

© Т.А. Мошкова, 2008
УДК 617.55-007.43-089.844

Т.А. Мошкова

АЛЛОПЛАСТИКА СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМИ СЕТКАМИ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. С.В. Васильев) стоматологического факультета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Ключевые слова: срединная вентральная грыжа, полипропиленовые сетки.

Введение. Высокая частота грыж общеизвестна. Каждый 3–5-й житель Земли потенциальный грыженоситель. Среди вентральных грыж с наибольшей частотой встречаются грыжи, расположенные по белой линии. Пластика вентральных грыж местными тканями не даёт хороших результатов. После аутопластики частота рецидивов заболевания составляет 12,1–61% [2, 4, 7]. В последнее время альтернативой аутопластики является аллопластика вентральных грыж с использованием современных синтетических протезов.

Аллопластика вентральных грыж сокращает количество рецидивов до 0,7–4% [4, 6, 11]. В литературе описаны множество различных способов размещения и фиксации протезов при аллопластике вентральных грыж. Для лечения срединных вентральных грыж наибольшей популярностью пользуется способ Ривза—Шумпелика [1, 8–10]. Он даёт хорошие непосредственные и отдалённые результаты. Однако этот способ не предусматривает надёжное удержание прямых мышц живота в срединном положении. Полная адаптация анатомических элементов брюшной стенки восстанавливает функции брюшного пресса и повышает его силу при физических пробах на 40% [5].

Материал и методы. С 2002 г. на нашей кафедре, базирующейся на хирургическом отделении Многопрофильной городской больницы № 2, были выполнены 80 герниоаллопластик срединных вентральных грыж у 75 больных. Для протезирования передней брюшной стенки мы использовали полипропиленовые сетки зарубежного (Пролен) и отечественного (Линтекс) производства. По нашим данным, применение отечественного имплантата не ухудшает клинических показателей.

Описываемая группа больных включает в основном послеоперационные вентральные грыжи следующих локализаций: эпигастральные и мезогастральные — по

12 наблюдений, гипогастральных грыж — 2, у 22 пациентов грыжи распространялись на 2 или 3 смежных области передней брюшной стенки, и мы относили их к «смешанным» грыжам. По нашим данным, чаще всего грыжи развивались после верхнесрединных лапаротомий. У 9 больных диагностированы грыжи белой линии живота, а в 4 наблюдениях имел место диастаз прямых мышц живота без формирования грыжи. У 19 больных выявлены пупочные грыжи, которые нередко сочетались с грыжами белой линии живота, с диастазом прямых мышц живота и с послеоперационными вентральными грыжами. У всех больных исследуемой группы был выраженный диастаз прямых мышц живота.

Все больные были оперированы. 57 пациентам выполнены герниоаллопластики стандартными способами Ривза—Шумпелика, и этих пациентов мы объединили в контрольную группу (К). В 23 наблюдениях мы применяли на основе операции Ривза—Шумпелика разработанный нами оригинальный способ сведения прямых мышц живота, и этих больных объединили в основную группу (О).

Данное исследование предпринято с целью оценки предлагаемой модификации путём сравнения контрольной и основной групп.

В обеих группах больных преобладали женщины (48 в группе К и 12 в группе О) в возрасте 51–70 лет (36 в группе К и 16 в группе О). Профессиональной деятельностью, связанной с большими физическими нагрузками, занимались 9 (15,8%) больных группы К и 6 (37,5%) — пациентов группы О.

Обычно показанием к аллопластике являются значительные размеры грыж. Грыжевые ворота превышали 6 см в диаметре у 91,7% больных (97,7% больных группы К и у 76,5% — группы О). У 40 больных (53,3%) размеры грыжевого мешка превышали 16 см. У многих больных, помимо основного грыжевого выпячивания, при ревизии белой линии живота выявляли дополнительные, нередко множественные, небольшие дефекты мышечно-апоневротического слоя. Такая ситуация имела место у 5 пациентов группы О и у 24 — группы К. Таким образом, у 38 человек (50,7%) грыжи занимали более одной анатомической области передней брюшной стенки, т.е. относились к разряду гигантских вентральных грыж.

При анализе больных мы выявили у них много факторов, способствующих развитию и прогрессированию грыжи и повышающих риск развития рецидива заболевания после герниопластики. У 32% обследуемых нами больных грыжи были рецидивными или рецидивирующими, у 16% пациентов одновременно выявлено несколько грыж разных локализа-

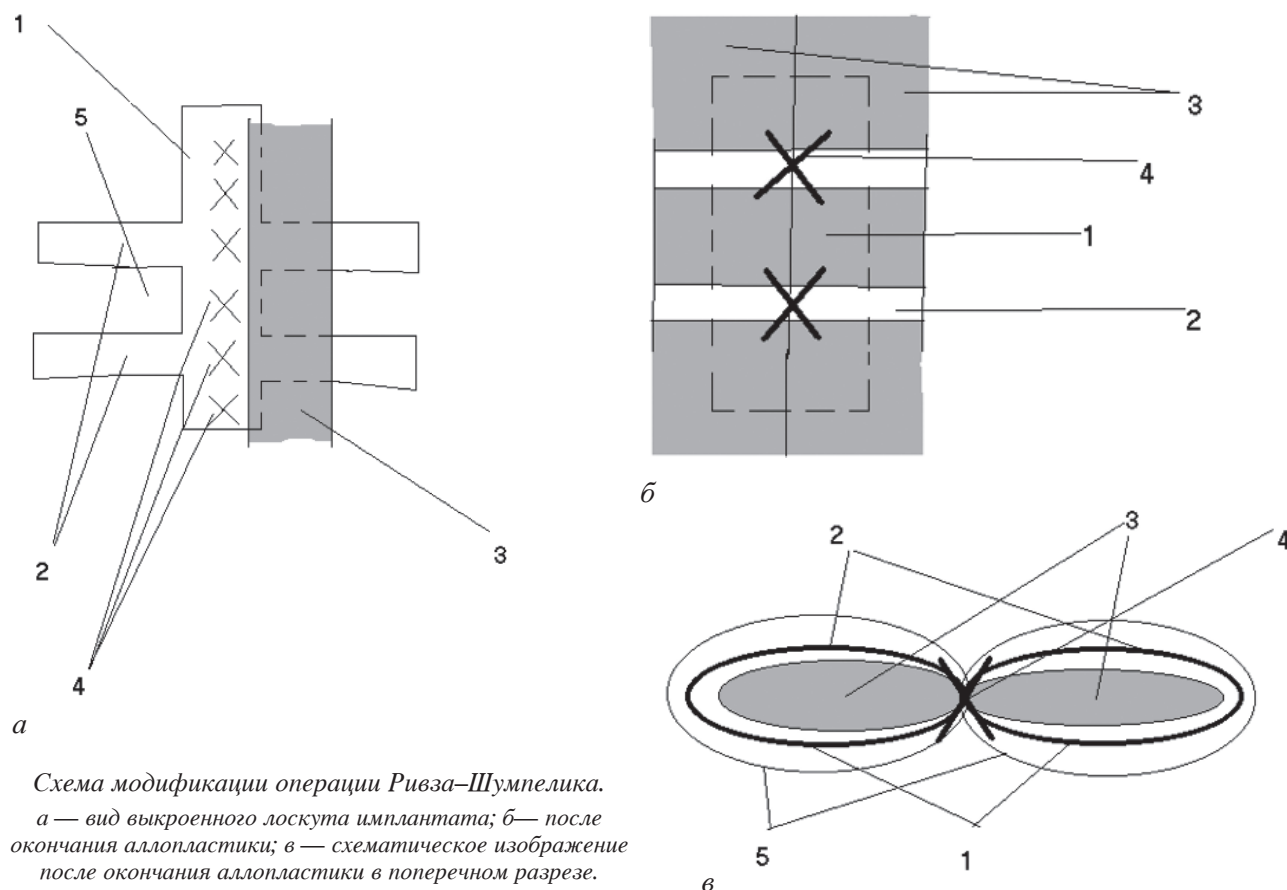


Схема модификации операции Ривза–Шумпелика.

а — вид выкроенного лоскута имплантата; б — после окончания аллопластики; в — схематическое изображение после окончания аллопластики в поперечном разрезе.

1 — основная часть протеза; 2 — боковые «ножки» протеза; 3 — прямые мышцы живота; 4 — узловые швы задних листков влагалищ прямых мышц живота; 5 — задние листки влагалищ прямых мышц живота.

Объяснение в тексте.

ций, у 22,7% — выпячивания полностью не вправлялись в брюшную полость, у 42,5% — грыженосительство превышало 3 года. Сопутствующая грыже патология отсутствовала только у 6 пациентов, у остальных — выявлены сопутствующие заболевания, как правило, сердечно-сосудистой и реже дыхательной систем. Более чем у половины больных грыжи сочетались с ожирением II–III степени.

Предлагаемый нами новый способ аллопластики срединных вентральных грыж («Способ лечения диастаза прямых мышц живота». Т.А.Мошкова, С.В.Васильев, В.В.Олейник. Заявка на изобретение № 2007106618, приоритет от 21.02.2007 г.) состоит в следующем.

Схематическое изображение предлагаемого нами способа представлено на рисунке. Из полипропиленовой сетки выкраиваем протез оригинальной формы, состоящий из основной части (1) и боковых «ножек» (2), которыми обхватывают с двух сторон прямые мышцы живота. На ушитые узловыми швами (4) задние листки влагалищ (5) прямых мышц живота укладывают протез описанной формы, таким образом, чтобы эти швы располагались по середине продольной оси основной части протеза. Под передними листками апоневроза прямых мышц живота на уровне расположения «ножек» протеза формируют туннели, отслаивая апоневроз от подлежащих мышц (3). «Ножки» протеза проводят через сформированные туннели от наружных краёв прямых мышц живота до их медиальных краёв. Сшиванием концов обеих

«ножек» нитями узловых швов на апоневрозе задних листков влагалищ прямых мышц живота перемещают и фиксируют прямые мышцы живота в срединном положении. Сведение и удержание прямых мышц живота в срединном положении «ножками» протеза было осуществлено в 23 наблюдениях.

Остальные моменты операции срединных вентральных грыж проводились нами в соответствии с общепринятыми стандартами. После широкого иссечения избытка кожи, подкожной жировой клетчатки и всего послеоперационного рубца выделяли грыжевой мешок. Только в 9 наблюдениях (5 — группы К и 4 — группы О) при небольших размерах грыжевых мешков (до 5 см) вправляли содержимое в брюшную полость, не вскрывая грыжевого мешка. В остальных случаях вскрывали грыжевой мешок, разделяли спайки и производили ревизию органов брюшной полости.

Мы являемся сторонниками выполнения при аллопластике грыж симультанных операций, которые были произведены у 35 (46,7%) больных — у 30 пациентов группы К и у 5 — группы О. Наиболее часто производимыми симультанными операциями были: резекция большого сальника (у 14 больных), иссечение подкожно-жирового фартука (у 10), холецистэктомия (у 7). При большом диастазе прямых мышц живота, когда их сведение сопровождается значительным натяжением тканей, использовали вставки из лоскутов брюшины грыжевого мешка или производили множественные послабляющие мини-разрезы 5–7 мм в шахматном порядке

по А.И.Мариеву [3] на задних листках влагалищ прямых мышц живота. При ушивании мышечно-апоневротических слоёв ран использовали только нерассасывающийся шовный материал.

Результаты и обсуждение. Описанная методика надёжно устраняет диастаз прямых мышц живота и предотвращает расхождение мышц в отдалённые сроки после операции.

Наши данные свидетельствуют, что предлагаемый нами способ не удлиняет операцию. Время, затраченное на формирование туннелей и проведение в них «ножек» протеза, окупается тем, что при нашей методике не требуется большого числа швов для фиксации протеза по краям к задним листкам влагалищ прямых мышц живота. Протез надёжно фиксирован к прямым мышцам живота «ножками-лентами». Таким образом, время операции было одинаковым в обеих группах больных и составляло от 40 до 120 мин в зависимости от размеров грыжи. Кроме того, описанный способ позволяет уменьшить площадь имплантата, так как основной линией, фиксирующей его, является не спигелиева линия, а вновь воссозданная белая линия живота. Средняя площадь полипропиленовой сетки, имплантируемой больным контрольной группы, составляла 370,5 см², а у больных основной группы — 192 см². Таким образом, предложенный нами способ операции позволяет почти в 2 раза уменьшить размеры имплантируемого протеза.

По мнению ряда авторов, контакт протеза с мышцами создаёт наилучшие условия для его приживления. Однако несомненно также, что предлагаемая модификация повышает травматичность операции. Поэтому мы решили сравнить непосредственные и отдалённые результаты лечения больных, оперированных предлагаемым нами способом, и пациентов, оперированных стандартными способами Ривза—Шумпелика.

С целью профилактики развития послеоперационных осложнений у 81,3% больных дренировали рану: у 47 (82,5%) больных группы К и у 14 (77,8%) пациентов группы О. Средняя продолжительность пребывания дренажа в ране составляла 5–8 сут. У больных группы К чаще (у 12) дренаж оставляли в зоне размещения имплантата под апоневрозом. Профилактическую антибиотикотерапию начинали во время операции и проводили в течение 3–6 сут послеоперационного периода. Она осуществлялась у 43 (75,4%) больных группы К и у 16 (88,9%) — больных группы О. Таким образом, мероприятия по профилактике послеоперационных осложнений производились примерно с одинаковой частотой в обеих группах больных.

Осложнения развились после операции у 6 больных группы К, что составило 10,5%. У 3 из них сформировались после операции персистирующие серомы, у 2 — ограниченные некрозы кожи и подкожной жировой клетчатки, у 1 — нагноение операционной раны. Среди больных группы О выявлено 1 осложнение в виде нагноения подкожной жировой клетчатки после операционной раны. Таким образом, используя свой способ на основе операции Ривза—Шумпелика, мы не только не увеличили, но даже смогли уменьшить частоту развития послеоперационных раневых осложнений. Мы считаем, что более низкий уровень развития осложнений в ране у больных группы О закономерен и обусловлен тем, что плотное прилегание полипропиленовой сетки к прямым мышцам ликвидирует «мёртвое» пространство и создаёт наилучшие условия приживления эксплантата. Не случайно, что в группе О ни у одного из больных не развились после операции персистирующие серомы, тогда как в группе К они составили половину развившихся после операции осложнений.

Послеоперационный койко-день у больных группы К составил 11,4 сут, а в группе О — 9,9 сут. Таким образом, предлагаемый нами способ оперативного лечения срединных вентральных грыж позволил нам несколько сократить время пребывания больных в стационаре после операции. Это связано как с уменьшением частоты развития осложнений, так и с ускорением заживления раны при предлагаемом способе операции.

В отдалённые сроки наблюдения за больными у 1 (1,75%) пациентки группы К через год после операции по поводу гипогастральной грыжи выявлен рецидив заболевания в зоне аллопластики. Больная была оперирована повторно. Причиной рецидива явилось смещение полипропиленовой сетки, фиксированной к париетальной брюшине. Была произведена повторная аллопластика с фиксацией полипропиленовой сетки к мышечно-апоневротическому слою. Среди больных группы О в сроки наблюдения от 1 до 4 лет рецидивов грыж не выявлено. У этих пациентов также не выявлено рецидива диастаза прямых мышц живота, а в группе К расхождение мышц в отдалённые сроки после операции отмечалось у 19 (33,3%) больных.

Все больные групп К и О после герниоаллопластики вернулись к своей обычной профессиональной деятельности и не ограничивают физических нагрузок в повседневной жизни.

Выводы. 1. Предлагаемый нами оригинальный способ устранения диастаза прямых мышц живота позволяет улучшить непосредственные и отдалённые результаты аллопластики срединных вентральных грыж.

2. При аллопластике срединных вентральных грыж способом Ривза–Шумпелика частота послеоперационных осложнений в 2 раза больше, чем у больных, оперированных по предложенной методике.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Ковалёва З.В. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом // Хирургия.—2000.—№ 8.—С. 24–26.
2. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. и др. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир.—1996.—№ 2.—С. 105–108.
3. Мариев А.И., Ушаков Н.Д., Шорников В.А., Иванова А.М. Послеоперационные вентральные грыжи.—Петрозаводск, 2003.—124 с.
4. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир.—2005.—№ 3.—С. 85–88.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки.—М.: Триада Х, 2003.—143 с.
6. Фелештинский Я.П., Пиотрович С.Н., Игнатовский Ю.В. и др. Хирургическое лечение грыж брюшной стенки с использованием современных технологий в Киевском городском центре хирургии грыж живота // Вестн. герниол.: Сборник статей.—М., 2004.—С. 129–134.
7. Юрасов А.В. Выбор метода пластики послеоперационных вентральных грыж // Анн. хир.—2001.—№ 6.—С. 65–68.
8. Ягудин М.К. Альтернативные подходы к герниопластике послеоперационных вентральных грыж // Казанск. мед. журн.—2003.—Т. 84, № 2.—С. 121–123.
9. Bauer J.J., Harris M.T., Gorfine S.R., Kreel I. Rives-Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients // Hernia.—2002.—Vol. 6, № 3.—P. 120–123.
10. Schumpelick V., Junge K., Rosch R. et al. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany // Chirurg.—2002.—Vol. 73, № 9.—P. 888–894.
11. Turkcapar A.G., Yerdel M.A., Aydinuraz K. et al. Repair of midline incisional hernias using polypropylene grafts // Surg. Today.—1998.—Vol. 28, № 1.—P. 59–63.

Поступила в редакцию 07.09.2007 г.

T.A.Moshkova

ALLOPLASTICS OF MEDIAN VENTRAL HERNIAS WITH POLYPROPYLENE GAUZE

The article summarizes an experience with 83 alloplastics with polypropylene gauze performed in 75 patients with median ventral hernias. An original method is described of confrontation and retention of the rectal abdominal muscles in the middle position with the help of prosthesis. The proposed method of operation improves its results: postoperative complications developed two times rarer, less amount of the implanted synthetic material used, the patients were at the hospital for a shorter time. In these patients there were no recurrent hernias and diastasis recti abdominis.