОГ. Возник один (1%) рецидив в группе клинического сравнения (ГКС), поздних осложнений не было. Болевой синдром после операции отмечен в разной степени у всех пациентов, но после выписки сохранялся и причинял беспокойства только части больных. Эти данные представлены в таблице 4. Как видно из таблицы 4, общее чис-

Таблица 4

Характеристика болевых проявлений в послеоперационном периоде				
Способ пластики	Любые болевые проявления		Специфическая боль	
	абс.	%	абс.	%
ИС-пластика стандартная (n=75)	10	13,5	5	6,7
ИС-пластика усовершенствованная (n=73)	3	4,1	—	—
P_{12}		<0,05		

ло пациентов в ГКС, которые отмечали болевые ощущения в зоне операции после выписки, было существенно больше и составило 10 (13,5%) человек. Сроки проявления болевого синдрома — до трех месяцев. В ОГ болевые ощущения в зоне операции после выписки отмечали 3 (4,1%) пациента. Максимальная продолжительность болевого синдрома была до двух месяцев. Полученные различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). Кроме того, в ГКС в 5(6,7%) случаях имели место характерные боли в местах проведения полосок, выкроенных в сетках, через мышечно-апоневротические структуры. Разница в результатах также оказалась статистически достоверной ($p < 0,05$).

Обсуждение

По данным литературы, используемая для лечения послеоперационных вентральных грыж ИС-пластика отличается большой надежностью. Форма сетки и характер ее фиксации создают механизм, препятствующий ее сморщиванию и снимающий нагрузку на швы, наложенные на апоневротические ткани. Количество рецидивов прослеживается на уровне 1%. Усовершенствованный вариант вышеназванной операции сохраняет все ее преимущества в плане надежности. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что модифицированный вариант ИС-пластики для случаев сведения краев грыжевого дефекта обладает рядом преимуществ по сравнению со стандартной техникой. Операция менее травматична, для размещения сетчатого материала она требует существенно меньшего по размерам ложа. Указанное обстоятельство ведет к сокращению числа осложнений (2,6% по сравнению с 8,6%). В послеоперационном периоде выявлено меньшее количество клинически значимых случаев болевых проявлений в зоне оперативного вмешательства (4,1% по сравнению с 13,5%). Это достоинство усовершенствованной технологии объясняется следующим рядом факторов: снижением объема вмешательства, коррекцией характера фиксации, сокращением размеров используемой сетки. Немаловажным обстоятельством является и сам фактор уменьшения количества внедряемого в организм инородного материала.

Выводы

1. Усовершенствованный способ ИС-пластики при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыжах существенно избавлен от недостатков ее стандартного варианта.

2. Усовершенствованный способ ИС-пластики подразумевает снижение объема и травматичности вмешательства, а также уменьшение количества внедряемого в организм инородного материала.

3. Модификация способа ИС-пластики привела к уменьшению количества послеоперационных осложнений, снизилась выраженность и длительность послеоперационных болевых проявлений в зоне оперативного воздействия.

**Конфликт интересов отсутствует.
Финансовой поддержки от производителей
сетчатых протезов авторы не получали.**

ЛИТЕРАТУРА

1. Bringman S, Conze J, Cuccurullo D, Deprest J, Junge K, Klosterhalfen B, et al. Hernia repair: the search for ideal meshes. *Hernia*. 2010 Feb;14(1):81-87. doi: 10.1007/s10029-009-0587-x.
2. Паршиков ВВ, Петров ВВ, Ходак ВА, Самсонов АА, Романов РВ, Градусов ВП, и др. Современные технологии в хирургии грыж передней брюшной стенки. *Соврем Технологии в Медицине*. 2009;(1):32-38.
3. Паршиков ВВ, Петров ВВ, Романов РВ, и др. Качество жизни пациентов после герниопластики. *Мед Альм*. 2009;(1):100-103.
4. Klinge U, Binnebösel M, Rosch R, Mertens P. Hernia recurrence as a problem of biology and collagen. *J Minim Access Surg*. 2006 Sep;2(3):151-54.
5. Vichová B, Oravský M, Schnorrer M. Scar hernia repairs using a mesh—the sublay technique. *Rozhl Chir*. 2008 Mar;87(3):138-40. [Article in Slovak]
6. Schumpelick V, Junge K, Rosch R, Klinge U, Stumpf M. Retromuscular mesh repair for ventral incisional hernia in Germany. *Chirurg*. 2002 Sep;73(9):888-94. [Article in German]
7. Schumpelick V, Klinge U, Rosch R, Junge K. Light weight meshes in incisional hernia repair. *J Minim Access Surg*. 2006 Sep;2(3):117-23.
8. Schumpelick V, Klinge U, Junge K, Stumpf M. Incisional abdominal hernia: the open mesh repair. *Langenbecks Arch Surg*. 2004 Feb;389(1):1-5.
9. Kurzer M, Kark A, Selouk S, Belsham P. Open mesh repair of incisional hernia using a sublay technique: long-term follow-up. *World J Surg*. 2008 Jan;32(1):31-6; discussion 37.
10. Шалашов СВ, Михайлов АЛ, Усольцев ЮК, Егоров ИА. Способ пластики при послеоперационных вентральных грыжах. Патент Рос. Федерации 2366367. 10.09.2009.
11. Куликов ЛК, Буслаев ОА, Михалевич МИ, Шалашов СВ, Привалов ЮА, Собонович ВФ, и др. Качество жизни у пациентов, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж. *Новости Хирургии*. 2014;22(3):286-95.
12. Куликов ЛК, Буслаев ОА, Шалашов СВ, Смирнов АА, Михайлов АЛ, Егоров ИА, и др. Хирургическое лечение обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж. *Новости Хирургии*.

2013;21(2):37-44.

13. Петри А, Сэбин К, ред. Наглядная статистика в медицине. Леонов ВП, пер. с англ. Москва, РФ: ГЭОТАР-МЕД; 2003. 144 с.

14. Korenkov M, Paul A, Sauerland S, Neugebauer E, Arndt M, Chevrel JP, et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts' meeting. *Langenbecks Arch Surg.* 2001 Feb;386(1):65-73.

Адрес для корреспонденции

664013, Российская Федерация,
г. Иркутск, ул. Образцова, д. 27,
НУЗ «Дорожная клиническая больница
на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД»,
хирургическое отделение.
тел. моб.: +7(950) 069-35-67,
e-mail: Sersha62@gmail.com,
Шалашов Сергей Владимирович

Сведения об авторах

Шалашов С.В., к.м.н., врач-хирург хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД».

Куликов Л.К., д.м.н., профессор кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования».

Привалов Ю.А., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования».

Михайлов А.Л., врач-хирург хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД».

Поступила 25.11.2015 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Организационный комитет и Белорусская ассоциация хирургов
имеют честь пригласить Вас принять участие в работе
XXVII ПЛЕНУМА ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
И РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
который состоится в соответствии с планом Министерства Здравоохранения
3-4 ноября 2016 года в г. Молодечно**

Основные программные вопросы.

- Диагностика, хирургическая тактика и лечение различных видов кишечной непроходимости
- Закрытые и открытые травмы груди и живота
- Новое в хирургии

Планируется издание сборника материалов Пленума, в который будут включены работы, содержащие результаты собственных исследований. Прием материалов **до 10 сентября 2016 года**. Оргкомитет оставляет за собой право определять возможность публикации материалов.

Контакты:

220096, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Уборевича, д. 73;
1-я кафедра хирургических болезней БГМУ; УЗ «10-я ГКБ» г. Минска
Тел./факс: (017) 340-04-54;
e-mail: bel_surgery@tut.by; plenum.2016@yandex.ru

Информация о ходе подготовки пленума и требования к печатным материалам будет публиковаться на сайте БАХ – <http://www.bsmu.by/page/8/3649/>, а также на сайте журнала «Новости хирургии» <http://www.surgery.by>.