

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

В.В. Павленко

Кемеровская государственная медицинская академия

В настоящей работе обобщен опыт хирургического лечения рецидивных наружных грыж живота у 253 больных, оперированных в отделении общей хирургии ГКБ №3 г. Кемерово за период с 1994 по 2003 г. Проведено сравнение результатов лечения больных по традиционной (контрольная группа) и усовершенствованной (основная группа) индивидуализированной тактике лечения, основанной на достижениях современной герниологии. Проанализированы основные причины возврата заболевания.

В России ежегодно приходится оперировать больных рецидивными паховыми грыжами. Они составляют 11,4-23,3% всех больных, которые перенесли операции по поводу грыж живота [7, 14, 16].

В настоящее время большинство хирургов согласны с выделением в отдельную категорию «сложных» грыж. К ним чаще всего относят большие, скользящие, комбинированные, невправимые и рецидивные грыжи [2-5, 8, 10], составляющие 23-24%, а в пожилом возрасте более – 42% всех паховых грыж [6]. Это оправданно не только в силу особенностей хирургической анатомии, но и в силу значительной сложности их оперативного лечения и плохими отдаленными результатами.

Не снижается число рецидивов заболевания, наблюдаемых в 15-20%, а при «сложных» формах послеоперационных вентральных грыж достигающих 50% случаев [10, 12, 13]. Основными причинами высокого процента рецидива при герниопластике являются выраженное натяжение тканей по линии швов, обусловленное повышением внутрибрюшного давления, а также гнойные послеоперационные раневые осложнения.

Все виды герниопластики можно разделить по преимущественному использованию тех или иных тканей на аутопластические (с использованием местных тканей) и аллопластические (с применением дополнительных материалов).

Постоянный поиск «идеального» метода лечения привел к созданию большого количества различных вариантов оперативных вмешательств по поводу наружных грыж живота [3, 10, 11]. Разобраться, а тем более отдать предпочтение тому или иному способу лечения среди многих сотен порой мало отличающихся методов крайне трудно. Необходимо четкое представление об их патогенетической обоснованности. Выбор адекватного способа операции, его безукоризненное техническое исполнение возможны лишь при правильном понимании принципов лечения, выборе индивидуальной программы. Стереотипность в отношении ауто- или аллогерниопластики при всех формах наружных грыж живота поддерживает число рецидивов на стабильно высоком уровне.

За период с 1994 по 2003 г. в клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ №3 г. Кемерово оперировано 253 больных с рецидивными грыжами живота (РГЖ).

Контрольную группу с РГЖ составили 115 больных (78 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 22 до 83 лет, оперированных по традиционной тактике (1994-1997 гг.). Средний возраст больных в контрольной группе – $53,9 \pm 2,7$ года.

Основную группу с РГЖ составили 138 больных (93 мужчины и 45 женщин) в возрасте от 26 до 78 лет, оперированных по усовершенствованной тактике лечения (1998-2003 гг.). Средний возраст больных в основной группе – $57,4 \pm 2,1$ года. Распределение больных по видам грыжи представлено в табл. 1.

Традиционная тактика лечения больных с рецидивными грыжами передней

брюшной стенки базировалась на применении всего арсенала аутопластических методов лечения. При рецидивных паховых грыжах у пожилых пациентов применяли, в основном, способы герниопластики, направленные на ликвидацию пахового канала (по Постемпскому). Пациентам молодого и среднего возраста выполняли различные варианты пластики задней стенки. В 1997 г. прошел клиническую апробацию способ герниопластики по Лихтенштейну (метод «заплатки»), который мы применили у 8 пациентов. Основой усовершенствованной тактики лечения пациентов с рецидивными грыжами было широкое внедрение современных хирургических методик укрепления передней брюшной стенки «без натяжения», с использованием различных трансплантационных способов герниопластики.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида рецидивной грыжи

Рецидивные грыжи	Контрольная группа (1994-1997)		Основная группа (1998-2003)	
	абс.	%	абс.	%
Паховые	66	57,4	91	65,9
Пупочные	6	5,2	2	1,5
Послеоперационные вентральные	43	37,4	45	32,6
Всего	115	100	138	100

При рецидивных паховых грыжах пациентам пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией чаще применяли открытую трансплантационную герниопластику по Лихтенштейну. Альтернативой применения сетчатого протеза служил ксеноперикард, способы укрепления которыми задней стенки пахового канала были схожи.

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP) применялась нами при рецидивных паховых грыжах у трудоспособных больных и по социальным показаниям (нацеленность пациента на минимальный срок госпитализации и реабилитации по «экономическим причинам»). Преперитонеальную паховую герниопластику по разработанному нами методу применяли у молодых пациентов при рецидивных грыжах небольших размеров.

По традиционной тактике лечения у больных с пупочными и послеоперационными вентральными грыжами чаще применяли способы, в основе которых лежит создание дубликатуры всех слоев брюшной стенки по способам Сапежко или Мейо. При больших грыжевых дефектах редко применяли аутодермопластику по Янову. С 1996 г. больным с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами мы стали выполнять трансплантационную герниопластику с использованием полипропиленового сетчатого эксплантата фирмы «Тусо» («Auto Suture»).

По усовершенствованной тактике лечения больных с рецидивными пупочными и послеоперационными вентральными грыжами методом выбора считали герниопластику с использованием синтетического эксплантата. При относительно небольших (средних по В.Д. Федорову) грыжевых дефектах применяли аутодермопластику по Янову (табл.2).

Исходя из классификаций В.Н. Янова (1971) и В.Д. Федорова (2000) соответственно для паховых и послеоперационных вентральных грыж, распределение больных по величине грыжи представлено в табл. 3.

Таблица 2

**Распределение больных по способу пластики рецидивных
пупочных и послеоперационных вентральных грыж**

Способ пластики	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Аутопластические способы:	27	55,1	-	-
по Сапежко	12	24,5	-	-
По Мейо	15	30,6	-	-
Трансплантационные способы:	22	44,9	47	100
по Янову	9	18,4	6	12,8
герниопластика с использованием сетчатого эксплантата	13	26,5	41	87,2
Всего	49	100	47	100

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от величины грыжи

Группа	Малые	Средние	Большие	Гигантские
Контрольная (n=115)	27	36	33	19
Основная (n=138)	31	49	37	21
Всего (n=253)	58 (22,9%)	85 (33,6%)	70 (27,7%)	40 (15,8%)

Более четверти пациентов с рецидивными грыжами составили больные с многократными рецидивами заболевания (табл.4).

Таблица 4

**Количество рецидивов у больных с рецидивными грыжами
передней брюшной стенки**

Группа	Рецидив			
	однократный	двукратный	трехкратный	более 3 раз
Контрольная (n=115)	74	19	12	10
Основная (n=138)	85	24	16	13
Всего (n=253)	159 (62,8%)	43 (17,0%)	28 (11,1%)	23 (9,1%)

Большинство больных с рецидивными грыжами передней брюшной стенки имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистую патологию – 117 больных, легочную – 53; сахарный диабет – 25; избыточный вес или ожирение – 138 пациентов (54,6%). У большинства больных (66,8%) грыжи образовались после оперативных вмешательств, выполненных в экстренном порядке.

Сравнительная оценка эффективности применявшейся тактики лечения проводилась по количеству осложнений послеоперационного периода. Осложнения,

связанные с перенесенной герниопластикой, мы подразделяли на интраоперационные, гнойные раневые послеоперационные и поздние (возврат заболевания).

Из числа интраоперационных осложнений в контрольной группе при рецидивных паховых грыжах в трех случаях было отмечено повреждение ветвей а. epigastrica superficialis, в двух – повреждение элементов семенного канатика. При рецидивных послеоперационных вентральных грыжах у двух пациентов была десерозация петель тонкой кишки, потребовавшая наложения швов. В основной группе интраоперационных осложнений не было.

Гнойные раневые послеоперационные осложнения отмечены у 8 пациентов (7,0%) в контрольной группе, тогда как в основной они встречались значительно реже – у трех больных (2,2%). Достоверное уменьшение числа гнойных раневых осложнений трудно переоценить, если учесть значительное влияние нагноения послеоперационной раны на последующий возврат заболевания.

Причины снижения количества раневых осложнений в основной группе неоднозначны. Это снижение является следствием применения разработанного нами комплекса мер профилактики раневой инфекции, включающего: введение антибиотиков широкого спектра действия за 30 минут до операции, проведение региональной антибактериальной терапии на операции, введение антибиотиков широкого спектра действия в раннем послеоперационном периоде, проведение пункций экссудата в области послеоперационной раны под УЗ-контролем вместо вакуумных дренажей-Redon, ношение бандажа с первых суток послеоперационного периода.

После операции умерли двое больных в контрольной группе и один – в основной. Причинами смерти у всех больных была массивная тромбоэмболия легочной артерии. Общая послеоперационная летальность составила соответственно 1,7 и 0,7%.

Основным показателем эффективности операций при грыжах является низкий процент возврата заболевания. В отдаленном периоде (до 8 лет) рецидив грыжи в контрольной группе возник у 21 больного (29,2%), в основной группе – у 5 пациентов (5,9%). Большая часть возвратов заболевания отмечена в первые месяцы после операции. Образовавшаяся грыжа прогрессивно увеличивалась и, как правило, через год достигала больших размеров. В связи с тем, что условия рецидивирования «закладываются» во время операции и реализуются уже в раннем послеоперационном периоде, вполне объяснимым является тот факт, что основное количество рецидивов грыж наступает уже в первый год после операции. Это обосновывает необходимые сроки диспансерного наблюдения за данной категорией пациентов.

Анализ причин возврата заболевания в контрольной группе позволил выявить ряд закономерностей. Во-первых, большинство больных с рецидивом заболевания были старше 60 лет с прогрессированием инволютивных процессов в соединительной ткани. Во-вторых, фактором риска развития возврата заболевания являются размеры грыжевого выпячивания: у 65,4% больных рецидивировали грыжи больших и гигантских размеров, то есть при наличии морфологических изменений в опорных тканях передней брюшной стенки. В-третьих, мы установили существенное влияние на уровень возврата грыжи сопутствующей патологии, которая приводила к значительному повышению внутрибрюшного давления (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический колит, хронические обструктивные легочные заболевания и др.). Ее не было только у четверти пациентов с рецидивом грыжи. Кроме того, достоверное влияние на частоту возврата заболевания оказывает кратность предшествующих рецидивов: у пациентов обеих групп с однократным рецидивом заболевания возврат грыжи отмечен в 6,1% случаев, при трехкратном – в 17,6%.

Определяющим фактором развития рецидива грыжи в основной группе были

послеоперационные раневые осложнения. У всех пациентов возврату заболевания предшествовали лигатурные свищи и глубокое нагноение послеоперационной раны. Поэтому профилактика раневой инфекции – значительный резерв для снижения количества возвратов заболевания.

Снижение общего процента рецидива заболевания в основной группе пациентов было достигнуто, благодаря применению современных трансплантационных способов герниопластики. Улучшение результатов во многом предопределила рациональная, дифференцированная тактика лечения. Процент рецидива удалось снизить как при отдельных видах пластики (например, при операции по Янову при поводу рецидивной послеоперационной вентральной грыжи), так и при аутопластических способах в целом. Применяя при «простых» формах грыжи передней брюшной стенки аутопластическую герниопластику, при «сложных» рецидивных грыжах мы считаем показанными только трансплантационные способы, за исключением способа преперитонеальной паховой герниопластики полулунным параректальным доступом. Преимуществом этого метода является надежное закрытие грыжевых ворот паховой области вне зоны ранее проведенной операции. Этот способ хорошо себя зарекомендовал у молодых пациентов с рецидивными паховыми грыжами небольших размеров, что особенно важно, учитывая некоторое влияние операции на фертильную функцию мужчины по сравнению с открытыми трансплантационными методами герниопластики.

Усовершенствованная тактика лечения рецидивных грыж живота, основанная на широком применении трансплантационных способов операции, позволила существенно снизить процент возврата заболевания и добиться значительного улучшения результатов лечения. Использование современных эксплантатов обеспечило решение основной задачи герниопластики – разгрузки линии швов без повышения внутрибрюшного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Митин С.Е. и др. // *Амбулат. хир.* – 2002. – № 1 (5). – С. 36-39.
2. Булынин И.И. Наружные грыжи живота. – Ставрополь, 1968. – 232 с.
3. Воробьев В.В., Новиков К.В., Феодориди Н.К. и др. // *Амбулат. хир.* – 2002. – № 1 (5). – С. 28-32.
4. Кузнецов В.И., Барыков В.Н. // *Вестн. хир.* – 1983. – № 9. – С. 50-53.
5. Нагибин В.И., Чижов В.В. // *Хирургия*, 1992. – № 2. – С. 133-134.
6. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. // *Хирургия*, 1982. – № 8. – С. 119-123.
7. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. – Ганновер – Донецк, 2000. – 236 с.
8. Седов В.М., Тарбаев С.Д. // *Амбулат. хир.*, 2002. – № 1 (5). – С. 32-35.
9. Скутельский Н.М., Душан Д.У., Парахоняк Н.В., Соловьева Д.И. // *Хирургия*, 1982. – № 10. – С. 57-60.
10. Тоскин В.Д., Жебровский В.Е. Грыжи брюшной стенки. Изд. 2-е., перераб. и доп. – М., 1990. – 272 с.
11. Федоров В.Д., Андреев С.Д., Адамян А.А. // *Хирургия*, 1991. – №1. – С. 59-64.
12. Alvarez D., Vihaspere R., Dorronsoro L.M. et al. // *Rev. esp. Enferm. Apar. dig.* – 1984. – V. 43, No. 6. – P. 649-656.
13. Bauer J.J., Salky B.A., Gelernt G.M., Kreel I. // *Ann. Surg.* 1987. – V. 206, – No. 6. – P. 765-769.
14. Bauer K.H., Kemen M., Senkal M. // *Zbl. Chir.* – 1998. – Bd. 123. – S. 163.
15. Mudge M., Hughes L.E. // *Brit. J. Surg.* – 1985. – V. 72, No. 1. – P.70-71.
16. Rückert K. // *Zbl. Chir.* – 1998. – Bd. 123. – S. 565.