

УДК 616-007.43; 616-089

Т. А. Мошкова, С. В. Васильев, В. В. Олейник

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО СПОСОБА ПЛАСТИКИ МАЛЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

К малым грыжам относят грыжи живота, выходящие через дефекты брюшной стенки, не превышающие 5 см по наибольшему размеру [1–3]. Однако в данной работе основную группу больных составляют пациенты с размерами грыжевых ворот 2–3 см в диаметре. Даже при малых размерах грыжевых ворот многие специалисты используют аллопластику, особенно при наличии у пациентов факторов риска повторного грыжеобразования [4–9]. Мы также придерживаемся такой позиции в отношении грыж с малыми размерами грыжевых ворот.

В то же время при аллопластике грыж наилучшие результаты достигаются при размещении протеза под мышечно-апоневротическим слоем. Об этом свидетельствуют и данные литературы, и наш собственный клинический опыт [10–13]. Однако при выполнении аллопластики способом *sublay* при малых размерах грыжевых ворот возникают значительные технические сложности. Операция становится намного сложнее, травматичнее и длительнее, чем при пластике грыжевых ворот собственными тканями. Это побуждает некоторых хирургов отказаться от использования аллопластики малых грыжевых ворот. Такая позиция нам кажется неправильной, поскольку многочисленными статистическими исследованиями подтверждено, что аллопластика дает более низкие показатели возврата заболевания даже в тех случаях, когда осуществляется пластика маленьких грыж [14, 15]. Кроме того, аллопластика в отличие от пластики собственными тканями обеспечивает полную социальную реабилитацию грыженосителей.

Совокупность вышеперечисленных факторов расширяет показания к протезированию грыж с малыми размерами грыжевых ворот. Можно предположить, что в недалеком будущем аллопластика будет основным способом лечения данной группы больных. Тем большую актуальность приобретают хирургические приемы, облегчающие выполнение аллопластики маленьких грыж.

Материалы и методы исследования. Мы использовали новый способ операции у 30 больных: 24 — с пупочными грыжами, 2 — с небольшими грыжами белой линии живота, 1 — с маленькой послеоперационной эпигастральной вентральной грыжей, развившейся через 7 лет после открытой холецистэктомии из верхнесрединного доступа, и 3 — с боковыми грыжами. У всех пациентов грыжевые ворота округлой формы не превышали 2–3 см в диаметре. Размеры же грыжевого мешка у 46,7 % больных указанной группы (14 человек) составляли от 6 до 15 см.

Несмотря на небольшие размеры дефектов брюшной стенки, ввиду наличия у больных повышенного риска развития рецидива грыжи мы выполняли этим пациентам аллопластику грыжевых ворот. Такая позиция сложилась у нас вследствие наших

© Т. А. Мошкова, С. В. Васильев, В. В. Олейник, 2008

клинических наблюдений. Раньше при малых размерах грыжевых ворот мы всем больным, даже при наличии факторов риска развития рецидива заболевания, выполняли пластику их собственными тканями. Однако более половины этих больных в течение первого года после операции возвратились к нам с рецидивом грыжи. И, как правило, рецидив грыжи был уже со значительным дефектом тканей брюшной стенки. Рецидив грыжи развился практически у всех больных, имевших факторы риска повторного грыжеобразования. Поэтому в течение последних 2–3 лет мы всем больным грыжами при наличии у них факторов риска развития рецидива заболевания производим аллопластику грыжевых ворот даже при их небольших размерах.

Как уже отмечалось ранее, при аллопластике маленьких грыжевых ворот у 30 пациентов применяли новый, разработанный нами способ фиксации протеза, расположенного в предбрюшинной клетчатке. В этой группе больных было 18 (60 %) женщин и 12 (40 %) мужчин. Старше 50 лет было 20 (66,7 %) пациентов. Половина пациентов занимались тяжелой физической работой. У 9 пациентов грыжи были невправимыми. Грыженосительство превышало 2 года у 19 больных (63,3 %). Сопутствующие заболевания отсутствовали только у 5 (16,7 %). У половины больных выявлена патология сердечно-сосудистой системы. Ожирение диагностировано у 12 (40 %) пациентов. Возникновению грыжи у 12 (40 %) больных предшествовали физические нагрузки.

Учитывая маленькие размеры грыжевого мешка, у 23 пациентов (76,7 %) не производили его вскрытия и иссечения. Этим пациентам грыжевой мешок вместе с его содержимым, не вскрывая, вправляли в брюшную полость.

При небольших размерах грыжевых ворот особенно значительные трудности возникают при фиксации протеза, размещенного в предбрюшинной клетчатке. При размерах грыжевых дефектов, не превышающих 3,5 см в диаметре, мы предлагаем простой способ фиксации протеза (патент на изобретение «Способ пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот» № 2306875 от 27.09.2007, авторы Мошкова Т. А., Васильев С. В., Олейник В. В., приоритет от 10.05.2006). Схематическое изображение предлагаемого нами способа представлено на рис. 1 и 2.

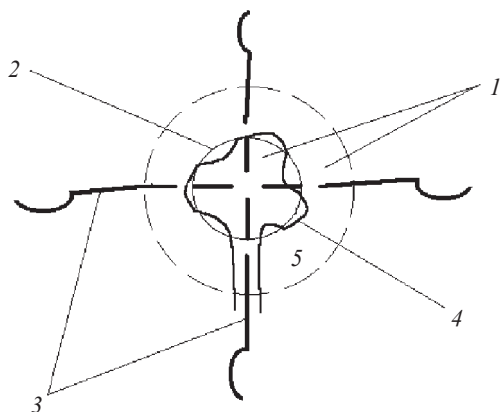


Рис. 1. Иллюстрация способа пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот

1 — протез; 2 — грыжевые ворота; 3 — крестообразные швы; 4 — кисетный шов; 5 — апоневроз.

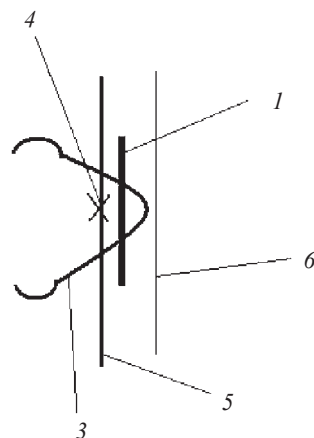


Рис. 2. Способ пластики грыж передней брюшной стенки с малыми размерами грыжевых ворот (боковая проекция)

1 — протез; 3 — крестообразные швы; 4 — кисетный шов; 5 — апоневроз; 6 — брюшина.

После выделения грыжевого мешка мобилизуют апоневроз 5 со стороны брюшины на протяжении 3–4 см по периметру грыжевых ворот 2. Грыжевой мешок либо иссекают и ушивают брюшину, либо вправляют в брюшную полость, не вскрывая. На протез 1 накладывают два крестообразных шва 3 в центре и протез размещают в подготовленном ранее ложе под апоневрозом в предбрюшинной клетчатке таким образом, чтобы концы нитей ранее наложенных на него крестообразных швов были обращены к апоневрозу. Свободными концами этих нитей прошивают апоневроз во взаимно перпендикулярном направлении отступя от краев грыжевых ворот на 1–2 см. Грыжевые ворота ушивают кисетным швом 4, после чего завязывают сверху концы крестообразных швов, фиксируя протез к апоневрозу (см. рис. 2).

Всем этим 30 больным была осуществлена аллопластика грыжевых ворот предлагаемым нами и описанным выше способом. Средние размеры имплантируемого протеза составили 43 см². В качестве протеза мы использовали полипропиленовые сетки: тяжелый Эсфил или два слоя Пролена. У используемых «жестких» сеток отсутствует так называемая «память сгиба». Размещенные в предбрюшинном пространстве, они расправляются и удерживаются в таком положении под действием внутрибрюшного давления, не нуждаясь в дополнительной фиксации по краям протеза.

Шести больным были выполнены симультанные операции: аллопластика грыж других локализаций у 2 пациентов и резекция большого сальника у 4 больных. Двум пациентам попутно устранили диастаз прямых мышц живота.

У половины (19 — 63,3 %) больных рану не дренировали, у остальных пациентов почти всегда рану дренировали пассивно в течение 3–4 суток после операции. Профилактическая антибиотикотерапия проводилась только 2 пациентам указанной группы в течение первых трех суток после операции.

Осложнений после операций, производимых новым способом, не было.

Результаты исследования. Для изучения эффективности предлагаемого нами способа пластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот мы провели сравнительное исследование с контрольной группой больных. Контрольная группа объединила 23 пациента: 16 больных пупочными грыжами, 5 больных срединными послеоперационными вентральными грыжами и 2 пациента с грыжами белой линии живота. У всех этих больных размеры грыжевых ворот не превышали 5 см по наибольшему расстоянию, в среднем составляя, как и среди больных основной группы, 2–3 см в диаметре. Группы больных существенно не отличались друг от друга не только по размерам грыж, но и по другим параметрам: длительности грыженосительства, возрасту и половому составу, наличию и характеру сопутствующей патологии и прочим характеристикам. Таким образом, обе группы больных по их клиническим характеристикам были рандомизированы, и проводимое сравнение особенностей операций и их результатов можно считать объективным.

Пациентам контрольной группы производили подапоневротическую аллопластику с подшиванием протеза по краям к мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки. Средняя площадь имплантированных полипропиленовых сеток составила у больных контрольной группы 55 см². У больных основной группы аналогичный показатель составил 43 см². Таким образом, использование нового способа не сопровождалось уменьшением размеров применяемых для пластики протезов.

У 30 больных, оперированных новым способом с фиксацией протеза крестообразными швами в области грыжевых ворот, осложнений после операции не отмечено. Среди 23 пациентов контрольной группы с малыми грыжами, которым протез размещали в предбрюшинной клетчатке и фиксировали обычным способом, осложнения развились

у 4 больных ($\chi^2 = 8,4$); в виде некроза подкожно-жировой клетчатки в одном наблюдении и нагноения ран — в 3 случаях. Таким образом, частота развития осложнений в контрольной группе больных составила 17,4 % ($t = 2,1$), при том, что характер проводимых профилактических мероприятий был таким же, как и в основной группе больных, а частота их осуществления в контрольной группе больных была существенно выше. Рану дренировали у 65,2 % (15) пациентов контрольной группы, а профилактическую антибиотикотерапию проводили у 56,5 % (13) больных.

Средний послеоперационный койко-день составил 7 суток в основной группе больных и 9 суток — в контрольной группе ($t = 2,2$). Мы связываем удлинение пребывания больных в стационаре после операции в контрольной группе больных с тем, что травматичность операции у них больше и условия заживления раны хуже. Поэтому операционная рана у больных контрольной группы заживает медленнее.

Кроме того, наш способ фиксации протеза упрощает операцию и позволяет сократить ее время почти в два раза. Среднее время операции в основной группе больных было 22 мин, а у больных контрольной группы — 40 мин ($t = 19,9$).

При изучении отдаленных результатов отмечено, что все пациенты ведут обычный образ жизни, не ограничивают физических нагрузок, никто из них не поменял работу на более легкий физический труд. Рецидивов грыжи при контрольных осмотрах больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет не выявлено ни у одного пациента ни в основной, ни в контрольной группе.

Обсуждение. Преимущества описанного нового способа аллопластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот состоят в следующем.

1. Техническая простота способа позволяет существенно сокращать время операции.
2. Используя данный способ, мы можем размещать протезы необходимых размеров при любых, даже очень маленьких размерах грыжевых ворот.
3. Применение способа устраняет необходимость скелетирования апоневроза со стороны подкожной клетчатки, что уменьшает риск развития раневых осложнений после операции.

4. Надежность фиксации полипропиленовой сетки к области ушивания грыжевых ворот. Даже при расхождении кисетного шва предлежащая и фиксированная в области грыжевых ворот сетка предотвращает от развития рецидива грыжи.

Наш клинический опыт по использованию нового способа аллопластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот подтверждает его эффективность. Основным достижением способа является значительное упрощение операции и как следствие почти двукратное сокращение времени, необходимого для выполнения оперативного вмешательства. Время, затрачиваемое на аллопластику малых грыж новым способом, соответствует времени оперативного вмешательства, необходимого для выполнения аутопластики подобных грыж. Поэтому утрачивает силу альтернатива выполнения аллопластики или аутопластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот. При одинаковой затрате сил и одинаково коротком времени оперативного вмешательства протезирование грыж даже при малых размерах грыжевых ворот гарантирует большую прочность, надежность и полную социальную реабилитацию пациента.

Простота и малотравматичность нового способа аллопластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот закономерно приводят к снижению частоты развития послеоперационных осложнений у больных, оперированных этим способом.

Применяя новый способ аллопластики грыж с малыми размерами грыжевых ворот, мы смогли сократить время пребывания пациентов в стационаре на 2 суток по сравнению

с больными контрольной группы. Но и 7 дней после операций, произведенных нами новым способом, использованы нами в основном не для лечения, а просто для наблюдения за пациентами. По нашему наблюдению реабилитация пациентов, оперированных новым способом, происходит уже через 1–2 дня после операции. По-видимому, данный способ лечения малых грыж вполне пригоден для применения в амбулаторных условиях.

Несмотря на свою простоту, новый способ сохраняет и даже усиливает все преимущества применения синтетических материалов для лечения грыж. Фиксация полипропиленовых сеток к области ушитых грыжевых ворот обеспечивает надежность пластики. Рецидивы грыж среди больных, оперированных новым способом, не выявлены.

Отпадает необходимость фиксации краев протеза. В этой ситуации размеры имплантируемой сетки лимитированы только размерами сформированного для нее ложа. Даже при очень малых размерах грыжевых ворот удастся интегрировать протез адекватных размеров. Эта существенная позиция, подтвержденная нашими клиническими наблюдениями, позволяет обеспечить качественную аллопластику даже в сложных условиях при очень маленьких размерах грыжевых ворот.

Summary

Moshkova T. A., Vasiljev S. V., Olejnik V. V. Efficiency of a new way of small hernias plasty.

The experiment of 53 alloplasties of hernias with small sizes of a hernial gate is analysed. Small sizes of hernial defects complicate fixing a mesh placed under the aponeurosis on its perimeter. With the purpose of simplification of fixing the prosthesis the authors suggest to file a mesh to the aponeurosis by two crosswise seams imposed in the center of the prosthesis. The experiment of realization of such a way of operation of 30 patients with small hernias has proved its efficiency. The time of operation was twice reduced, there were no postoperative complications and relapses of the disease.

Key words: alloplasty, polypropylenes mesh, small hernias.

Литература

1. Белоконев В. И., Пономарёв О. А., Чухров К. Ю. и др. Выбор способа пластики и объем операции у больных грыжами передней брюшной стенки и сопутствующими хирургическими заболеваниями // Вестник герниологии: Сб. научн. трудов. М., 2004. С. 19–22.
2. Омельченко В. А. Сравнительная оценка эффективности различных способов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2006. 22 с.
3. Чистяков А. А., Богданов Д. Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. М., 2005. 104 с.
4. Егиев В. Н., Лядов К. В., Воскресенский П. К. Атлас оперативной хирургии грыж. М., 2003. 228 с.
5. Славин Л. Е., Фёдоров И. В., Сигал Е. И. Осложнения хирургии грыж живота. М., 2005. 175 с.
6. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М., 2003. 143 с.
7. Burger J. W., Luijendijk R. W., Hop W. C. et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia // Ann. Surg. 2004. Vol. 240. N 4. P. 578–585.
8. Licheri S., Pisano G., Pintus M. et al. The treatment of Spigelian hernia with the Prolene Hernia System: notes on techniques // Chir. Ital. 2004. Vol. 56. N 2. P. 265–270.
9. Sinha S. N., Keith T. Mesh plug repair for paraumbilical hernia // Surgeon. 2004. Vol. 2. N 2. P. 99–102.
10. Галимов О. В., Хафизов Т. Н., Сендерович Е. И., Ханов В. О. Выбор протезирующей пластики при вентральных грыжах // Хирургия. 2005. № 3. С. 56–58.
11. Серебряков В. Н., Кабанов Е. Н., Маслов Е. В. Сравнительная оценка герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгр. моск. хирургов: Тез. докл. М., 2005. С. 264.

12. *Paajanen H., Hermunen H.* Long-term pain and recurrence after repair of ventral incisional hernias by open mesh: clinical and MRI study // *Langenbecks Arch. Surg.* 2004. Vol. 389. N 5. P. 366–370.
13. *Schumpelick V., Conze J., Klinge U.* Preperitoneal mesh-plasty in incisional hernia repair: A comparative retrospective study of 272 operated incisional hernias // *Chirurg.* 1996. Vol. 67. N 10. P. 1028–1035.
14. *Дарвин В. В., Ждановский В. В.* Ненатяжная герниопластика при лечении паховых и пупочных грыж в амбулаторных условиях // *Вестник герниологии: Сб. научн. трудов. М., 2004. С. 36–41.*
15. *Arroyo Sebastian 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. N 4. P.175–177.

Статья принята к печати 18 июня 2008 г.