

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОД- И НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

О.Р. ТЕШАЕВ, Х.А. ХОЛОВ, И.Б. ХАЙИТОВ, Э.М. ДАДАЖОНОВ,
Ж.Ш. БОБОМУРОДОВ, Э.У. САЙЛИЕВ

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛИ БЕМОРАРДА ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ АПОНЕВРОЗ ОСТИ ВА УСТИ АЛЛОПЛАСТИКАСИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

О.Р. ТЕШАЕВ, Х.А. ХОЛОВ, И.Б. ХАЙИТОВ, Э.М. ДАДАЖОНОВ,
Ж.Ш. БОБОМУРОДОВ, Э.Ў. САЙЛИЕВ

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

COMPARATIVE ASSESSMENT OF SUB-LAY AND ON-LAY METHODS OF ALLOPLASTICS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

O.R. TESHAEV, Kh.A. KHOLOV, I.B. HAYITOV, E.M. DADAJONOV,
J.Sh. BOBOMURODOV, E.U. SAYLIEV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада операциядан сўнгги вентрал чурраси бўлган 96 беморда қорин олд девори аллопластикасининг икки усули қиёсланган. Юқорида айтиб ўтилган беморларни ўрганиб чиққандан кейин биз қуйидаги хулосага келдик: аллоплантантни апоневроз остига ўрнатиш афзалроқ. Бу маҳаллий асоратлар сонини бирмунча камайтиради, госпитализация вақтини, операциядан сўнгги эрта ва кечки реабилитация вақтини қисқартиради. Протезни апоневроз усти пластикаси билан ўрнатиш усули захирада бўлиши ва фақат протезни апоневроз ости пластикаси билан ўрнатиш имкони бўлмаганда қўллаш тавсия этилади.

Калит сўзлар: *чурра, чурра кесиш, аллопластика, полипропилен сетка.*

Current article provides comparative assessment of two methods of front abdominal wall alloplasty (sub-lay and on-lay). Study group consists of 96 patients with postoperative ventral hernias. After surveillance, we have come to a conclusion that it is preferable to place mesh under aponeurotically. It allows significantly reduce the number of local complications as well as hospital stay and both early and late follow up - care. On-lay method of using allotransplantant upper aponeurotic fixation should become a second priority and should be conducted on the basis of strict prescription in case when sub - lay placement of the prosthesis is impossible or difficult.

Key words: *hernia, herniotomy, alloplastic, polypropylene prosthesis.*

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой абдоминальной, реконструктивной и косметической хирургии. Разнообразие используемых традиционных способов грыжесечения, а также, появление новых методов и применение различных сетчатых протезов диктуют необходимость алгоритма выбора оптимальной операции для конкретного больного. [Тутов А.С., 2006; A.Jezupovs., M.Mihelsons., 2007; Борисов А.Е., 2008; Кустов А.Е., Головин Р.А., 2010г.]

В настоящее время существует три основных варианта расположения протеза при пластике послеоперационной грыжи передней брюшной стенки. При надапоневротической методике, или «on-lay» производится сшивание дефекта апоневроза край в край, а затем поверх шва укладывается протез (для этого подкожная жировая клетчатка отсепаровывается на 5-6 см в

каждую сторону) и подшивается к апоневрозу. Подапоневротическая (ретромускулярная и предбрюшинная) методика, или «sub-lay» заключается в том, что края апоневроза после фиксации протеза к брюшине или к задней стенке влагалища прямых мышц живота сшиваются между собой край в край. Под методикой «in-lay» понимается пластика дефекта брюшной стенки протезом (частично или полностью) без его закрытия тканью апоневроза. Этот вариант применяется в основном в тех случаях, когда свести края грыжевых ворот невозможно или опасно из-за возможности развития сердечно-легочных осложнений, связанных с уменьшением объема брюшной полости, особенно у пациентов с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями. [Chevrel J.P., Rath A.M. 2000., Siragusa G., Geraci G., 2000., Долгатов К.Д. 2002; Тутов А.С., 2006.]. Нами проанализирован срав-

нение двух методик пластики передней брюшной стенки: над - и подапоневротические, поскольку в обоих случаях дефект апоневроза ушивается край в край.

Ранее считалось, что наиболее предпочтительным является способ надапоневротической фиксации полипропиленового протеза. Эта методика проста, однако ей присущ ряд недостатков, которые могут привести к увеличению количества раневых осложнений. Мы считаем, что с точки зрения частоты развития послеоперационных осложнений абсолютно безопасен и более физиологичен способ «sub-lay». При данной методике отсутствует необходимость мобилизации краев апоневроза, которая в свою очередь может приводить к микроциркуляторным нарушениям в тканях и формированию достаточно большой остаточной полости. В настоящее время в мировой практике "золотым стандартом" считается рандомизированное контролируемое исследование с двойным или тройным "слепым" контролем. Оно относится к так называемому I классу исследований, результаты которого не вызывают сомнений. Мы провели оценку результатов не только ретроспективного, но и двойного слепого рандомизированного исследования, воспользовавшись методом конвертов, при котором участники рандомизированно распределялись по группам. Все больные до операции были предупреждены о том, что метод аллопластики будет выбран во время операции. Пациенты имели право сами выбирать метод лечения, либо отказаться от участия в исследовании. В наших исследованиях таких случаев не возникало. У всех больных в предоперационном периоде применяли компрессию передней брюшной стенки при помощи эластического бандажа, что способствовало не только уменьшению остаточной полости, но и созданию условий компенсаторного механизма снижения

внутрибрюшного давления. Все пластики выполнялись сетчатыми полипропиленовыми протезами фирмы «Эсфил», «Линтекс» и «Polymesh». В качестве шовного материала использовался полипропилен. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную терапию VI поколения и противовоспалительную терапию, а также применялись эластичные бандажи.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 105 больных с послеоперационными вентральными грыжами, госпитализированных в хирургические отделения городской клинической больницы № 1, которая является на базе ТМА (кафедра хирургических болезней для ВОП) за период с 2010 г по 2013 годы. Из 96 больных 8 (8.3%) случаев проведены операции в экстренном порядке, а 88 (91.7%) больным операции проведены в плановом порядке. У всех была выполнена грыжесечение с протезной аллопластикой. Период грыженосительства составлял от 1 года до 20 лет.

Из них 65 (67.7%) женщин и 31 (32.3%) мужчин, средний возраст составило $56,5 \pm 1,7$ лет. В зависимости от размещения эндопротеза больные разделены на 2 группы: надапоневротические - 67 случаев и подапоневротические – 29 наблюдений (табл.1).

В 1-ю группу вошли 48 женщин и 19 мужчин, средний возраст которых составило $57,2 \pm 1,5$ лет, во 2-ю-17 женщин и 12 мужчин, средний возраст у которых- $55,7 \pm 1,9$. Для клинической характеристики грыж использовали классификацию Shevrel-Rath (1999). Наши исследования показали, что размеры грыжевого дефекта составляли от 5 до 35 см. У всех 96 больных при этом MW-1 обнаружены у 5 (5.2%) больных, MW-2-у 42 (43.7%) больных, MW-3- у 31 (32.2%), грыжи MW-4- у 18 (18.7%). (табл. 2).

Таблица 1.

Метод аллопластики	Мужчины		Женщины	
	n=31	32,3%	n=65	67,7%
On-Lay	19	19,7%	48	50,0%
Sub-Lay	12	12,6%	17	17,7%

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от размеров грыжевого выпячивания и способа пластики

Способ фиксации протеза	Грыжа				Всего
	MW-1 n=5	MW-2 n=42	MW-3 n=31	MW-4 n=18	
Методика «On-Lay»	3 (3.1%)	29 (30.2%)	22 (23 %)	7 (7.3%)	67 (69.7)
Методика «Sub-Lay»	2 (2.1%)	13 (13.5%)	9 (9.3%)	11 (11.4%)	29 (30.3%)

Таблица 3.

<i>Сопутствующие заболевания</i>	<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>	
	<i>«On-Lay»</i>	<i>«Sub-Lay»</i>	<i>«On-Lay»</i>	<i>«Sub-Lay»</i>
<i>Гипертоническая болезнь</i>	8	3	9	5
<i>Сахарный диа- бет</i>	-	1	2	-
<i>Ожирением раз- личной степени</i>	6	2	9	4
<i>Всего</i>	n=14	n=6	n=20	n=9

Таблица 4.

<i>Вид осложнения</i>	<i>Аллопластики с методом «On-Lay»</i>	<i>Аллопластики с методом «Sub-Lay»</i>	<i>Всего</i>
<i>Длительная экссудация</i>	3 (3.1%)	-	3
<i>Серома</i>	2 (2.1%)	1 (1.04%)	3
<i>Гематома в ране</i>	2 (2.1%)	1 (1.04%)	3
<i>Нагноение</i>	2 (2.1%)	0 (0%)	2
<i>Итого</i>	9 (9.4%)	2 (2.08%)	11

В ходе предоперационного обследования у 49 больных были выявлены сопутствующие заболевания. В 25 (51.0%) случаях это была гипертоническая болезнь, нередко сочетающаяся с хронической ишемической болезнью сердца. Сахарный диабет была обнаружена в 3 (6.1%) случаях, и 21 (42.9%) пациентов страдали ожирением различной степени (табл. 3).

В предоперационном периоде у всех пациентов исследовали функцию внешнего дыхания. Существенного различия между группами не наблюдалось.

Таким образом, обе группы пациентов были практически одинаковы по возрасту и полу, размерам грыж, характеру сопутствующих терапевтических заболеваний, что доказывает их сопоставимость, а следовательно, результаты проведенного рандомизированного исследования достоверны и не должны вызывать сомнений.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивались по количеству общих и местных осложнений в ближайшем послеоперационном и результатам исследования в отдаленном послеоперационном периоде. Хорошим результатом считалось отсутствие рецидива грыжи и жалоб, связанных с выполненной герниопластикой, удовлетворительным - отсутствие рецидива грыжи, но сохранение жалоб, связанных с протезирующей операцией, не удовлетворительным - рецидив грыж.

Местные осложнения имели место у 11 больных.

В первой группе у 3 (3.1%) больных наблюдалась длительная экссудация из раны, в 2 (2.1%) случаях сформировалась серома, у 2 (2.1%) - гематома послеоперационной раны и у 2 (2.1%) больных мы отметили нагноение послеоперационной раны. Во второй группе у 1 (1.04%) больного сформировалась серома, у 1 (1.04%) случаи гематома послеоперационной раны (табл. 4).

Таким образом, после надапоневротических пластик осложнений было значительно больше, чем после пластик с подапоневротическим размещением протеза.

Нами было изучено результаты послеоперационного периода в сроки от 5 месяцев до 3-х лет у 96 больных. Хорошие результаты получены у 84 (87.5%), удовлетворительные у 11 (11.4%) больных и рецидив грыжи выявлен у 1 (1.9%) пациента после надапоневротической пластики. Нами отдаленные результаты не изучены.

На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что сетчатый протез предпочтительно располагать подапоневротически. Это позволяет значительно снизить количество местных осложнений, сократить сроки госпитализации и реабилитации больных как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Пластика с надапоневротической фиксацией протеза должна стать резервной и выполняться только по строгим показаниям при невозможности подапоневротического располо-

жения протеза. Сопутствующие заболевания и избыточная масса тела не должны являться абсолютными противопоказаниями к операции, необходима лишь тщательная подготовка таких больных.

Всем больным оперированным по поводу вентральной грыжи, необходимо проведение антибактериальной терапии, а также ношение эластического бандажа в послеоперационном периоде для компрессии и создания физиологического «покоя» раны.

Исходя из выше изложенного следует прийти к выводу, что использование индивидуально- и дифференцированного подхода к хирургическому лечению послеоперационных вентральных грыж и профилактика послеоперационных осложнений является залогом успеха любой методики грыжесечения и позволяет получить хорошие результаты лечения, сократить сроки пребывания в клинике и реабилитации таких больных.

Литература:

1. Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В., Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вестн хир 2008; 6: 76-78.
2. Тутов А.С., Особенности раннего и отдаленного послеоперационного периода при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 189-192.
3. Гузеев А.И., Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов. Хирургия. 2006; 12: 38-40.
4. Махнев А.В., Еремин А.А., Зуев В.Ю. и др. Использование синтетических сетчатых аллотрансплантатов в хирургии больших и гигантских грыж живота. Современные технологии в общей хирургии. Материалы конференции. М 2001; 99.
5. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А., Использование сетки из пролена при пластике грыж передней брюшной стенки. М. 2001.
6. Кузин Н.М., Долгатов К.Д. Современные методы лечения больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вестн хир 2002; 5: 107-110.
7. Тимошин А.Д. с соавт.; Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Анналы хирургии 2005. – Т. 164, №3. – С. 85–87. 8.
8. Евсеев М.А., Кустов А.Е., Головин Р.А., Лазаричева Н.М. «Выбор лечебной тактики у пациентов старших возрастных групп с послеоперационными вентральными грыжами». «Московский хирургический журнал», 2010г., №4, С. 3-7.
9. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall Hernia.- 2000.- Vol.4, 1.- P.1-7.
10. A.Jezupovs, M.Mihelsons. The analysis of infection after polypropylene mesh repair of abdominal wall hernia. World journal of surgery. 2007. - Vol.31, №2. - P.446.
11. Siragusa G., Geraci G., Guzzino M., Modica G., Bazan P. Ventral hernia surgery. Minerva Chir. 2000. Mar; 55(3):p. 189-194.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОД- И НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

О.Р. ТЕШАЕВ, Х.А. ХОЛОВ, И.Б. ХАЙИТОВ,
Э.М. ДАДАЖОНОВ,
Ж.Ш. БОБОМУРОДОВ, Э.У. САЙЛИЕВ

Ташкентская медицинская академия, Республика
Узбекистан, г. Ташкент

В статье проведено сравнение двух методик аллопластики передней брюшной стенки (над- и подапоневротическая) у 96 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Проанализировав вышеизложенные, мы пришли к выводу, что сетчатый протез предпочтительно располагать подапоневротически. Это позволяет значительно снизить количество местных осложнений, сократить сроки пребывания в клинике и реабилитации больных, как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Пластика с надапоневротической фиксацией протеза должна стать резервной и выполняться только по строгим показаниям при невозможности подапоневротического применения протеза.

Ключевые слова: *грыжа, грыжесечение, аллопластика, полипропиленовая сетка.*