

© Т.А.Мошкова, 2008
УДК [616.34-007.43-031:611.951/.955]-089.85

Т.А.Мошкова

АЛЛОПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНЫХ И ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ С МАЛЫМИ РАЗМЕРАМИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ

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

Ключевые слова: вентральная грыжа, аллопластика, полипропиленовые сетки.

Введение. В настоящее время в лечении грыж передней брюшной стенки (ПБС) широко используется аллопластика. Несомненные преимущества этого способа герниопластики при больших размерах грыжевых ворот. Однако в ряде случаев и при небольших вентральных грыжах с малыми размерами грыжевых ворот возникают показания для протезирования ПБС. Прежде всего это относится к пациентам с повышенным риском развития рецидива грыжи: морфофункциональная несостоятельность тканей вокруг грыжевых ворот, пожилой и старческий возраст пациента, наличие рецидивной или многократно рецидивирующей грыжи, ожирение, повышенное внутрибрюшное давление, множественность грыж, длительное грыженосительство и т.д. Многие хирурги считают, что даже при небольших размерах грыжевых ворот таким больным с наличием факторов риска рецидива грыжи при герниопластике показано использование эксплантата [1, 3, 8–12]. Многие авторы в таких ситуациях ушивают грыжевые ворота и используют протез для подкрепления пластики местными тканями, фиксируя эксплантат к апоневрозу над ушитыми грыжевыми воротами [1, 5, 7]. Такой способ размещения имплантата технически прост, но, по мнению многих авторов, даёт большую частоту послеоперационных осложнений и менее хорошие функциональные результаты. Поэтому многие хирурги рекомендуют размещать протез в позиции sublay [2, 4, 6, 13]. Однако при малых размерах дефекта ПБС бывает технически сложно и травматично имплантировать протез под мышечно-апоневротическим слоем в области малых грыжевых ворот.

Материал и методы. На хирургическом отделении многопрофильной городской больницы № 2, являющимся

базой кафедры хирургических болезней стоматологического факультета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, за период с 2002 по 2006 г. произведена аллопластика грыж ПБС у 49 больных с вентральными грыжами с размерами грыжевых ворот менее 5 см в диаметре. Мужчин было 16 человек и женщин — 33. 49 пациентам были произведены 52 герниоаллопластики. Срединные послеоперационные грыжи были у 23 больных (у 10 — эпигастральные, у 11 — мезогастральные и у 2 — гипогастральные) и у 2 пациентов производилось лечение грыж белой линии живота. У 20 пациентов аллопластика была использована для лечения пупочных грыж. Локализация грыж в боковых отделах ПБС отмечена у 7 больных (у 2 — в подвздошной области, у 3 — в подреберье и у 2 — в поясничной области). Форма грыжевых ворот чаще всего была округлая (в 34 — 65,4% наблюдений). У 9 (18%) пациентов грыжа полностью или частично не вправлялась в брюшную полость.

Размеры грыжевого мешка превышали размеры грыжевых ворот более чем у половины больных (29 пациентов). Все больные описываемой группы имели выраженные и часто множественные факторы риска развития рецидива заболевания. Больные пожилого и старческого возраста составили 23 (46,9%) человека обследуемой группы. У 6 пациентов грыжи были рецидивными, из них у 2 — рецидивировали многократно. Ожирение отмечено у 20 (40,8%) больных изучаемой группы, обструктивная болезнь лёгких — у 6 (12,2%), грыжевая болезнь диагностирована у 7 пациентов. У 26 (53,1%) больных длительность грыженосительства превышала 1 год, у 14 из них заболевание было диагностировано 3 года и более назад. Тяжёлой физической работой занимались 8 пациентов трудоспособного возраста. Морфологические признаки несостоятельности тканей в области грыжевых ворот отмечены у всех больных описываемой группы. Истончение и разволокнение апоневротических тканей, дистрофические изменения мышц с замещением их рубцами, наличие множества мелких дефектов мышечно-апоневротического слоя и распространяющихся далеко за пределы грыжевых ворот рубцы являлись характерными признаками непригодности местных тканей для выполнения ими самостоятельной пластики грыжевых ворот.

Все больные были оперированы. Оптимальным доступом выделяли грыжевой мешок. При небольших размерах грыжевого мешка в 14 наблюдениях его вправляли в брюшную полость вместе с содержимым, не вскрывая и не иссекая брюшины, формирующей грыжевой мешок. В остальных

случаях после выделения грыжевого мешка его вскрывали, вправляли грыжевое содержимое в брюшную полость и иссекали грыжевой мешок, а затем ушивали брюшину. При небольших размерах дефекта ПБС диаметром до 5 см сшивание его краёв не приводит к существенному натяжению тканей и уменьшению объёма брюшной полости. Поэтому у всех больных обследуемой группы грыжевые ворота ушивали собственными тканями, а эксплантат использовали для укрепления аутогерниопластики в виде дополнительного приёма. Мы использовали в качестве протеза полипропиленовые сетки отечественного (Эсфил) и импортного (Пролен) производства.

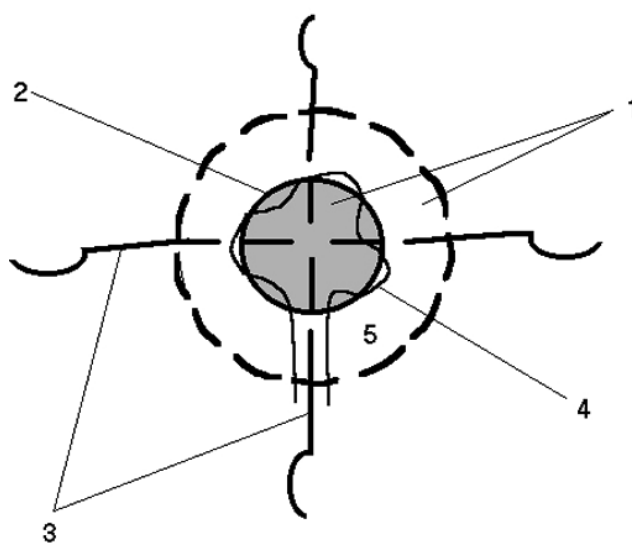
В 4 наблюдениях протез размещали над ушитыми грыжевыми воротами, в 29 случаях — под апоневрозом ушитых грыжевых ворот и у 12 больных — на задних листках влагалищ прямых мышц живота по способу Rives. У 4 пациентов была использована оригинальная описываемая нами ниже методика sublay-onlay. В 2 случаях протез располагали в брюшной полости, ограничивая его от внутренних органов большим сальником, и у 1 больного имплантат размещали между дубликатурой апоневроза грыжевых ворот.

По нашему мнению, наилучшие результаты аллопластики грыж достигаются при размещении протеза под мышечно-апоневротическим слоем. Однако при малых размерах грыжевых ворот технически сложно фиксировать эксплантат достаточных размеров в позиции sublay. Для упрощения этого этапа операции мы предлагаем следующие варианты фиксации протеза. У 4 пациентов мы использовали двухслойную сетку (рационализаторское предложение «Способ аллопластики грыж с малыми грыжевыми воротами». № 1483 от 06.04.2006 г. / Т.А.Мошкова). Из полипропиленовой сетки выкраивали 2 круга, один из которых был радиусом 1–1,5 см, а радиус другого, большего круга зависел от размеров грыжевых ворот и составлял 2–3 см. Оба круга сшивали в центре полипропиленовой нитью, после чего листок большего диаметра размещали в сформированном в предбрюшинной клетчатке ложе. Грыжевые ворота ушивали кисетным швом, а затем наружный листок протеза подшивали по периметру к апоневрозу.

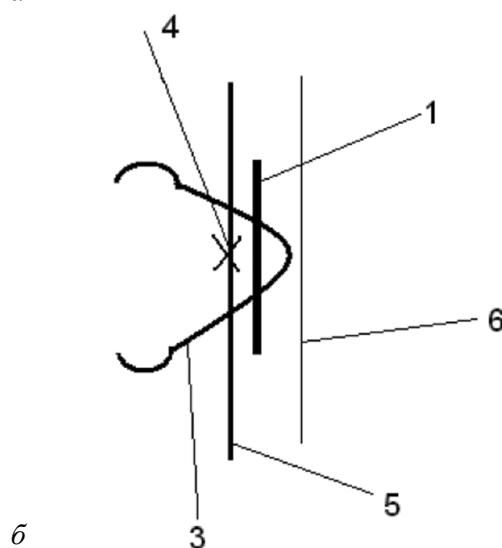
У 12 пациентов при грыжевых воротах, не превышающих в диаметре 3,5 см (обычно диаметром 2–3 см), мы использовали новый способ.¹ В предбрюшинной клетчатке формируют ложе, отсепааровывая мышечно-апоневротические ткани на 3–4 см по окружности грыжевых ворот изнутри. Протез необходимых размеров прошивают в центре двумя крестообразными швами протяжённостью 2–3 см и размещают в сформированном ложе таким образом, чтобы концы нитей были обращены к апоневрозу. Концами этих же нитей прошиваем изнутри апоневроз, отступая на 1–2 см от краёв грыжевых ворот. Грыжевые ворота ушиваем кисетным швом, после чего попарно связываем концы нитей, фиксирующих протез к апоневрозу. Указанный способ отражён на рисунке (а, б).

У 16 (32,7%) больных симультанно с герниопластикой были произведены другие вмешательства: устранение грыж других локализаций — у 6 больных, резекция большого сальника — у 6 больных, холецистэктомия — у 2 больных, иссечение подкожно-жирового фартука — у 2 больных.

В большинстве случаев (48 — 98%) рану не дренировали и профилактическую антибиотикотерапию не производили.



а



б

Способ пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот.

а — прямая проекция: 1 — протез; 2 — грыжевые ворота; 3 — крестообразные швы; 4 — кисетный шов; 5 — апоневроз; б — боковая проекция: 1 — протез; 3 — крестообразные швы; 4 — кисетный шов; 5 — апоневроз, 6 — брюшина.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнение развилось у 1 (2%) больного в виде нагноения послеоперационной раны. Нагноение раны выявлено на 3-и сутки после операции и, по-видимому, связано с инфицированием во время операции. Местное лечение и вспомогательная антибиотикотерапия ликвидировали воспалительный процесс в течение 6 дней. Отторжения протеза не произошло.

¹ Способ пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот / Т.А.Мошкова, С.В.Васильев, В.В.Олейник. Патент № 2306875 от 27.09.2007 г.)

После операции больные находились в стационаре от 3 до 12 дней. Средний послеоперационный койко-день составил 8 сут. Однако реабилитация больных происходит быстрее. Уже на следующий день после операции больные активны, самостоятельно обслуживают себя, не требуют наркотических анальгетиков.

Отдалённые результаты также были нами оценены как хорошие. Сроки наблюдения за больными — от 6 мес до 4 лет. Все пациенты ведут активный образ жизни, не ограничивая физических нагрузок. Пациенты трудоспособного возраста вернулись к своей прежней работе. Болевых ощущений и дискомфорта, связанных с протезированием брюшной стенки, не отмечено ни у одного пациента.

После герниоаллопластики в указанные сроки наблюдения рецидивов грыж не выявлено.

Выводы. 1. У больных с повышенным риском развития рецидива грыжи герниоаллопластика показана даже при небольших размерах грыжевых ворот.

2. Применение аллопластики полипропиленовыми сетками в лечении малых грыж передней брюшной стенки даёт хорошие непосредственные и отдалённые результаты.

3. Предлагаемые способы фиксации протезов упрощают операцию герниоаллопластики при малых размерах грыжевых ворот.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоконов В.И., Пономарёв О.А., Чухров К.Ю. и др. Выбор способа пластики и объём операции у больных с грыжами передней брюшной стенки и сопутствующими хирургическими заболеваниями // Вестн. герниологии.—М., 2004.—С. 19–22.
2. Дарвин В.В., Ждановский В.В. Ненатяжная герниопластика при лечении паховых и пупочных грыж в амбулаторных условиях // Там же.—С. 36–41.
3. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Салах Ахмед М.С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов // Там же.—С. 46–51.
4. Серебряков В.Н., Набанов Е.Н., Маслов Е.В. Сравнительная оценка герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах // Первый конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».—М., 2005.—С. 264.
5. Суковатых Б.С., Бежин А.И., Нетяга А.А. и др. Экспериментальное обоснование и клиническое применение отечественного эндопротеза «Эсфил» для пластики брюшной стенки // Вестн. хир.—2004.—№ 6.—С. 47–50.
6. Сурков Н.А., Заринская С.А., Виссарионов В.А. и др. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пролена в эксперименте // Анн. пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.—2002.—№ 1.—С. 52–61.
7. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Амбулаторная герниопластика // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии».—М., 2002.—С. 65–66.
8. 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. герниологии.—М., 2004.—С. 129–134.
9. Arroyo A., Garcia P., Perez F. et al. Randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults // Br. J. Surg.—2001.—Vol. 88, № 10.—P. 1321–1323.
10. Arroyo A., Perez F., Serrano P. et al. Is prosthetic umbilical hernia repair bound to replace primary herniorrhaphy in the adult patient? // Hernia.—2002.—Vol. 6, № 4.—P. 175–177.
11. Rios A., Rodriguez J.M., Munitiz V. et al. Factors that affect recurrence after incisional herniorrhaphy with prosthetic material // Eur. J. Surg.—2001.—Vol. 167, № 11.—P. 855–859.
12. 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.
13. de Vries Reilingh T.S., van Geldere D., Langenhorst B. et al. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques // Hernia.—2004.—Vol. 8, № 1.—P. 56–59.

Поступила в редакцию 08.04.2008 г.

T.A.Moshkova

ALLOPLASTY OF VENTRAL AND UMBILICAL HERNIAS WITH SMALL SIZES OF HERNIAL HILUS

Hernioplasty was fulfilled on 49 patients with ventral hernias with the size of hernial hilus less than 5 cm. The immediate and long-term results were good. Postoperative complications took place in 2%, no relapses of the disease were found during the follow-up period from 6 months to 4 years. Alloplasty is recommended in treatment of small ventral hernias in patients with high risk of recurrent diseases. The methods facilitating fixation of the prosthesis under aponeurosis with small sizes of hernial hilus are described.