

© Ю.И. Зимин, 2010
УДК 617.55-089-06:617.55-007.43.001.33(091.2)

Ю.И. Зимин

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ (по материалам отечественной литературы)

Кафедра онкологии и торакоабдоминальной хирургии (зав. — проф. И.В. Сергеев) ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, классификации.

За последнее столетие хирургия послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) прошла огромный путь в своем развитии. Углублялись анатомические сведения, совершенствовались методы анестезиологического обеспечения, предлагались и внедрялись методы герниопластики. Достаточно полно изучены этиологические причины формирования как ПОВГ, так и рецидивов. Так, по сводным статистическим данным отечественных и зарубежных исследователей, свыше 5% всех лапаротомий осложняются формированием ПОВГ [12, 20, 35, 47]. У больных, перенесших аппендэктомии, такие грыжи возникают в 6% наблюдений, после операций на желудке — у 10% больных, после холецистэктомии — у 14%, после экстренных операций на органах брюшной полости — у 33% больных [10]. Социальная важность проблемы связана с тем, что 60% всех грыженосителей являются лицами трудоспособного возраста [9]. Увеличение количества операций на органах брюшной полости, расширение объема вмешательств, носящих порой мультивисцеральный и симультанный характер, увеличение числа повторных операций, а также увеличение среди оперируемых лиц пожилого возраста привели к закономерному повышению частоты ПОВГ [1, 15, 37, 44]. Особое значение приобретают ущемленные ПОВГ [41], составляющие 9,8% от всех ущемленных грыж различной этиологии [47] с высокой послеоперационной летальностью от 8 до 12%, а среди больных старше 60 лет она возрастает до 16–20% [7, 23]. К сожалению, результаты лечения ПОВГ далеки от удовлетворительных. Основным тревожным моментом в лечении сложных грыж (гигантские, рецидивные и рецидивирующие) являются рецидивы [11, 17, 18]. Так, по данным многих авторов, их частота варьируется от 10 до 47,2% [29, 30, 47].

Адекватное и согласованное понимание сути предмета исследования требует единых общепринятых классификаций заболевания. Это позволяет говорить на одном языке, правильно применять алгоритм лечебных мероприятий и соответственно корректно анализировать полученные результаты. Однако следует заметить, что вряд ли найдется еще какое-либо заболевание, которое имело бы столько классификаций и индивидуально измененных подходов к ним. Остается открытым вопрос о показаниях к применению тех или иных методов пластики ПОВГ.

Анализируя имеющиеся в отечественной литературе классификации ПОВГ, следует отметить, что все они бази-

руются на 5 основополагающих критериях: 1) величина дефекта; 2) возможности анестезиологического обеспечения; 3) состояние тканей; 4) сопутствующие заболевания и функциональные резервы организма; 5) применяемые методы герниопластики. В зависимости от накопленного опыта, развития анестезиологического обеспечения, совершенствования различных методов пластических пособий, характера грыжи зависит форма классификации.

Еще на VIII съезде российских хирургов (1908 г.) первым программным вопросом был вопрос о «хирургии передней брюшной стенки». Уже тогда возникло понимание того, что сама по себе лапаротомия далеко не безобидна и таит в себе отдаленные последствия в виде ПОВГ. Так, Р.Р.Вреден [14] утверждал, что радикальной операцией при пупочной грыже можно признать лишь ту операцию, «.. которая удовлетворяет следующим двум основным требованиям: 1) возможно прочно закрыть существующее в передней брюшной стенке отверстие и 2) предотвратить возможность как возврата на месте операции, так и появления нового выпячивания передней брюшной стенки выше или ниже места операции, требования эти выполнимы при небольших грыжах, но при грыжах больших, когда прямые мышцы живота раздвинуты на более или менее значительное расстояние и взаимное соприкосновение их может быть достигнуто лишь с величайшим трудом или, что чаще всего, вовсе не может быть достигнуто выполнение этих основных требований коренной операции представляет задачу далеко не легкую. При широких грыжевых воротах и при значительном расхождении в этой области прямых мышц живота всякие оперативные приемы насильственного сближения мышц путем шва, выделением мышц из их влагалищ и путем мышечной пластики не дают обыкновенно прочного результата». Таким образом, термин «большая грыжа» подтвердил свое право на существование и входит практически во все отечественные классификации. Так, Н.Ф.Богоявленский [5] указал на то, что при оценке того или иного метода пластики «...необходимо поставить себе, как критерий, известные общие требования, которым должен удовлетворять хороший, так сказать, «идеальный способ». Это было пониманием того, что необходима классификация («общие требования») ПОВГ, на основе которой можно получить сопоставимые результаты. И хотя автор указывает на размеры ПОВГ «от кулака до головы взрослого человека», на съезде появились и конкретные указания на метрическую оценку дефекта — «расхождение прямых мышц от 7 до 15 см, расхождение средней линии от 5 до 10 см». Четко подчеркивалась взаимосвязь между размерами

грыжи и рецидивами. Так, в прениях В.М.Минц указал, что докладчики инстинктивно избегают вопроса об «отдаленных результатах, крупных рецидивов грыжи. Эти больные в конце концов доходили до пересадок серебряных сеток». В.И.Разумовский высказал мнение о том, что «по отношению к рецидивам должны быть отдельно рассматриваемы грыжи малых и грыжи больших размеров. При малых грыжах все способы дают хорошие результаты». При этом указал, что «хороши те способы (пластики), при которых производится, по возможности, меньшая дезорганизация передней брюшной стенки». Таким образом, в работах VIII съезда российских хирургов зарождаются единые критерии в подходе к лечению ПОВГ, которые просматриваются в основании последующих классификаций. Это размеры грыжевого дефекта, причины возникновения, дифференциальный подход к методам пластики, учитывающий «малые», «очень большие» и «громадные» грыжи, состояние тканей, наличие рецидивной или рецидивирующей грыжи. Помимо этого, грыжи были разделены на те, при которых края могут быть сближены без особого напряжения, и грыжи, где края свести нельзя (или «разве с большим напряжением»).

На всех последующих этапах развития герниологии, во всех предложенных классификациях, как правило, отражались размеры грыжевого образования. Однако такие понятия, как «малая грыжа», «грыжа средних размеров», «большая грыжа», «огромная», «обширная», «громадная», долгое время имели вариабельный метрический характер. Часто применение данных терминов указывалось без ссылки на какую-либо классификацию [16, 31, 40, 43, 45]. В большинстве случаев это относится к публикациям до 80-х годов XX в., которые порой вносили существенную путаницу в оценке результатов.

В 50–60-е годы в литературе в основном доминировали классификации Н.З.Монакова [33], Н.В.Воскресенского и С.Л.Горелика [13]. Первый автор подразделяет ПОВГ в зависимости от состояния грыжевого содержимого, по локализации, численности грыж и происхождению мышечно-апоневротического дефекта. Относительно размеров грыж Н.З.Монаков предлагает измерять «высоту», «ширину», «окружность основания». Другие авторы [13] дают конкретную метрическую оценку величине ПОВГ: малые — до 10 см, средние — до 20 см и гигантские — более 20 см (в поперечном направлении).

По мере накопления и анализа отдаленных результатов становится очевидным, что хирургический подход к «малым», «средним», «большим» и «гигантским грыжам» должен быть различным. Закрытие обширных дефектов в брюшной стенке остается одной из сложных, а в некоторых случаях — труднопреодолимых проблем хирургии [4, 31, 32, 36].

Своеобразным достижением в герниологии, обобщившим теоретические предпосылки и практический опыт 60–70-х годов, стали классификации ПОВГ М.Н.Яцентюка [48], К.Д.Тоскина, В.В.Жебровского [42] и И.Ф.Бородина, Е.В.Скобея, В.П.Акулика [9]. Так, М.Н.Яцентюк [48] подразделяет их по состоянию грыжевого содержимого, по размерам грыжевого выпячивания (малые — до 5 см, средние — от 6 до 15 см, большие — от 16 до 25 см, огромные — от 26 до 40 см и гигантские — более 40 см), по форме грыжевого мешка, по числу грыж, по локализации, по времени возникновения, по частоте, по сопутствующей патологии, по степени нарушения трудоспособности.

Известно, что не всегда имеется соответствие как между размерами грыжевого выпячивания и размерами дефекта, так и морфофункциональными изменениями прилежащих

тканей. Нередко при большой грыже можно наблюдать небольшой дефект в передней брюшной стенке и, наоборот, при небольшой грыже — обширный дефект и значительные изменения брюшной стенки. Перемещая органы из грыжевого мешка в брюшную полость, нужно адекватно сформировать переднюю брюшную стенку, не сокращая при этом брюшной полости и не повышая внутрибрюшного давления [2]. В литературе приводятся различные определения большой и гигантской грыжи. Некоторые авторы характеризуют их по ширине грыжевых ворот. Однако этот способ необъективен, так как между размерами дефекта и размерами выпячивания прямой зависимости нет, кроме того, определить его величину при невраимой грыже и других состояниях невозможно [8]. Для определения размеров грыжи они пользуются измерением наружных параметров выпячивания. К большим грыжам относят выпячивание с наименьшим диаметром 10–12 см, с наибольшим — 15–17 см. К гигантским относят значительно большие по размерам грыжи с тяжелыми нарушениями функций внутренних органов живота.

К.Д.Тоскин и В.В.Жебровский [42] в основу классификации положили анатомический принцип деления брюшной полости на девять областей. Из нее исключены размеры грыжевых ворот в сантиметрах, поскольку они не всегда отражают истинные размеры грыжи. Это позволяет соразмерить величину грыжи с площадью передней брюшной стенки и наиболее полно отвечает цели операции — восстановлению топографоанатомических взаимоотношений тканей соответственно разрушенной области. Таким образом, различают малую, среднюю, обширную, гигантскую грыжи. Авторы отмечают, что «было бы заманчиво отразить в классификации размеры грыжевых ворот, однако в ряде случаев, особенно при обширных и гигантских грыжах, из-за их невраимости сделать это до операции не представляется возможным». Данную точку зрения разделяют многие авторы [19, 34, 38, 41, 46]. Хотя следует отметить, что к этому времени существовала классификация Л.Н.Кутявина [28], учитывающая размеры как грыжевого выпячивания, так и грыжевого дефекта. Так, малая грыжа — это грыжа с воротами менее 5 см и грыжевым выпячиванием менее 10 см, средняя — ворота 5–10 см, выпячивание 10–12 см, большая — ворота более 10 см, выпячивание более 20 см. В основу классификации З.В.Ковалевой, С.В.Нагапетяна [26] положены не только размер (В) грыжевых ворот (V_1 — 5 см, V_2 — от 6 до 10 см, V_3 — от 11 до 15 см, V_4 — более 15 см), величина (Г) грыжевого выпячивания (G_1 — до 10 см, G_2 — от 11 до 20 см, G_3 — от 21 до 30 см, G_4 — более 30 см), но и состояние окружающих тканей (А).

В работах часто используется классификация И.Ф.Бородина, Е.В.Скобея, В.П.Акулика [9]. Последняя учитывает локализацию, диаметр грыжевого дефекта (малые — до 5 см, средние — от 5 до 10 см, большие — от 10 до 20 см и гигантские — более 20 см), число и форму всех дефектов и мешков, вправимость, патогенез. Данная классификация нашла многих сторонников [6, 27, 39], некоторые моменты которой усовершенствованы. Так, по реакции организма на вправление грыжевого содержимого в брюшную полость грыжи подразделяют на компенсированные, субкомпенсированные, декомпенсированные, что позволило расчленить пластическое пособие на 2 этапа [24].

Однако некоторые авторы основополагающим моментом в характере и виде пластики считают площадь ПОВГ [3, 25], что позволяет дифференцированно подходить к способу реконструкции передней брюшной стенки. Обьективизировать величину грыжи можно, сравнивая площадь передней брюшной стенки с площадью грыжевых ворот и

основания грыжевого мешка. Для этой цели авторами [11] был разработан метод топографической соматометрии, суть которого заключается в измерении анатомической площади передней брюшной стенки и площади грыжевых ворот, где располагается основание грыжевого мешка. На переднюю брюшную стенку накладывают прозрачную тонкую пленку, разделенную на дециметровые и сантиметровые квадранты. Визуально и пальпаторно определяют указанные выше размеры. Считая эти две площади основанием двух полусфер, сравнивают данные величины и путем деления получают условные единицы. Таким образом, все грыжи по величине делятся на малые 7/100–7/80; средние — 1/80–1/40; большие 7/40–7/20; гигантские — более 7/8.

В классификации, разработанной в Институте хирургии им. А.В.Вишневского [44], размеры грыжи определяются по средней между минимальной и максимальной длине грыжевого выпячивания. В зависимости от размера выделяют 4 группы грыж: малые — до 10 см, средние — до 20 см, большие — до 30 см и гигантские — более 30 см. Размеры дефекта авторы не учитывают, поскольку при невраливаемых грыжах определить его не удастся, и нередко имеется несоответствие между истинными размерами дефекта и величиной грыжевого выпячивания. Кроме того, с позиции выбора оптимального для большого метода пластики дефекта брюшной стенки значительно важнее размеры грыжевого выпячивания, подлежащего вправлению в брюшную полость, чем размеры дефекта.

А.С.Ермоловым и соавт. [21] предложена классификация грыжи, учитывающая отношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости, выражаемому в процентах и называемому относительным объемом грыжи на основе инструментальных данных, полученных методом рентгенокомпьютерной герниоабдоминометрии. Авторы доказывают, что именно эта величина отражает наиболее полно отношение объемов брюшной полости и грыжи после пластического пособия на брюшной стенке. По показателю относительного объема грыжи подразделяются на малые — относительный объем до 5%, средние — от 5,1 до 14%, большие — от 14,1 до 18% и гигантские — свыше 18%.

Однако, несмотря на значительное количество предложенных классификаций ПОВГ, как отмечено в Резолюции юбилейной научной конференции «Актуальные вопросы герниологии» (18–19 октября 2006 г., Москва), на современном этапе не существует универсальной классификации ПОВГ, полностью отвечающей всем требованиям. Отмечено, что среди зарубежных классификаций наиболее рациональной представляется классификация J.P.Chevrel и A.M. Rath (1999) [Цит. по 22], принятая на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде. Последняя включает в себя три позиции — локализацию (S), ширину грыжевых ворот (W), наличие рецидива (R). Однако данная классификация не учитывает ряд важных параметров — вправимости, наличия ущемления, объема выпячивания, локализацию по отношению к пупочному кольцу. Следует заметить, что данная классификация является пройденным этапом отечественной герниологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Адамян А.А., Жигалкина И.Я., Виницкая Р.С., Комилов С.О. Хирургическое лечение вентральных грыж у гериатрических больных с хроническими легочными заболеваниями // Сов. мед.—1985.—№ 10.—С. 97–99.
- Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—1991.—№ 10.—С. 114–120.
- Андреев С.Д., Адамян А.А. Пластика обширных дефектов брюшной стенки биосинтетическими протезами // Хирургия.—1993.—№ 9.—С. 30–35.
- Барков А.А. Отдаленные результаты лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—1972.—№ 2.—С. 81–86.
- Боговяленский Н.Д. О лечении пупочных и послеоперационных грыж средней линии // VIII съезд российских хирургов.—М., 1908.—С. 40–43.
- Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки // Вестн.хир.—2002.—№ 6.—С. 76–78.
- Борисов А.Е., Михайлов А.П., Акимов В.П. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в Санкт-Петербурге за 50 лет (1946–1996 гг.) // Вестн. хир.—1997.—№ 3.—С. 35–39.
- Боровков С.А. Хирургическое лечение большой и гигантской послеоперационной грыжи живота // Хирургия.—1989.—№ 4.—С. 101–104.
- Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота.—Минск: Беларусь, 1986.—156 с.
- Веретенник Г.И., Алексеев Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки // Вестн. Росс. ун-та дружбы народов.—1999.—№ 1.—С. 131–133.
- Веронский Г.И., Зотов В.А. Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки // Вестн. хир.—2000.—№ 5.—С. 92–97.
- Веронский Г.И., Комаровских К.Д. Глубокая герниопластика из предбрюшинного доступа // Хирургия.—1991.—№ 5.—С. 79–81.
- Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки.—М.: Медицина, 1965.—327 с.
- Вреден Р.Р. Радикальные операции пупочной грыжи // VIII съезд российских хирургов.—М., 1908.—С. 38–40.
- Давыдов Ю.А., Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б. Регуляция раневого процесса у больных пожилого и старческого возраста методом вакуум-терапии // Хирургия.—1994.—№ 9.—С. 7–10.
- Даниленко М.В., Фищенко А.Я. Вопросы применения аллопластических материалов в хирургии // Хирургия.—1960.—№ 11.—С. 117–122.
- Даурова Т.Т. Особенности лечения грыж передней брюшной стенки у больных пожилого и старческого возраста // Сов. мед.—1985.—№ 2.—С. 71–73.
- Дерюгина М.С. Отдаленные результаты лечения гигантских грыж после акушерско-гинекологических операций // Хирургия.—1997.—№ 6.—С. 62–63.
- Дерюгина М.С. Способ пластики обширных дефектов передней брюшной стенки // Хирургия.—2001.—№ 3.—С. 52–54.
- Егиев В.Н. (под общ. ред.). Ненатяжная герниопластика.—М.: Медпрактика, 2002.—147 с.
- Ермолов А.С., Варшавский Ю.В., Горчаков В.К. и др. Рентгенокомпьютерная герниоабдоминометрия — метод оценки состояния брюшной стенки и параметров послеоперационной грыжи живота // Герниология.—2006.—№ 3.—С. 17–18.
- Ермолов А.С., Упырев А.В., Ильичев В.А. О современной классификации послеоперационных грыж живота // Там же.—2006.—№ 3.—С. 16–17.
- Ерехин И.А., Богородский Ю.П., Алексеев В.В. Некоторые пути улучшения результатов хирургического лечения больных с грыжами брюшной стенки по материалам городской больницы скорой помощи // Вестн. хир.—1983.—№ 1.—С. 34–38.
- Зайцева М.И. Лечение больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами методом аутопластики: Дис. ... д-ра мед. наук.—Саратов, 2001.—240 с.
- Ким В.Ю., Волков В.В., Карашуров Е.С. и др. Герниопластика аутодермальным лоскутом при рецидивных

- и послеоперационных вентральных грыжах // Хирургия.—2001.—№ 8.—С. 37–40.
26. Ковалева З.В., Нагапетян С.В. Классификация послеоперационных вентральных грыж // XII научные чтения памяти академика Н.Н.Бурденко.—Пенза, 2000.—С. 103.
 27. Кочнев О.С., Курбанов Г.Б., Биряльцев В.Н. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж // Хирургия.—1991.—№ 9.—С. 113–118.
 28. Кутявин Л.Н. Пластика грыжевых ворот мышечными тканями при послеоперационных вентральных грыжах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Ижевск, 1970.—26 с.
 29. Лукомский Г.И., Ткаченко А.М., Антропова Н.В. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—1985.—№ 1.—С. 51–53.
 30. Мариев А.И., Ушаков Н.Д., Шорников В.А., Иванова А.М. Послеоперационные вентральные грыжи.—Петрозаводск: изд. Петрозаводск. ун-та, 2003.—124 с.
 31. Мачабели А.Н. Закрытие обширных вентральных грыж брюшной стенки трансплантацией кожного рубца под брюшину передней брюшной стенки // Хирургия.—1961.—№ 6.—С. 80–84.
 32. Молоденков М.Н. К методике операций при больших послеоперационных грыжах передней брюшной стенки // Хирургия.—1961.—№ 6.—С. 88–92.
 33. Монаков Н.З. Послеоперационные грыжи.—Сталинабад: Полиграфкомбинат Министерства культуры Таджикской ССР, 1959.—146 с.
 34. Мошкова Т.А. Протезирование передней брюшной стенки при лечении гигантских вентральных грыж // Вестн. хир.—2007.—№ 5.—С. 99–102.
 35. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия.—2007.—№ 7.—С. 69–74.
 36. Полянский В.А. Восстановление брюшной стенки при обширных дефектах методом аутопластики // Вестн. хир.—1978.—№ 4.—С. 18–22.
 37. Седов В.М., Гостевской А.А., Тарбаев С.Д. и др. Сетчатые имплантаты из поливинилиденфторида в лечении грыж брюшной стенки // Вестн. хир.—2008.—№ 2.—С. 16–21.
 38. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—2005.—№ 3.—С. 85–87.
 39. Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Курыгин А.А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема // Вестн. хир.—2006.—№ 1.—С. 15–17.
 40. Степанов В.С. Анатомические обоснования пластики больших дефектов брюшной стенки перемещением мышечно-апоневротических лоскутов // Хирургия.—1955.—№ 4.—С. 18–25.
 41. Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валуйская Н.М. и др. Герниопластика без натяжения полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» у больных с ущемленными грыжами живота больших и гигантских размеров // Вестн. хир.—2005.—№ 6.—С. 38–41.
 42. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота.—М.: Медицина, 1983.—239 с.
 43. Тычинкина К.А., Яговкин В.Ф. Пластика апоневроза передней брюшной стенки расщепленным кожным аутоотрансплантатом без удаления эпидермиса // Вестн. хир.—1969.—№ 4.—С. 60–62.
 44. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—2000.—№ 1.—С. 11–14.
 45. Хайдаров А.Х., Обухова Л.М., Вахидов А.З. Укрепление брюшной стенки при рецидивирующих брюшных грыжах методом пластики апоневроза и кожи встречными лоскутами по А.А. Лимбергу // Хирургия.—1961.—№ 6.—С. 95–97.
 46. Чистяков А.А., Богданов Д.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж.—М.: МИА, 103 с.
 47. Шапошников В.И. Лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия.—2000.—№ 12.—С. 30–33.
 48. Яцентюк М.Н. Классификация послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки // Вестн. хир.—1978.—№ 4.—С. 28–30.

Поступила в редакцию 13.05.2009 г.