

© Коллектив авторов, 2006
УДК 617.55-089-06:617.55-007.43-089

Г.И.Синенченко, М.В.Ромашкин-Тиманов, А.А.Курыгин

БЕЗРЕЦИДИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

2-я кафедра (хирургии усовершенствования врачей) (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, сетчатый полипропиленовый эксплантат, хирургическое лечение.

Послеоперационные вентральные грыжи являются распространенным заболеванием и составляют от 22 до 26% среди наружных грыж брюшной стенки [9, 12]. По данным литературы, примерно в 2–15% случаев после лапаротомий возникают послеоперационные вентральные грыжи [7, 11, 13].

Больные с послеоперационными вентральными грыжами являются постоянным контингентом хирургических стационаров, причем за последние годы наблюдается тенденция к их увеличению в общей структуре хирургической патологии [6, 11]. Так, за последние 25 лет в связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла в 9 раз и более [2].

Неадекватно выполненная операция по устранению послеоперационной вентральной грыжи приводит к рецидиву заболевания, по данным различных авторов, от 14,0 до 54,8% [1, 10].

Однако послеоперационные вентральные грыжи передней брюшной стенки и особенности их лечения затрагивают не только хирургические, но и ряд социальных проблем.

С целью выявления некоторых социальных аспектов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж нами выполнен анализ историй болезни 149 больных, оперированных в НИИ СП им. И.И.Джанелидзе и на 2-й кафедре (хирургии усовершенствования врачей) ВМеДА им. С.М.Кирова в период с 2003 по 2005 г.

При анализе историй болезни установлено, что 55 (37%) больных, оперированных нами в плановом порядке, составили лица в возрасте от 30 до 60 лет. Это основной трудоспособный возраст. Еще 31 (21%) оперированный нами больной был в возрасте от 60 до 70 лет. Хорошо известно, что и в этом возрасте ряд людей продолжают активную трудовую деятельность. Таким образом, как показал анализ, 86 (59%) оперированных больных занимались активной трудовой деятельностью или были работающими пенсионерами.

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж связано с необходимостью длительной госпитализации пациента в хирургическом стационаре, что влечет за собой отрыв его от основной трудовой деятельности.

Средняя продолжительность госпитализации у 98 (65,8%) человек, по нашим данным, составила (12 ± 2) сут. Еще у 30 (20,1%) человек она была (15 ± 1) сут. У больных, потребовавших дополнительного специального обследования, а также предоперационной подготовки с целью коррекции имеющихся сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем сроки госпитализации удлинялись до (20 ± 2) сут. Среди оперированных нами больных таких было 19 человек (12,7%). В основном это пациенты с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, хирургическое лечение которых отличается наибольшей сложностью. Максимальный срок госпитализации у 2 пациентов, оперированных нами, составил 32 дня.

Сроки госпитализации пролеченных нами больных напрямую связаны с возрастом паци-

ентов. Так, среди 50 больных, у которых срок госпитализации составил 15 сут и более, 36 (72%) человек были в возрасте старше 60 лет.

Общая продолжительность лечебного и реабилитационного периода у больных, оперированных по поводу послеоперационной вентральной грыжи, по нашим данным, составила (36 ± 5) сут. Лишь 11 (7,3%) человек приступили к трудовой деятельности сразу после выписки из стационара в связи со служебной необходимостью.

Таким образом, длительный отрыв специалиста от основной работы, связанный с лечебным и реабилитационным периодами, влияет на его профессиональную деятельность. Особенно актуальными эти проблемы становятся для работников физического труда.

Неадекватно выполненная операция по устранению послеоперационной вентральной грыжи приводит к рецидиву в 1-й год после оперативного лечения у 72% больных [8]. Многочисленные повторные операции по устранению рецидивов, значительно деформируя переднюю брюшную стенку, инвалидизируют пациента, наносят ему значительную психологическую травму.

Среди оперированных нами больных ряд пациентов с послеоперационными вентральными грыжами ранее уже неоднократно были оперированы в других стационарах по поводу этого же заболевания. Так, однократному устранению грыжи ранее подверглись 14 (9,4%) человек, 2 раза — 6 (4,0%) больных, а 9 (6,1%) больных до нас были оперированы 3 раза и более. При этом все они имели выраженные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, моторики кишечника, проявления абдоминальной спаечной болезни. Ряд из этих больных с сомнением относились к предложенному очередному оперативному вмешательству, не веря в его эффективность.

Больные пожилого и старческого возраста с послеоперационными вентральными грыжами требуют особых подходов при их хирургическом лечении. Среди оперированных нами больных таких было 86 (57,7%) человек. Их стационарное хирургическое лечение связано с большими трудозатратами медицинского персонала, а также значительно дороже.

Это обусловлено: 1) необходимостью проведения дополнительного дорогостоящего предоперационного обследования, включающего УЗИ брюшной полости, ФГДС, определение функции внешнего дыхания, компьютерной томографии передней брюшной стенки и органов брюшной полости и др.; 2) привлечением дополнительных специалистов (кардиологов, невропатологов, эндокринологов и др.) для опреде-

ления возможности выполнения самой операции, а также объема и характера предоперационной подготовки; 3) необходимостью проведения в ряде случаев медикаментозной предоперационной подготовки с целью коррекции имеющихся сопутствующих заболеваний; 4) большими экономическими затратами на медикаментозное обеспечение как самой операции, так и послеоперационного периода; 5) удлинением сроков госпитализации пациента.

Таким образом, как само заболевание послеоперационной вентральной грыжей, так и методы его хирургического лечения, являются социально значимыми.

Адекватно выполненная первичная операция по устранению послеоперационной вентральной грыжи является фактором, влияющим на социальные аспекты жизни пациента, его трудоспособность, а также психологический статус.

Наша уверенность состоит в том, что выбор метода устранения послеоперационной вентральной грыжи должен отвечать: 1) профилактике рецидива грыжи, лечение которого связано с очередной госпитализацией и отрывом пациента от трудовой деятельности; 2) предотвращению инвалидизации пациента, связанной с повторными хирургическими вмешательствами; 3) уменьшению экономических затрат по обеспечению лечебного процесса; 4) улучшению психоэмоционального статуса пациента, способствующего его быстрой реабилитации и возвращению к трудовой деятельности.

В этой связи представляется перспективным направление, получившее развитие в последние 10 лет и называемое ненатяжными методами герниопластики. Оно напрямую связано с развитием химии высокомолекулярных технологий и созданием сетчатых эксплантатов для пластики брюшной стенки на основе полипропиленовой мононити, обладающих высокой прочностью, биологической инертностью и хорошей переносимостью пациентами [3, 4].

В хирургии вентральных грыж, особенно больших размеров, с успехом стали применяться методы их устранения с помощью сетчатого полипропиленового эксплантата, уложенного на апоневроз передней брюшной стенки (on lay) или в предбрюшинное пространство под апоневроз (sub lay), либо замещающего дефект апоневроза (in lay) [3, 10].

С 2002 г. на 2-й кафедре (хирургии усовершенствования врачей) ВМедА эти методы хирургического лечения стали использоваться при устранении послеоперационных вентральных грыж.

В настоящее время нами прооперированы 76 больных с послеоперационными вентраль-

ными грыжами, из которых было 48 (63,7%) женщин и 28 (36,3%) мужчин. Возраст больных составил от 44 до 75 лет. У 29 (38,1%) пациентов имелись многократно рецидивирующие грыжи с числом повторных операций 2 раза и более. У 19 (25,0%) больных имелись послеоперационные грыжи больших размеров.

При устранении послеоперационных грыж нами применялась ненатяжная пластика брюшной стенки с использованием отечественного сетчатого эксплантата «ЭСФИЛ» производства ООО «Линтекс».

В 46 (60,5%) случаях устранение грыжи производилось по способу «on lay» с размещением сетчатого эксплантата поверх апоневроза передней брюшной стенки, в 2 случаях грыжи устранены способом «sub lay» с расположением эксплантата в предбрюшинном пространстве. В 28 (36,8%) случаях выполнено устранение послеоперационных вентральных грыж способом «in lay», при котором ушивания грыжевых ворот не производилось, а эксплантат замещал дефект апоневроза передней брюшной стенки без использования собственных тканей больного. Данная методика хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж использовалась нами при наличии грыжевых ворот размером более 7–10 см в диаметре. Максимальный размер имплантированного сетчатого эксплантата составил 25×25 см.

Срок наблюдения за оперированными больными составил до 3 лет. Летальных исходов и каких-либо послеоперационных осложнений не было. Случаев отторжения сетчатого эксплантата не наблюдалось.

Оперированные вышеизложенными способами пациенты в отдаленном послеоперационном периоде жалоб не предъявляют, 52 (68,4%) человека занимаются активной трудовой деятельностью, включая тяжелый физический труд. Еще 16 (21,1%) человек без ограничений работают на приусадебном участке. Успешные результаты хирургического лечения больных благоприятно сказываются на их психоэмоциональном фоне и социальном статусе.

Таким образом, устранение послеоперационных вентральных грыж с использованием сетчатых эксплантатов, будучи практически безрецидивным, является методом выбора, позволяющим решить ряд хирургических и социальных проблем пациентов. Полученные нами данные исследования позволяют рекомендовать этот метод пластики брюшной стенки для широкого применения. Этот метод особенно выгоден при обширных дефектах брюшной стенки и у больных, занимающихся физическим трудом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Барков Б.А. Отдаленные результаты лечения послеоперационных грыж // Хирургия.—1972.— № 2.—С. 81–86.
2. Веронский Г.И., Зотов В.А., Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки // Вестн. хир.—2001.—№ 5.—С. 92–97.
3. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика.—М.: Медпрактика, 2002.—147 с.
4. Жуковский В.А. Разработка, производство и перспективы совершенствования сетчатых эндопротезов для пластической хирургии// Материалы 1-й Международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминальной пластики с применением полимерных имплантатов».—М., 2003.—С. 17–19.
5. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи.—Пермь, 1996.—142 с.
6. Майстренко Н.А., Ткаченко А.Н. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и пути профилактики // Вестн. хир.—1998.—№ 4.—С. 130–136.
7. Ороховский В.И., Папазов Ф.К., Дудниченко В.Г. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. хир.—1992.—№ 2.—С. 85–88.
8. Полянский Б.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с множественными дефектами передней брюшной стенки // Хирургия.—1984.—№ 12.—С. 109–113.
9. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота.—Архангельск: Изд. центр Архангельск. гос. мед. акад., 1999.—195 с.
10. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки.—М.: Триада-Х., 2003.—144 с.
11. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки.—М.: Медицина, 1990.—240 с.
12. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н. Брюшные грыжи.—Киев, 1995.—262 с.
13. Gislason H. Gronbech J.E., Soreide O. Berst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations — comparison of three closure techniques // Europ. J. Surg.—1995.—Vol. 161, № 5.—P. 133–139.

Поступила в редакцию 12.10.2005 г.

G.I.Sinenchenko, M.V.Romashkin-Timanov,
A.A.Kurygin

SURGICAL TREATMENT WITHOUT RECURRENCES VENTRAL HERNIAS AS A SOCIAL PROBLEM

The authors have analyzed social aspects of surgical treatment of postoperative ventral hernias and described results of the surgical treatment of 149 patients. Specific measures used in preoperative preparation and in operative treatment of elderly and senile patients are considered. Long-term results of surgical treatment of 76 patients have been studied who had undergone plasty of the anterior abdominal wall with the application of a reticulate polypropylene explant. This method was shown to be pathogenetic and highly reliable for surgical treatment of postoperative ventral hernias.