

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

С.А. РУЗИБОЕВ, К.Р. ТАГАЕВ, Н.А. АЛЛАБЕРДИЕВ, Х.Ж. САМИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. В статье проанализированы результаты лечения 85 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки, которым выполнены аутопластические и аллопластические (методике «onlay» и «sublay») операции. Исследования показали, что применение аллопластических методик пластики передней брюшной стенки позволяет повысить эффективность хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, снизить число рецидивов, улучшить качественные характеристики течения послеоперационного периода.

Ключевые слова: грыжи живота, рецидив, аллопластика.

RESULTS OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE AND RECURRENT HERNIAS OF THE FORWARD BELLY WALL

S.A. RUZIBOYEV, K.R. TAGAYEV, N.A. ALLABERDIYEV, H.G. SAMIYEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Resume. The Results of treatment of 85 patients with postoperative and recurrent hernia of anterior abdominal wall have been analyzed in the article. The Patients underwent autoplasic and alloplastic («onlay» and «sublay» technique) operations. Investigations showed that employment of alloplastic methods of anterior abdominal wall plasty makes it possible to increase efficacy of surgical treatment of postoperative and recurrent hernia of anterior abdominal wall, to decrease the number of recurrences, to improve qualitative features of postoperative period course.

Key words: abdominal hernias, recurrence, alloplastik.

Актуальность. В настоящее время послеоперационная грыжа рассматривается не только как изолированный патологический процесс брюшной стенки и брюшной полости, а в большей степени как самостоятельное полиэтиологическое и комплексное заболевание с нарушением функций внутренних органов, ухудшением деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, изменением взаимодействия мышечно-апоневротических образований брюшной стенки, дистопией органов живота, выраженными косметическими дефектами [3, 11].

Несмотря на появление в арсенале хирургов большого числа способов оперативной коррекции, огромных технических возможностей, хирургическое лечение послеоперационных рецидивных и многократно рецидивирующих вентральных грыж до сих пор находится в ряду самых важных проблем абдоминальной, реконструктивной и пластической хирургии [2, 10, 13]. Грыжи живота встречаются у 3-7% населения, при этом заболеваемость составляет более 50 случаев на 10 000 человек [2].

Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж неуклонно возрастает. По данным разных авторов, они возникают после 2-15% всех лапаротомий [4, 11]. Составляя до 25% в общей структуре грыж живота, послеоперационные грыжи в настоящее время прочно удерживают второе место после паховых [5, 8]. Оперативные вмешательства по устранению послеоперационных вентральных грыж составляют около 10% от всех хирургических операций в стационаре [5].

Все существующие хирургические способы герниопластики условно можно разделить на две большие группы: 1) методы пластики с использованием местных тканей (аутопластические операции); 2) методы с использованием дополнительных пластических материалов (аллопластические операции) [4, 11].

На современном этапе развития герниологии сформировано четкая позиция о недостаточной надежности аутопластических методик при отсутствии дифференцированного подхода к их применению [1]. Эффективность использования этого вида пластики брюшной стенки находится в прямой зависимости как от

величины грыжевых ворот, так и от структурного и функционального состояния сшиваемых тканей. Так, при пластике обширных и гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж рецидивы достигают 40-63,4%, при пластике небольших и средних грыж частота рецидивов не превышает 25%. Наиболее оправдано использование аутопластики при малых грыжах, на что указывает низкий процент рецидивов (до 5-12,1%) [11].

Аллопластические методики, которые технически различаются по вариантам расположения сетчатого имплантата по отношению к мышечно-апоневротическим структурам передней брюшной стенки, так же не всегда обеспечивают безрецидивный результат лечения и полное восстановление функциональной активности мышц брюшного пресса [6].

Расположение сетчатого протеза поверх выполненной аутопластики (методика «onlay») вследствие широкой отслойки подкожножировой клетчатки с пересечением большого количества лимфатических и кровеносных капилляров приводит к длительному выделению серозной и лимфатической жидкости, частому формированию сером и гематом, что в ряде случаев является причиной развития гнойно-воспалительных раневых осложнений [11]. Ряд авторов категорично относят методику «onlay» к разряду патогенетически необоснованных и функционально нерациональных, с высоким риском образования «подпротезных рецидивных грыж» [7, 8]. Этот метод рекомендуют применять только при невозможности анатомической дифференцировки измененных тканей брюшной стенки [10].

Техника «sublay» предусматривает размещение протеза под апоневрозом и является в настоящее время методом выбора [4, 6]. Важным моментом этой методики является отграничение имплантата от органов брюшной полости париетальной брюшиной или большим сальником. Вместе с тем, в отдельных публикациях имеются данные о развитии массивного спаечного процесса в брюшной полости, образовании псевдокист брюшной стенки, кишечных свищей в послеоперационном периоде – как результат хронического воспаления, индуцируемого сеткой [3, 12].

Вариантом методики «sublay» является межмышечное расположение имплантата. Недостатками этого способа являются: массивная травматизация тканей брюшной стенки; высокий риск образования жидкостных скоплений в области эксплантата; длительные

болевыe ощущения после операции; риск развития грыжевых дефектов по спигелевой и дугласовой линиях; риск повреждения а.а. *epigastica superior et inferior* с развитием атрофии прямых мышц и последующим их рубцеванием [4, 11].

При невозможности ушивания грыжевых ворот протез размещают непосредственно в зоне дефекта с фиксацией его краев под апоневрозом (техника «inlay»). Наличие недостатков этой методики – высокий процент раневых осложнений, прогрессирующее нарушение функции мышц передней брюшной стенки – ограничивает ее широкое клиническое применение [6].

Цель работы. Оценить результаты применения сетчатых эндопротезов в лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты комплексного обследования и последующего хирургического лечения 85 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 17 (20,0%), женщин – 68 (80,0%). Возраст больных колебался от 25 до 74 лет. Ущемление послеоперационных грыж отмечено у 52 (61,2%) больных. В 42 (49,4%) случаев послеоперационные и рецидивные грыжи передней брюшной стенки отмечались у больных в возрасте старше 60 лет, т.е. с различными сопутствующими заболеваниями (гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, ожирение и др.). Длительность анамнеза основного заболевания составила в среднем $5,0 \pm 1,0$ года. У 57 (67,1%) больных послеоперационная грыжа возникла в течение первого года после операции. В 61,2% случаев этой операцией являлась холецистэктомия. Площадь грыжевых ворот в среднем была 145 ± 25 см² (от 50 до 300 см²).

В последние годы, мы пользуемся классификацией Chevrel J.P., Rath A.M. (SWR-classification), которая признана наиболее обоснованной на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (1999 г.). Согласно этой классификации послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам – локализации, ширине грыжевых ворот и наличию рецидива: по локализации: срединная (M), боковая (CL), сочетанная (ML); по ширине грыжевых ворот: W1 (до 5 см), W2 (5-10 см), W3 (10-15 см), W4 (более 15 см); по частоте рецидивов: R1, R2, R3, R4 и более.

Среди наших больных (М) наблюдалось в 63 случаях, (СL) – в 7, а (МL) – в 15 случаях; W3, W4 наблюдалось в 62 (72,9%) случаях; R2, R3 – в 24 (28,2%) случаях.

Более 70% грыж локализовались по передней срединной линии, что вполне понятно, поскольку большинство абдоминальных вмешательств производится из срединного доступа. Другими наиболее часто встречающимися локализациями послеоперационных грыж были подвздошная и подреберная области.

У 47 (55,9%) больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки производили надапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «onlay», у 15 (17,6%) – подапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «sublay» (основная группа), а у 23 (27,1%) больных – герниопластику с использованием местных тканей (контрольная группа).

При этом по возрасту, полу, тяжести и характеру основной и сопутствующей патологии больные обеих групп были репрезентативны.

Результаты исследования. В основе использованных нами способов пластики передней брюшной стенки лежали следующие принципы: минимальное смещение слоев передней брюшной стенки, без натяжения тканей при закрытии дефекта; отсутствие нарушений иннервации и кровоснабжения мышечных и апоневротических структур передней брюшной стенки как результат низкой травматизации тканей; принцип однородности сшиваемых тканей; сохранение адекватного внутрибрюшного давления после герниопластики в пределах физиологической нормы; создание благоприятных анатомо-физиологических условий для формирования полноценной соединительной ткани в зоне рубца.

Эффективность сравниваемых способов пластики оценивалась по времени ограничения двигательного режима и разрешения болевого синдрома, числу послеоперационных осложнений, длительности стационарного лечения, уровню рецидивов и летальности.

Наименьшая длительность ограничения двигательного режима в раннем послеоперационном периоде имело место у пациентов основной группы и составила в среднем $1,5 \pm 0,5$ суток. У больных контрольной группы она была достоверно выше – $2,5 \pm 1,5$ суток. Полное разрешение болевого синдрома отмечено на $3,0 \pm 0,5$ сутки в основной группе,

тогда как обезболивающие препараты (ненаркотические анальгетики) были отменены в контрольной группе на $5,5 \pm 1,0$ сутки.

По литературным данным ведущей причиной развития инфекционных раневых осложнений при операциях с использованием сетчатого имплантата является проникновение патогенных микроорганизмов из подкожной клетчатки по лигатурам, фиксирующим сетчатый имплантат, а к ретенционным послеоперационным раневым осложнениям (образование сером и гематом) приводит повышенная травматизация тканей в ходе выполнения пластики. У пациентов с аллопластической методикой пластики передней брюшной стенки с над- и под апоневротическим вариантом расположения сетчатого имплантата инфекционных раневых осложнений не было, а наличие сером и гематом в области послеоперационной раны отмечено в 11,8% (во всех случаях выполнено дренирование подкожной клетчатки и подапоневротического пространства по Редону). Нарушений функции дыхания (по результатам спирометрии, уровню оксигенации крови) и сердечной деятельности (по данным эхокардиографии) отмечено не было.

При пластике грыжевых ворот, выполненной с использованием местных тканей, послеоперационные раневые осложнения отмечены у 21,7% больных, при проведении дренирования – в 56,5% случаев.

Клиническое применение аллопластической методики в основной группе больных привело к достоверному снижению длительности лечения в стационаре до $8,0 \pm 0,5$ койко-дней, а у больных контрольной группы она составила $13,5 \pm 1,5$ койко-дней. Летальных исходов в обеих группах не было.

Отдаленные результаты лечения (на протяжении 6-12 месяцев) прослежены у 52 (83,9%) пациентов основной группы. Признаков рецидива заболевания не отмечено ни в одном случае. У 7 (30,4%) больных контрольной группы рецидив отмечен в сроки от 6 до 15 месяцев после оперативного лечения.

Таким образом, применение аллопластических методик пластики передней брюшной стенки позволяет повысить эффективность хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, снизить число рецидивов, улучшить качественные характеристики течения послеоперационного периода.

Выводы. Внедрение методики аллопластической герниопластики при

послеоперационных и рецидивных грыжах передней брюшной стенки позволяет не только снижать длительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, избежать послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, но и уменьшить длительность пребывания больного в стационаре.

Литература:

1. Гостевской А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть 1) // Вестник хирургии. –2007. –Т. 166. –№ 4. –С. 114-117.
2. Егиев В.Н., Чижев Д.В., Филаткина Н.В. Взаимодействие полипропиленовых эндопротезов с тканями передней брюшной стенки // Герниология. –2005. –№ 2(6). –С. 41-49.
3. Егиев В.Н. Современное состояние и перспективы герниологии // Герниология. –2006. –№ 2(10). –С. 5-10.
4. Мошкова Т.А. с соавт. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж // Вестник хирургии. –2007. –Т. 166. –№ 2. –С. 78-81.
5. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. –2007. –№. –С. 9-74.
6. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия. –2002. –№ 1. –С. 5-9.
7. Самойлов А.В., Овчарников А.Н. Протезирующая вентропластика в onlay технике // Герниология. –2006. –№ 2(10). –С. 11-13.
8. Славин Л.Е., Федоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота. М.: «Профиль», 2005. – 174 с.
9. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Издательство «Триада-Х», 2003. – 144с.
10. Чугунов А.Н. с соавт. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. – 2005. – № 4(8). – С. 35-41.
11. Ненатяжная герниопластика. Под общ. ред. А.С. Егиева. М.: Мед. практика-М. 2002. 148 с.
12. M. van Riet et al. Prevention of adhesion to prosthetic mesh: comparison of different barriers using an incisional hernia model // Ann. Surg. 2003. – Vol. 237. – № 1. – P. 123-128.
13. Rath A.M., Chevrel J. Classification of incisional hernias of the abdominal // Hernia. – 2000. – Vol. 4. – № 1. – P. 1-7.

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВА РЕЦИДИВ ЧУРРАЛАРИНИНГ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

С.А. РУЗИБОЕВ, К.Р. ТАГАЕВ,
Н.А. АЛЛАБЕРДИЕВ, Х.Ж. САМИЕВ

Самарқанд Давлат медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

Резюме. Маколада корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурралари билан касалланган 85 нафар беморнинг аутопластик ва аллопластик («onlay» ва «sublay» усули билан) операциялар оркали даволаш натижалари тахлил қилинди. Тадқиқотлар натижаси шуни курсатдики, корин олдинги девори аллопластик усули асосидаги жаррохлик амалиёти корин деворидаги операциядан кейинги ва рецидив чурраларнинг даволаш самарасини оширишини, рецидив холатлар сонининг камайишини, операциядан кейинги даврнинг сифатли кечишини курсатди.

Калит сўзлар: корин девори чурралари, чурра қайталаниши, аллопластика.