

© В.И.Помазкин, 2010
УДК 616.345-089.168-06:617.55-007.43-089.844

В.И.Помазкин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА «ОТКРЫТОЙ» ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области (главврач — Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, герниопластика, сетчатые эндопротезы.

Введение. Актуальность проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж связана, прежде всего, с высокой частотой их возникновения. Так, образование грыж после плановых операций на органах брюшной полости имеет место у 0,5–15% оперированных больных, а после экстренных лапаротомий — у 55% [2, 5]. Необходимость хирургического лечения заболеваний толстой кишки у пациентов, ранее перенесших операции на брюшной полости и имеющих послеоперационные грыжи, возникает достаточно часто. Этому способствует рост неотложной колоректальной патологии, приводящий к увеличению числа больных с временными кишечными стомами в сочетании с дефектами брюшной стенки [5]. Кроме того, самым частым осложнением при формировании илео- и колостом являются парастомальные грыжи, образующиеся у 15–58% больных [8]. Все это объясняет важность проблемы восстановления апоневротических дефектов брюшной стенки при хирургических вмешательствах на толстой кишке.

Актуальность проблемы лечения вентральных грыж связана и с выбором оптимального способа их устранения. Как известно, пластика местными тканями при больших послеоперационных грыжах связана с высоким риском возникновения их рецидивов. Применение современных сетчатых эндопротезов при герниопластике приводит к значительному уменьшению частоты образования повторных грыж [1, 2]. Однако существует исторически сложившееся мнение, что применение инородного материала для ликвидации дефектов брюшной стенки в условиях потенциального инфицирования, в частности, при операциях на «открытой» толстой кишке, может приводить

к увеличению частоты раневых инфекционных осложнений [6].

Цель нашей работы — ретроспективный анализ результатов одномоментного хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с использованием синтетических материалов при операциях на толстой кишке.

Материал и методы. За период с 2002 по 2009 г. в отделении колопроктологии нашей больницы операции на толстой кишке с одновременным восстановлением послеоперационных дефектов брюшной стенки, требовавших использования синтетических материалов, произведены у 40 больных. Средний возраст пациентов составил 58,7 года. Мужчин из них было 24, женщин — 16.

Основным показанием к оперативному лечению у 35 (87,5%) пациентов являлось восстановление целостности кишечного тракта, с ликвидацией сформированной кишечной стомы. Основной патологией, вызвавшей необходимость формирования колостомы, являлся осложненный рак левой половины толстой кишки, что было отмечено у 27 больных. Ранее им была выполнена обструктивная резекция кишки по типу Гартмана. Осложненная дивертикулярная болезнь, приведшая к формированию кишечной стомы, была у 6 пациентов. У 2 больных, ранее оперированных по поводу неспецифического язвенного колита с тяжелым течением, на первом этапе лечения была выполнена субтотальная колэктомия с формированием одностольных илео- и сигмостомы. Вентральную грыжу, возникшую после предыдущих операций на брюшной полости, не связанных с патологией толстой кишки, имели 5 (12,5%) пациентов. У 3 из них показанием к оперативному лечению являлся рак сигмовидной кишки. У 2 больных требовалось оперативное лечение по поводу стриктуры прямой кишки, вызванной болезнью Крона.

Площадь грыжевого дефекта у оперированных пациентов была от 120 до 520 см², с распространением на весь бывший лапаротомный разрез. У 31 (77,5%) больного срединная вентральная грыжа сопровождалась парастомической. Основным показанием к использованию синтетического трансплантата для пластики брюшной стенки являлась ширина грыжевого дефекта более 7–8 см, при которой сведение его краев сопровождалось бы значительным натяжением тканей и уменьшением объема брюшной полости. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, с подготовкой тол-

стой кишки. Операции производили не ранее, чем через 6 мес после первичного вмешательства, при ликвидации воспалительного процесса в брюшной стенке и брюшной полости.

Объем основного вмешательства при наличии колостомы у 35 больных заключался в наложении колоректального анастомоза с ликвидацией стомы. У 2 из этих пациентов объем операции был расширен в связи с выявлением местно-распространенного рецидива рака в культе прямой кишки. У 5 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки и колостомой была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стомы. У 2 больных после субтотальной колэктомии по поводу неспецифического язвенного колита произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки, формирование илеального резервуара с анастомозом с анальным каналом и ликвидацией илеостомы. У пациентов без сформированной ранее стомы у 3 при раке сигмовидной кишки была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, у 2 — с болезнью Крона передняя резекция прямой кишки. У 28 (70%) пациентов был использован аппаратный межкишечный анастомоз, у 12 (30%) — ручной.

После выполнения основного этапа вмешательства на толстой кишке производили подготовку грыжевых ворот для пластики и места внедрения синтетического сетчатого эндопротеза. Для пластики дефектов апоневроза использовали сетки с монофиламентной структурой: «Prolene» (Ethicon) и «Линтекс эсфил» (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия).

У 32 (80%) больных эндопротез размещался ретромускулярно по методу R.Rives-Stoppa [9], у 8 (20%) — трансплантат был фиксирован сверху апоневроза и остатков грыжевого мешка («on-lay» методика). Из 31 пациента, имеющего парастомальные грыжи, у 21 — закрытие дефекта апоневроза в области лапаротомного доступа и в месте существования стомы производили отдельно, у 10 — была использована пластика единым эндопротезом как срединного дефекта, так и дефекта в области стомы. В брюшную полость всегда устанавливали контрольные дренажи. Подкожную клетчатку активно дренировали у 7 (17,5%) больных. Время вмешательства при дополнении его герниопластикой увеличивалось от 40 до 80 мин в зависимости от величины грыжевого дефекта.

Результаты и обсуждение. Послеоперационная летальность составила 2,5%. Погибла одна больная от острого артериального мезентериального тромбоза с некрозом тонкой кишки. Мы не склонны считать, что пластика брюшной стенки спровоцировала его развитие. Других интраабдоминальных послеоперационных осложнений не было. Раневые осложнения отмечены у 7 (17,5%) больных. У 5 (12,5%) из них были ограниченные скопления серозного экссудата в срединной ране, не приведшие к значительному ухудшению процесса ее заживления. У 2 (5%) пациентов развилось поверхностное нагноение подкожной клетчатки в месте существования стомы, у 1 (2,5%) — был ограниченный краевой кожный некроз лапаротомной раны, приведший к частичному обнажению сетки, расположенной сверху апоневроза. Заживление происходило частично вторичным натяжением, удаления сетки не потребовалось. Средний срок послеопераци-

онного пребывания таких больных в стационаре составил 10,5 дня.

Отдаленные результаты прослежены у 31 больного в сроки от 3 до 34 мес. Отдаленных инфекционных осложнений не было отмечено ни у одного из них. Рецидивов грыжи за период наблюдения также не было.

Несмотря на развитие оперативной техники и применение современных шовных материалов, послеоперационные вентральные грыжи продолжают оставаться частым осложнением вмешательств на органах брюшной полости [2, 5]. Особенно это касается неотложных операций на толстой кишке, что связано с интраоперационным инфицированием как брюшной полости, так и послеоперационной раны, длительным парезом желудочно-кишечного тракта, необходимостью вмешательства у больных, ослабленных наличием онкологического процесса или нарушениями, вызванными тяжелым течением воспалительных заболеваний. Очевидно, что одномоментная ликвидация грыжевых дефектов при операциях на толстой кишке, особенно при реконструктивно-восстановительных операциях с ликвидацией колостомы, позволила бы уменьшить сроки реабилитации таких пациентов и существенно повысить качество их жизни.

Однако показания к пластическим операциям на брюшной стенке при вмешательствах на толстой кишке традиционно рассматриваются осторожно, что связано с потенциальной возможностью интраоперационного инфицирования. Так, раневые инфекционные осложнения могут возникать у 2–35% больных после резекции толстой кишки [3, 5]. Особенные опасения касаются применения синтетических эндопротезов, использование которых стало «золотым стандартом» в современной герниологии. Без них невозможна ликвидация больших апоневротических дефектов. Даже при обширных грыжах использование синтетических материалов позволяет значительно сократить число рецидивов [1, 2].

В известной литературе есть сообщения об успешном применении сетчатых эндопротезов в потенциально инфицированных областях: при ущемленной паховой грыже с некрозом тонкой кишки [11], холецистэктомии [7]. Кроме того, теперь не вызывает сомнения правомочность использования сеток при параколомических грыжах [8]. Но использование синтетических материалов при операциях на «открытой» толстой кишке некоторыми авторами рекомендуется на втором этапе лечения [6]. Есть относительно немного работ, касающихся восстановления брюшной стенки при операциях на толстой кишке с хорошими результатами [4, 5, 10].

Наше исследование также показало относительно небольшое количество осложнений герниопластики с использованием синтетических эндопротезов при операциях на толстой кишке. Хотя и мы придерживаемся мнения о том, что, безусловно, использования инородного материала нужно избежать при явном инфицировании тканей (при перитоните, перфорации кишки). Мы также хотели бы подчеркнуть важность соблюдения принципов асептики при выполнении таких оперативных вмешательств, аккуратность их исполнения и необходимость обязательной антибиотикопрофилактики.

Вывод. Одномоментная ликвидация дефектов брюшной стенки при операциях на толстой кишке с применением синтетических материалов не приводит к значительной частоте послеоперационных осложнений, позволяет ускорить процесс полной реабилитации пациентов и улучшить качество их жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика.—М: Медпрактика, 2002.—148 с.
2. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—2000.—№ 1.—С. 11–14.
3. Birolini C., Utiyama E., Rodrigues A., Birolini D. Elective colonic operation and prosthetic repair of incisional hernia: does contamination contraindicate abdominal wall prosthesis use? // J. Am. Coll. Surg.—2000.—Vol. 191.—P. 366–372.
4. Campanelli G., Nicolosi F., Pettinary D., Avesani E. Prosthetic repair, intestinal resection, and potentially contaminated areas: Safe and feasible? // Hernia.—2004.—Vol. 8.—P. 190–192.
5. Geisler D. et al. Safety and outcome of use of nonabsorbable mesh for repair of fascial defects in the presence of open bowel // Dis. Colon Rectum.—2003.—Vol. 46.—P. 1118–1123.
6. Leber G. Alexander A., Reed W. Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias // Arch. Surg.—1998.—Vol. 133.—P. 378–382.
7. Sarli L., Villa F., Marchesi F. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair // Surgery.—2001.—Vol. 129.—P. 530–536.
8. Steele S. et al. Is parastomal hernia repair with polypropylene mesh safe? // Am. J. Surg.—2003.—Vol. 185.—P. 436–440.
9. Stoppa R. et al. Current surgical treatment of postoperative eventrations // Int. Surg.—1987.—Vol. 72.—P. 42–44.
10. Vix J. The treatment of incisional and abdominal hernia with a prosthesis in potentially infected tissues: a series of 47 cases // Hernia.—1997.—Vol. 1.—P. 157–161.
11. Wysocki A., Pozniczek M., Krzywon J., Bolt L. Use of polypropylene prostheses for strangulated inguinal and incisional hernias // Hernia.—2001.—Vol. 5.—P. 105–106.

Поступила в редакцию 14.08.2009 г.

V.I.Pomazkin

USE OF SYNTHETIC MATERIALS FOR PLASTY OF POSTOPERATIVE INCISIONAL HERNIAS IN INTERVENTIONS ON THE «OPEN» COLON

Single-stage plasty of ventral hernias was performed in 40 patients with the use of synthetic materials and closure of colostomy (in 35 of them), resection of the sigmoid gut (in 3) or anterior resection of the rectum (in 2). Postoperative complications in the wound of the abdominal wall were found in 7 patients. There were no recurrences in the long-term (within 3–34 months) periods. Such single-stage interventions are thought to be possible.