

УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Д.Н. КАМИЛОВА², А.С. БАБАЖАНОВ¹, Г.К. АХМЕДОВ¹, А.С. ТОИРОВ¹, Х.Б. КУРБАНОВ¹

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ҚОРИН ЁН ДЕВОРИ МИОФАСЦИАЛ ДЕФЕКТЛАРИДА ГЕРНИОПЛАСТИКА УСУЛЛАРИНИ ЯХШИЛАШ

Д.Н. КАМИЛОВА², А.С. БАБАЖАНОВ¹, Г.К. АХМЕДОВ¹, А.С. ТОИРОВ¹, Х.Б. КУРБАНОВ¹

1 - Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд;

2 – Тошкент педиатрия медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

IMPROVEMENT OF GERNIOPLASTIC TACTICS IN MYOPHASCIAL DEFECTS OF THE SIDE WALL

D.N. KAMILOVA², A.S. BABAJANOV¹, G.K. AHMEDOV¹, A.S. TOIROV¹, H.B. KURBANOV¹

1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мазкур мақола текширув асосида 2011-2016 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг торако-абдоминал хирургия ва урология бўлимларида даволанган 54 нафар беморларнинг клиник натижалари кузатишган. Шулардан 46 нафарида люмботомик, 2 нафарида миофасциал ва 6 нафарида лапароскопик операциялар бажарилган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳ беморларига герниопластика ва абдоминоластика, назорат гуруҳи беморларига маҳаллий тўқималар билан герниопластика бажарилган. Иккала гуруҳ беморларида опеарциялар натижалари қуйидаги кўрсаткичларга асосан таққосланган: турли операциядан кейинги асоратларнинг кам учраши, беморларда операциядан кейинги чурра рецидиви камайиши.

Калит сўзлар: қорин ён чурралари, люмботомик кесма, герниопластика, аллоластика, абдоминоластика.

This article explores the observation of the clinical results of the 54 patients treated with thoraco-abdominal surgery and urology departments on the basis of the Samarkand city medical Association in 2011-2016. Of these, 46 patients produced lumbotomies, 2 myofascial and 6 patients in laparoscopic operations. All patients were divided into two groups. The main group of patients with hernioplasty and tummy tuck, patients in the control group produced hernia repair with local tissues. And the group's attention to the comparison of the results of operations for the following parameters: various postoperative complications are rare, the reduction of recurrence in patients with postoperative rehabilitation.

Key words: myofascial defect, lumbotomic incision, hernioplasty, hernioplasty, abdominoplasty.

Актуальность. Лечение больных с послеоперационными грыжами живота (ПОГ) является одной из актуальных проблем современной хирургии в связи с распространенностью данной патологии и сохраняющимися неудовлетворительными результатами лечения. Общее количество пациентов с ПОГ остается достаточно большим, составляя 3-7% всего населения [2,6,10].

Частота образования и вероятность возникновения различных послеоперационных миофасциальных дефектов зависит от многих факторов: способа и хирургической техники ушивания послеоперационной раны [4,7,9], сопутствующих заболеваний, возраста и веса больного. Особо важное значение играет течение послеоперационного периода - осложнения в послеоперационной ране, в том числе нагноения; адекватность физической активности пациентов в послеоперацион-

ном периоде. Необходимо отметить, что процент образования ПОГ выше после оперативных вмешательств, выполненных по срочным и экстренным показаниям [3,4].

Не меньшее значение играет локализация хирургического доступа, а также его длина. Грыжи после аппендэктомии формируются в 0.7% случаях, после подреберного доступа в хирургии печени и желчевыводящих путей – в 4.8-31.3% случаях [1,7]. При боковых и пояснично-боковых доступах миофасциальные дефекты формируются более часто: до 49 % [1,4,8]. Из них более 33% являются послеоперационные грыжи [2,5,7]. Наиболее часто грыжи такой локализации образуются в подвздошных и поясничных областях, а также в подреберьях, когда для доступа к органам брюшной полости и забрюшинного пространства применяется принцип не косо-переменного раз-

единения мышц, а их рассечение перпендикулярно ходу мышечных волокон.

Выше указанный принцип усугубляет травматичность этих доступов, поскольку восстановление непрерывности мышечных волокон затруднено, в связи с тем, что сократительная сила мышц в несколько раз превышает силу и прочность фасциальных футляров, покрывающих эти мышцы, а в сочетании с возможным и зачастую неизбежным пересечением при боковых и пояснично-боковых доступах нервов и сосудов, питающих мышечно-апоневротические структуры боковой и пояснично-боковой области, способствует развитию различных миофасциальных дефектов [1,5,8].

Цель исследования: улучшить результатов хирургического лечения миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области.

Материалы и методы исследования. Наш клинический материал состоит из результатов лечения 54 пациентов, оперированных в хирургических и урологических отделениях Самаркандского городского медицинского объединения с 2011 года по 2016 года. Из них 28 (51,9%) женщины и 26 (48,1%) мужчины. Возраст больных колебался от 21 до 70 лет, средний возраст пациентов составил 54 года. По характеру хирургического доступа распределение пациентов имеет следующий вид: 46 (85,2%) больные оперированы из люмботомического доступа, 2 (3,7%) - из межмышечного доступа и 6 (11,1%) - из лапароскопического доступа.

Все больные обследованы комплексно с применением стандартных методов исследования (ЭКГ, УЗИ и ультрасонография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости, лабораторные исследования и измерение внутрибрюшного давления в динамике). Всем больным при проводилась антропометрия, включающая измерение роста, массы тела, вычисление индекса массы тела (ИМТ). Некоторым больным с грубыми ПОГ проведена морфологическое исследование тканей, которое позволяют объективно оценить анатомо-функциональное состояние мышечно-апоневротических структур брюшной стенки и определить адекватный объем, а также характер оперативного вмешательства.

Для оценки сопутствующей патологии и компенсаторных возможностей организма привлекали соответствующих специалистов. Особое внимание уделяли состоянию сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем. У 22 пациентов (40,7%) наблюдались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония и ишемическая болезнь

сердца). Патологические изменения легких (хронический бронхит) выявлены у 3(5,5%) пациентов. Патологические изменения эндокринной системы - сахарный диабет и ожирение – выявлены у 2(3,7%) и 15 (27,8%) пациентов, соответственно, при этом у 4 (7,4%) пациентов выявлено ожирение 3 ст. и наличие больших размеров кожно-жирового фартука – ИМТ более 35. Сосудистые заболевания (варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность) выявлено у 5(9,3%) пациентов.

Больные распределены на две группы. Основную группу составили 33 (61,1%) больных, им проводилось герниопластика дополненной аллопластикой, и контрольная группа – 21 (38,9%) больных. Им произведено грыжесечение с аутоканями. При наличии отвислого живота с послеоперационным миофасциальным дефектом боковой и пояснично-боковой локализации оперативное вмешательство дополнено абдоминопластикой.

В нашей работе мы использовали Международную Мадридскую классификацию вентральных грыж по Chevrel J.P., Rath A.M., (SWR — classification, XXI Международный конгресс герниологов в Мадриде 1999 г.), которая включает в себя локализацию грыжи (M, L), ширину грыжевых ворот (W) и частоту рецидивов (R).

У 37 (68,5%) больных миофасциальный дефект имел правостороннюю локализацию, у 17 (31,5%) больных – левостороннюю локализацию. По локализации миофасциального дефекта: у всей больной грыжи локализовались в боковой и пояснично-боковой области (L). По вправимости грыжевого выпячивания: у 44 (81,5%) больных грыжа была вправимая, у 2 (3,7%) больного – невправимая, и у 8 (14,8%) больных – частично вправимая. По ущемлению: ущемленных грыж не выявлено. Для уточнения размеров и определения вида миофасциального дефекта предпочтение отдавали данным, полученным при КТ и УЗИ. 35 (64,8%) больные оперированы по поводу рецидивной грыжи (R), 34(62,9%) пациентам из них ранее герниопластика произведена местными тканями, а 1 (1,8%) больной оперирован с применением полипропиленовой сетки).

Наличие асимметрии живота удалось выявить у 42 (77,8%) пациентов; Из них слабо выраженная асимметрия живота выявлена у 12 (22,2%) больных, умеренно выраженная асимметрия живота – у 25 (46,3%), выраженная асимметрия живота – у 5(9,3%); при оценке размеров выпячивания в области перенесенной операции у большинства пациентов – 43(79,6%) – выявлены грыжи средних размеров (W1-W3), у 4(7,4%) больных выявлены миофасциальные дефекты больших размеров (W4); относительно сроков появления этих патологических изменений абсо-

лютное большинство из них – 39 (72,2%) больных – отмечена появления асимметрии живота, либо грыжевого выпячивания в течение первого года после операции, лишь 1 пациент отметил, что у него грыжа выявлена хирургом поликлиники при плановом осмотре спустя 2 года после перенесенной операции.

Этап протезирующей герниопластики заключалось следующем: после обратотки операционного поля выраженный кожно-жировой фартук, излишки кожи и подкожного жирового слоя большого размера удалено с использованием окаймляющего поперечного разреза вместе со старым послеоперационным рубцом.

При наличии грыжевого мешка (выявлен у 21 (38,9%) пациентов) последний выделяли. Если грыжевой мешок был вскрыт или имел большие размеры его резецировали, а затем брюшную полость ушивали, в противном случае ограничивались погружением грыжевого мешка вовнутрь.

У больных в основном группе на следующем этапе послойно отсепааровывана наружные и внутренние косые мышцы, а также поперечная мышца и фасция. Причем необходимо отсепааровать и выделить миофасциальные структуры боковой стенки живота в пределах всей анатомической области: от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости и от спигелевой (параректальной) линии до продольных мышц спины и поясничных мышц.

Затем грыжевой мешок погружена, над грыжевым мешком ушита поперечная фасция и мышца, а также внутренняя косая мышца живота. На следующем этапе операции поверх внутренней косой мышцы живота фиксировано полипропиленовый эксплантат: от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости и от спигелевой линии до продольных мышц спины и поясничных мышц по принципу «tension-free». Применяли полипропиленовые эксплантаты фирмы «Surgipro» («Auto Suture», США). Следует учесть, что, если полипропиленовый эксплантат не захватывает всю анатомическую область боковой стенки живота, высока вероятность рецидива грыжи вне области расположения и фиксации указанного эксплантата. В надсеточное пространство устанавливали дренаж по Редону, который выводили через контрапертуру. Затем ушивали наружную косую мышцу. Рану послойно ушивали.

А больным контрольной группы произведена аутопластика местными тканями.

Основные результаты и их обсуждение.

При изучении частоты формирования послеоперационных миофасциальных дефектов у пациентов, перенесших различные оперативные доступы по поводу заболеваний почек и мочеточников получены следующие данные.

При непосредственной оценке и оценке результатов лечения в отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 6 мес. до 3 лет не выявлено ни одного рецидива грыжи у больных в основной группе. Также не выявлено миграции или сморщивания сетчатого эндопротеза и других послеоперационных осложнений.

У пациентов контрольной группы, выявлено несколько местных послеоперационных осложнений, как нагноение послеоперационной раны – в 3 (14,3%) случаях, рецидивы грыж – у 4 (19%) пациентов. Летальных случаев не было.

Большинство из оперированных пациентов отметили значительное улучшение как с точки зрения функционального состояния брюшной стенки в целом, что выражается в возможности более адекватного выполнения физического труда, так и удовлетворительный косметический эффект, проявляющийся в полной или значительной ликвидации деформации живота. Качество функционально-косметических изменений было прямо пропорционально срокам проведения оперативного лечения.

Выводы:

1. Миофасциальные дефекты боковой и пояснично-боковой локализации после операций люмботомического доступа образуются до 49% случаев. При использовании межмышечного и лапароскопического доступа данные дефекты встречаются редко.

2. Ультрасонография, рентгеновская компьютерная томография и антропометрия, а также морфологическое исследование тканей, дополняя друг друга, позволяют объективно оценить анатомо-функциональное состояние мышечно-апоневротических структур брюшной стенки и определить адекватный объем, а также характер оперативного вмешательства.

3. Аллопластическое герниопластика миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области позволяет значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения этих пациентов, позволяя при этом достичь адекватного функционально-косметического эффекта.

4. В случае наличия у пациента с послеоперационным миофасциальным дефектом боковой и пояснично-боковой локализации отвислого живота оперативное вмешательство целесообразно дополнять абдоминопластикой.

5. Применение данного аллопластического способа ликвидации миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области позволяет обеспечить хорошие функционально-косметические результаты в отдаленном послеоперационном периоде с восстановлением адекватной функции брюшного пресса в целом.

Литература:

1. Белоконев В.И. и соавт. «Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж» // Вестник хирургии. 2004. № 5. С. 23-27.
2. Егиев, В. Н. «Современное состояние и перспективы герниологии» / В. Н. Егиев // Герниология. 2006. № 2(10). С. 5-10.
3. Жебровский В.В. «Хирургия грыж живота» / В.В. Жебровский. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 384 с.
4. Житников Г.В., Брехов Е.И. и соавт. «Оценка частоты образования миофасциальных дефектов пояснично-боковой локализации у больных, перенесших операции на органах мочевыделительной системы из люмботомического доступа» // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. Материалы I Международной конференции «Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии». 2008. - Т.3, № 2(1). – С. 104-105.
5. Тимошин А.Д. и соавт «Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров». Вестник герниологии. 2004: 120-126.
6. Azamat S., Zafarjon K., Salim D. Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity //European science review. – 2016. – №. 3-4.
7. Azamat S., Salim D. Factors influencing the choice of hernia repair method in patients with incisional hernias //European science review. – 2017. – №. 1-2.
8. Millikan K.W. «Incisional hernia repair» / K. W. Millikan. – Surgery Clin. – 2003. – V. 83. – P. 1223–1224.
9. Shamsiev A. M., Davlatov S. S. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением //Шпитальна хірургія.

Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2016. – №. 1.
10.Shiffhsan M.A., Muratati S. (Eds) «Aesthetic surgery of abdominal wall», 2005.

**УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ
ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ
МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ
БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА**

Д.Н. КАМИЛОВА², А.С. БАБАЖАНОВ¹,
Г.К. АХМЕДОВ¹, А.С. ТОИРОВ¹,
Х.Б. КУРБАНОВ¹

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье изучаются наблюдения клинических результатов 54 пациентов лечившиеся торако-абдоминал хирургии и урологических отделениях на базе Самаркандского городского медицинского объединения в 2011-2016 годы. Из них у 46 пациентам произведена люмботомические, 2 миофасциальные и 6 пациентам лапароскопические операции. Все пациенты были разделены на две группы. Основная группа больных с герниопластикой и абдоминопластикой, пациентами контрольной группы произведена герниопластика с местными тканями. В обеих группах к сравнению результатов операций для следующих параметров: различные послеоперационных осложнений встречаются редко, снижение рецидивов у больных с послеоперационной реабилитацией.

Ключевые слова: миофасциальные дефекты, боковая грыжа, люмботомический доступ, герниопластика, аллопластика, абдоминопластика.