

**М.А. Топчиев, В.А. Бондарев, С.Ш. Эльдеров**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА**

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

В данной статье представлен обзор способов устранения диастаза прямых мышц живота. В результате проведенного исследования выявлены недостатки и положительные стороны существующих методик. Представлен собственный способ хирургического лечения при диастазах прямых мышц живота с изучением ближайших и отдаленных результатов.

**Ключевые слова:** *диастаз, белая линия живота, способ пластики, операция, ткани.*

**M.A. Topchiev, V.A. Bondarev, S.Sh. Alderov**

## **COMPARATIVE ASPECTS IN METHODICS OF REMOVAL OF DIASTASE IN DIRECT MUSCLES OF THE STOMACH**

The review on methods of removal of diastase in direct muscles of the stomach is presented in the article. The result of conducted research of defects and positive sides of existent methods are described. The own method of surgical treatment is presented at the oryzymes of direct muscles of the stomach with the study of the nearest and remote results.

**Key words:** *oryzyme, white line of stomach, method of the plastic arts, operation, tissues.*

Диастаз прямых мышц живота, как отдельная нозология, так и в сочетании с пупочными и грыжами белой линии живота, явление, часто встречаемое в хирургической практике [1, 3, 4]. Выполнение грыжесечения без ликвидации диастаза прямых мышц живота, часто приводит к возникновению новых грыж по ходу белой линии живота.

Из практики хирургического лечения диастаза прямых мышц живота известны множество способов устранения данной патологии. Наиболее широкое распространение получили: интраперитонеальный способ оперативного лечения, предложенный В.П. Вознесенским (1929), при котором после рассечения кожи и препаровки апоневроза вскрывают брюшную полость. Пальцами, введенными в брюшную полость, захватывают левую прямую мышцу живота, выпячивают ее в рану и на всю толщу прошивают кетгутовой нитью со стороны брюшины. Таким же образом прошивают и правую прямую мышцу живота по всей длине диастаза. В промежутке между этими швами накладывают еще ряд швов, захватывая прямые мышцы более поверхностно, а избыток апоневроза иссекают, накладывая на него непрерывный шов.

Шампионер (Schampioner) (1899) предложил экстраперитонеальный способ, заключающийся в том, что после рассечения над диастазом кожи и подкожной клетчатки, последнюю тщательно отслаивают от влаглищ прямых мышц живота по всей длине раны. Для ликвидации диастаза на влаглища прямых мышц живота накладывают два ряда узловых шелковых швов. Затем накладывают швы в промежутке между предыдущими швами до тех пор, пока полностью не сблизятся края мышц. Поверх первого ряда швов накладывают второй ряд узловых шелковых швов.

Известен также способ А.А. Троицкого (1930), который предусматривает наложение ряда П-образных швов на брюшину и заднюю стенку влаглищ прямых мышц живота. Промежутки между П-образными швами зашивают рядом узловых швов. Если рана располагается ниже пупка, где апоневроз не участвует в образовании задней стенки влаглища прямых мышц, то первый ряд швов накладывают на брюшину и поперечную фасцию.

При диастазе прямых мышц живота применима операция Н.И. Напалкова (1939) без вскрытия брюшины. Края апоневроза сшивают край в край. Затем у медиального края влаглища прямых мышц делают два параллельных разреза переднего листка влаглища. Внутренние края разрезов переднего листка апоневротического влаглища сшивают, затем точно так же накладывают швы на наружные края.

В последнее время все шире стали применяться методы с применением полипропиленовой сетки: наложение сетки на апоневроз без его ушивания (onlay), наложение сетки под апоневроз без его ушивания (inlay), наложение сетки на и под апоневроз без его ушивания (inlay-onlay), сшивание апоневроза с расположением сетки под апоневрозом и на апоневрозе, лапароскопические методы пластики с применением трансплантата [2, 3, 4].

Однако известные способы имеют ряд недостатков, влияющих на возникновение рецидива и нарушения физиологических свойств передней брюшной стенки [5]:

- в большинстве случаев пластик передней брюшной стенки происходит вскрытие брюшной полости;
- вскрытие влаглища прямых мышц живота и их выделение приводит к образованию гематом в пространстве между передним и задним листками, а так же к атрофии мышц;
- удвоение апоневроза на протяжении не может создать полноценного, прочного рубца;

— при прошивании толщи мышц происходит их атрофия, а соответствующее их смещение способствует развитию рецидива.

Решающим в оценке эффективности различных способов хирургического лечения грыж и диастазов прямых мышц живота является показатель частоты рецидивов. По данным литературы, а также на основании собственного многолетнего опыта, мы считаем, что причиной рецидивов заболевания чаще всего служит отсутствие укрепления заднего листка влагалища прямых мышц живота, вскрытие брюшной полости. Необходимо обратить внимание на тот факт, что оценку эффективности многочисленных способов лечения диастазов прямых мышц живота более целесообразно проводить с учетом основных патогенетических представлений.

Одним из существенных недостатков большинства применяемых сегодня безнатяжных методов устранения диастаза прямых мышц живота является отсутствие учета биомеханических и топографоанатомических аспектов состояния передней брюшной стенки [2, 4, 6]. При вскрытии влагалища прямых мышц, их прошивании происходит прогрессивная атрофия самих мышц, и соответствующее смещение приводит к возникновению рецидива. В результате атрофии мышц сохраняется их диспозиция, не происходит адекватного сокращения, напряжение передней брюшной стенки не развивается, что приводит к нарушению выдоха, прогрессированию дыхательной недостаточности. Все это приводит к выключению передней брюшной стенки из физиологических механизмов акта дыхания.

**Целью** настоящего исследования явилось проведение оценки эффективности существующих способов устранения диастаза прямых мышц живота с разработкой собственной методики.

Проанализировав вышеизложенное, мы предложили собственный способ устранения диастаза прямых мышц. Суть способа заключается в том, что выделенный апоневроз рассекают по краю влагалища левой прямой мышцы, без вскрытия последнего, отступая от края 1 см. Затем тупым путем препарируют брюшину с предбрюшинной клетчаткой от задней стенки влагалища правой прямой мышцы живота. Первый ряд швов накладывают между подготовленным соединенным сухожилием влагалища левой прямой мышцы и задним листком влагалища правой прямой мышцы живота, тем самым сближая края прямых мышц. Вторым швом фиксируют свободный край апоневроза с правой стороны к передней стенке влагалища левой прямой мышцы на всем протяжении, формируя белую линию живота (получено положительное решение на выдачу патента № 2009119822/14(027343).

**Результаты исследования.** Данный вид пластики мы использовали при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени. Предложенный способ успешно применен у 47 больных. Отслежены отдаленные результаты оперативного лечения на протяжении четырех лет. Осложнений, рецидивов не наблюдали.

**Заключение.** Показания к операции по поводу расхождения прямых мышц живота должны ставиться весьма ограниченно после всестороннего обследования больного и перспективной оценки ближайших и отдаленных результатов операции.

На современном этапе развития герниологии изолированное применение какого-нибудь одного способа является явно недостаточным для уменьшения количества рецидивов заболевания.

Наш способ хирургического лечения при диастазах прямых мышц живота, помимо реконструкции передней брюшной стенки, предусматривает восстановление полноценной функции передней брюшной стенки и позволяет ей эффективно участвовать в процессе дыхания.

Предлагаемым способом достигается восстановление белой линии живота и восстановление полноценной функции передней брюшной стенки.

Указанные особенности операции являются условиями, улучшающими как процессы регенерации тканей в области пластики, так и результаты операции в целом, способствуя снижению риска послеоперационных осложнений, повышению качества жизни больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дерюгина М.С. Реконструктивно-пластическая хирургия сложных вентральных грыж и диастазов прямых мышц живота. – Томск, 1999. – 365 с.
2. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. – М: Медпрактика, 2003. – 228 с.
3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.: МИА, 2005. – 381 с.
4. Славин Л.Е., Федоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота. – М.: Профиль, 2005. – 175 с.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М.: Триада-Х, 2003. – 144 с.
6. Янов В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 23-26.

**Топчиев** Михаил Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

**Бондарев** Владимир Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: zavhir@mail.ru

**Эльдеров** Садих Шихбалаевич, старший лаборант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины и курортологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru