

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

ШТУРИЧ И.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии*

Резюме. В статье представлен анализ результатов лечения 326 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В результате исследований определены необходимые реабилитационные мероприятия и последовательность их проведения у пациентов с сопутствующими заболеваниями в предоперационном периоде. Изучены ранние результаты герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах. Определен алгоритм предоперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Определен способ антибиотикопрофилактики. Оценено комбинированное выполнение абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки, показана патогенетическая обоснованность применения данного вида операции для достижения хорошего функционального и эстетического результата.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, абдоминопластика, антибиотикопрофилактика.

Abstract. In this article the treatment results analysis of 326 patients with postoperative ventral hernias is presented. As a result of researches necessary rehabilitation measures and the sequence of their carrying out in patients with concomitant diseases in the preoperative period have been determined. Early results of hernioplasty in case of postoperative ventral hernias have been studied. The algorithm of preoperative preparation, intra - and postoperative management of patients with postoperative ventral hernias has been elaborated. The way of antibiotic prophylaxis has also been determined. The combined performance of abdominoplasty and non-tension hernioplasty of the anterior abdominal wall has been estimated, pathogenetic validity of the application of the given type of operation for the achievement of good functional and aesthetic result has been shown.

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) относятся к числу поздних осложнений в абдоминальной хирургии. Частота возникновения их после опера-

тивных вмешательств на органах брюшной полости составляет 20 – 25% [1, 2, 3, 4]. Большие и гигантские ПВГ являются заболеваниями, создающим проблемы со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, пищеварения, особенно среди пациентов пожилого и старческого возраста [5, 6, 7, 8].

Конкурирующими методами герниопластики являются ауто- и аллопластика передней

Адрес для корреспонденции: 210023, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии. Тел. моб.: +375 (44) 701-97-11 – Штурич И.П.

брюшной стенки. Использование аллопластических способов закрытия грыжевых дефектов позволяет улучшить результаты лечения. Это привело к снижению числа рецидивов не более 1,8%, тогда как при аутопластике этот показатель составляет 25 – 49% [4, 7, 9-13].

Целью работы было улучшение результатов хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) путем разработки алгоритма их ведения в до-, интра- и послеоперационном периодах.

Методы

Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 326 пациентов с ПВГ, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» с 2001 по 2011 г.г. Их распределение по полу и возрасту представлено на рисунке 1.

Наибольший удельный вес составили женщины по сравнению с мужчинами (соответственно 52,5% и 47,5%). Самому молодому пациенту было 27 лет, а самому старшему 79 лет. Средний возраст у женщин составил – 56,35±11,61 года, у мужчин – 55,53±12,88 года. С увеличением возраста увеличивалось и чис-

ло пациентов с ПВГ как среди мужчин, так и среди женщин. Необходимо отметить, что лица старше 46 лет составили 77% и эта группа была наиболее сложная в плане проведения оперативного вмешательства в связи с наличием сопутствующих заболеваний.

Немаловажное значение в выборе операции и ее исходе имел характер сопутствующих заболеваний, поэтому мы при поступлении пациентов детально их обследовали на предмет выявления сопутствующей патологии. В таблице 1 представлены сопутствующие заболевания и частота их встречаемости.

При определении размеров грыжи мы пользовались классификацией J. Chevrel и A.Rath, 1999 год (рис. 2).

Срок грыженосительства варьировал от 1 месяца до 4 лет и в среднем составил 14,5 месяцев.

ПВГ чаще возникали у пациентов, оперированных по поводу гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости; у пациентов, которым выполнялись релапаротомии, применялась методика программированных санаций брюшной полости и лапаростомия, а также у которых в раннем послеоперационном периоде были отмечены раневые (нагноение раны, инфильтрат) либо легочные осложнения (обострение хроническо-

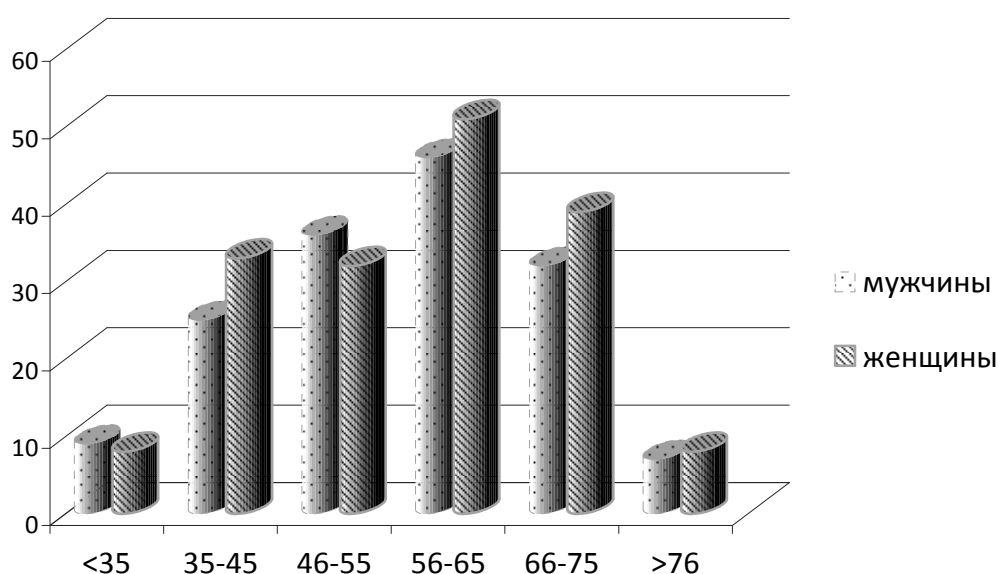


Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту.

Таблица 1

Характер сопутствующих заболеваний

Заболевания	Количество пациентов (%)
Гипертоническая болезнь	53 (23,8)
ИБС	61 (27,4)
Ожирение II – III ст.	52 (23,3)
Сахарный диабет	14 (6,3)
Варикозное расширение вен нижних конечностей	32 (14,2)
Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии	11 (5)
Всего	223 (100)

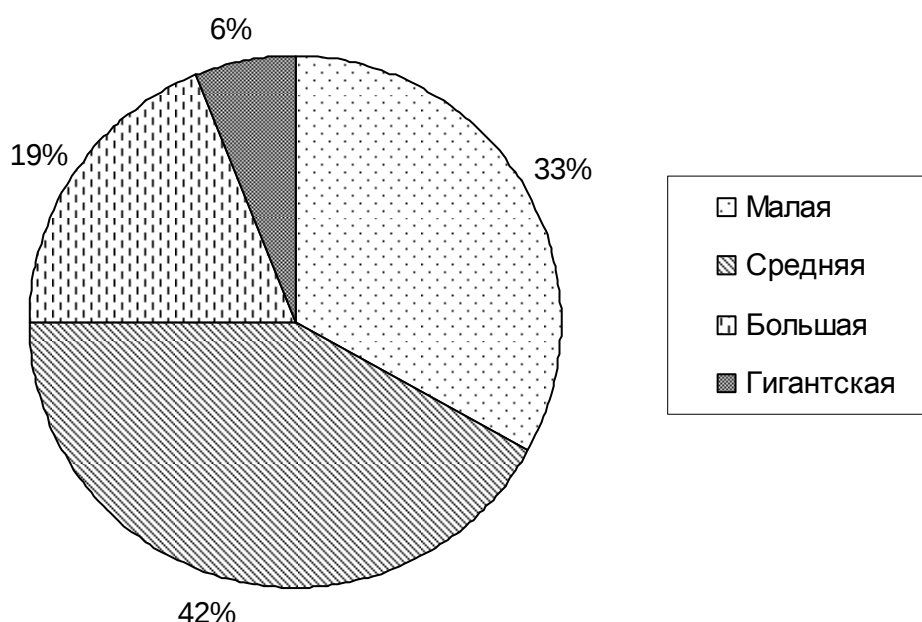


Рис. 2. Размеры ПВГ у обследованных пациентов.

го обструктивного бронхита, пневмонии). Через 2 – 3 года после операции возникновение грыжи пациенты связывали с выполнением тяжелого физического труда.

Всех пациентов с ПВГ разделили на 3 группы:

I группа (26%) – пациенты с нормальными функциональными показателями, у которых операция не представляла серьезной опасности;

II группа (69,4%) – пациенты со сниженными функциональными показателями, которые могли быть улучшены в течение нескольких недель или месяцев предоперационной подготовки;

III группа (4,6%) – пациенты с выраженными нарушениями функциональных показателей, которые практически не могли быть

улучшены перед операцией. Эта группа представляла серьезную проблему для хирургического лечения, и чаще всего у этих пациентов приходилось воздерживаться от пластики грыжи (им было рекомендовано оперативное лечение по жизненным показаниям).

Результаты исследования обработаны с использованием программы «Statistika 6.0», стандартного пакета статистических программ «Microsoft Excel» на персональном компьютере IBM PC AT «Pentium-IV».

Результаты и обсуждение

Пациентами I группы были лица молодого и среднего возраста с неосложненными формами ПВГ при отсутствии сопутствующей патологии. В какой-либо специальной подго-

товке они не нуждались. Такие пациенты, поступая в стационар, уже имели на руках результаты обязательных исследований. Вечером, накануне операции, производили очистительную клизму, а утром подготавливали операционное поле. Уделялось внимание наличию воспалительных процессов любой этиологии в зоне операции и на других частях тела.

Пациенты II группы требовали тщательного обследования и предоперационной подготовки, при этом особо учитывались наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний.

До операции изучали функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, проводили спирометрию, изучался газовый состав крови. Первым этапом подготовки являлось выполнение дыхательных упражнений, упражнений типа подъема по лестнице и др. При необходимости назначали прием муколитических и отхаркивающих препаратов, постуральный дренаж, курс физиотерапевтических процедур. По показаниям проводили лечение сердечными препаратами, витаминами, коррегировали уровень глюкозы в крови.

Пациенты с большими и гигантскими ПВГ составляли особую группу риска, поскольку резкое повышение внутрибрюшного давления после герниопластики могло привести к декомпенсации функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Поэтому особую важность приобретала адаптация пациента к перемещению значительного объема содержимого из грыжевого мешка в брюшную полость, что достигалось вправлением содержимого грыжи в брюшную полость и бандажированием живота.

Важным этапом предоперационной подготовки пациентов с большими и гигантскими ПВГ являлось соблюдение бесшлаковой диеты и подготовка кишечника (производили очистительные клизмы, которые иногда заменяли тщательно подобранной дозой слабительных средств). Дефицит солей, углеводов и белков восполняли парентеральным введением солевых препаратов, концентрированных растворов глюкозы и белковых препаратов.

Такая подготовка позволяла добиться стабилизации показателей гемодинамики и дыхания при полном вправлении грыжи, что являлось критерием эффективности проводимых мероприятий и в значительной степени снижало риск операции.

С целью получения целостной картины состояния пациентов и ее динамики в результате предоперационной подготовки нами был использован психологический опросник – SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»).

Пациенты (n=11) заполняли анкеты в стационаре до и после проведения лечебно-подготовительных мероприятий. Показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов до и после проведения реабилитационных мероприятий представлены в таблице 2.

Из методов устранения ПВГ аутопластика использовалась у 152 (46,6%) пациентов, из них у 145 – с использованием полиспасных швов, у 1 – по Напалкову и у 6 – по Мейо.

Аллопластические способы герниопластики используются в клинике с 2004 года и применены у 174 (53,4%) пациентов.

В надпоясничном пространстве (методика «on lay») фиксация эндопротеза выполнена у 64 пациентов, в подпоясничном (или ретромулярно) (методика «sub lay») – у 109 пациентов. При наличии больших грыжевых ворот, из-за значительного натяжения краев раны у 1 пациента выполнена ненатяжная пластика синтетической сеткой по методике «in lay» (сетку фиксировали по периметру дефекта без натяжения тканей).

В качестве имплантатов для закрытия грыжевых дефектов использовали полипропиленовые сетки «Surgio pro Mesh», «Marlex mesh», «VYPRO», «Proceed» (США) и «Линтекс» (Россия). Полипропиленовую сетку фиксировали к неизменному апоневрозу, отступя 3 – 4 см от края грыжевых ворот по всему периметру полипропиленовой мононитью (2/0 – 3/0) непрерывным или отдельными узловыми швами. Сетку прикрепляли без натяжения.

Зашивание операционной раны производили после тщательного промывания фи-

Таблица 2

Показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов до и после проведения реабилитационных мероприятий

Показатель	До лечения, М (LQ-UQ)	После лечения, М (LQ-UQ)
Физическое функционирование	27,5 (25-45)	82,5 (70-95)*
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	0	100 (50-100)*
Интенсивность боли	100 (100-100)	62 (52-64)*
Общее состояние здоровья	32,5 (25-35)	64,5 (52-72)*
Жизненная активность	25 (20-25)	70 (55-70)*
Социальное функционирование	50 (50-50)	87,5 (87,5-100)*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0	100 (66,7-100)*
Психическое здоровье	42 (40-44)	72 (64-72)*

Примечание: * - $pU < 0,05$, различия статистически достоверные между показателями до и после лечения. pU – непараметрический критерий Вилкоксона (парный). Данные представлены в виде М (LQ-UQ), где М – медиана, LQ-UQ – интерквартильный размах.

зиологическим раствором. Узловыми швами сопоставляли клетчатку и кожу. Операцию заканчивали дренированием раны трубчатым аспирационным дренажем.

В период с 2010 по 2011 г.г. в нашей клинике выполнялась ненатяжная герниопластика и комбинированная абдоминопластика передней брюшной стенки. Была прооперирована 21 пациентка с наличием птоза живота и грыжевого дефекта передней брюшной стенки различной локализации. Во всех случаях выполнялась классическая абдоминопластика. В 75% случаев абдоминопластика дополнялась липосакцией боковых отделов передней брюшной стенки. Ненатяжную герниопластику выполняли по методу «sub lay» с применением частично рассасывающейся облегченной мультифиламентной сетки «VYPRO» (США). Ложе установки полипропиленовой сетки не дренировалось в силу удовлетворительного гемостаза. Вакуум-дренажи устанавливались у всех пациенток в зоне отслойки подкожно-жировой клетчатки.

Тактика ведения пациентов в послеоперационном периоде была активной. Пациентам на вторые сутки разрешали садиться в

постели. Обязательным моментом было бандажирование.

Для предупреждения ТЭЛА пациентам назначали антикоагулянты прямого действия (фрагмин, клексан). Фрагмин использовали по следующей схеме: пациентам с умеренным риском тромбоэмболических осложнений вводили 2500 МЕ подкожно за 2 часа до операции и 2500 МЕ подкожно каждое утро после операции (5-7 дней). Пациентам с высоким риском тромбоэмболических осложнений за день до операции вводили 5000 МЕ подкожно вечером перед операцией и 5000 МЕ подкожно после операции каждый вечер. Клексан применяли следующим образом: пациентам с умеренным риском тромбоэмболических осложнений вводили 20 мг один раз в сутки подкожно, а пациентам с высоким риском – 40 мг один раз в сутки подкожно. Длительность лечения в среднем составляла 7 – 8 дней.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что проведение антибиотикопрофилактики хирургических инфекций должно быть по времени связано с выполнением оперативного вмешательства [14].

При малых грыжах у 106 пациентов (33%) использовалось введение антибиотика вместе с началом наркоза или кожного разреза (ультракороткая антибиотикопрофилактика), при средних грыжах (135 пациентов (42%)) проводили оптимальную или системную антибиотикопрофилактику (антибиотик вводили за 1 – 2 часа до операции и в течение 24 – 72 часов после ее завершения). При больших и гигантских грыжах у 85 пациентов (25%) использовали длительную антибиотикопрофилактику (начинали за 2 – 12 часов до операции и продолжали 7 – 10 дней после ее завершения). Пациентам применялись препараты цефалоспоринового ряда по 1,0 – 2,0 г внутривенно или внутримышечно.

В раннем послеоперационном периоде местные осложнения после аутопластики наблюдались у 8 (5,3%) пациентов (инфильтрат брюшной стенки – 1, гематома в подкожной клетчатке – 4, нагноение операционной раны – 3).

Осложнения со стороны раны после аллопластики отмечены у 21 (12%) пациента. У одного пациента нагноилась рана. Операционную рану лечили по правилам гнойной хирургии, после чего она зажила вторичным натяжением. Синтетический материал удален не был.

У 18 пациентов с большими и гигантскими грыжами, страдавших ожирением II–III степени, при выполнении пластики по методике «on lay» были отмечены серомы с длительностью до 2–3 недель. Для оценки состояния раны проводили ультразвуковое обследование. После установления наличия жидкостного образования (сером) выполнялась направленная пункция полости экссудации под ультразвуковым контролем. С помощью 2–4 пункций осложнения были устранены. У одного пациента наблюдалась экссудация (до 50 мл) из раны в течение 28 дней после удаления дренажа.

При поддиафрагмальном или ретромультикулярном расположении сетчатого имплантата (методика «sub lay») осложнений в виде сером не выявляли.

Был изучен клеточный состав раневого экссудата и полученной жидкости во время

пункций, взятые на 1, 5, 8 сутки послеоперационного периода, и выявлено три периода его продукции. В первый период раневой экссудат был представлен геморрагической жидкостью, характеризующейся наличием эритроцитов в большом количестве (150–200) в поле зрения. Во второй период количество эритроцитов уменьшалось (50–60 в поле зрения) и увеличивалось содержание сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов (80–100 в поле зрения), что соответствовало продукции серозно-геморрагической жидкости. Третий период характеризовался продукцией серозной жидкости, в которой отмечалось незначительное содержание сегментоядерных нейтрофилов с лимфоцитами (8–10 в поле зрения).

У 2 пациентов в послеоперационном периоде после аллопластики была выявлена гематома, что потребовало повторной операции – ревизии раны и гемостаза.

В раннем послеоперационном периоде 1 пациентка умерла (0,3%) от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Анализ течения послеоперационного периода после выполнения ненатяжной герниопластики и комбинированной абдоминопластики передней брюшной стенки показал, что серьезных осложнений со стороны дыхания и сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. В результате липосакции и удаления кожно-жирового «фартука» масса тела пациенток снижалась на 9,54±2,82 кг. Нагноений послеоперационных ран не было. У 2 пациенток наблюдался фрагментарный краевой некроз кожи, который впоследствии был успешно откорректирован. У 2 пациенток отмечалось наличие сером, которые были ликвидированы путем пункции в раннем послеоперационном периоде. В 1 случае сохранение пупка не представлялось технически возможным из-за выраженного грыжевого дефекта, в связи с чем пупок был сформирован из местных тканей.

Заключение

1. Пациенты с сопутствующими заболеваниями со сниженными функциональными показателями сердечно-сосудистой и дыха-

тельной систем, особенно с большими и гигантскими ПВГ, требуют тщательной предоперационной подготовки.

2. При больших, гигантских и рецидивных ПВГ необходимо использовать аллопластику, предпочтение желательно отдавать подапоневротическому расположению имплантата, поскольку риск развития местных послеоперационных осложнений в виде сером минимален.

3. Проведение антибиотикопрофилактики хирургических инфекций при герниопластике ПВГ и абдоминопластике является целесообразным. При малых грыжах можно использовать ультракороткое введение антибактериальных препаратов, при средних – проводить оптимальную или системную антибиотикопрофилактику. При больших и гигантских грыжах желательно использовать длительную антибиотикопрофилактику.

4. После аллопластики передней брюшной стенки для уменьшения местных осложнений в виде сером и гематом необходима постановка вакуум-дренажей в область фиксации эндопротеза и подкожную жировую клетчатку.

5. Комбинированное выполнение абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки является патогенетически обоснованным способом профилактики рецидива грыж, позволяет одновременно добиться хорошего эстетического и функционального результата.

Литература

1. Федоров, В.Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / В.Д. Федоров, А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия // Хирургия. – 2000 – № 1. – С. 11–14.
2. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 440 с.
3. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. – М.: Триада-Х, 2003. – 144 с.
4. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев [и др.]. – Самара, 2005. – 208 с.
5. Абдурахманов, Ю. Х. Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде / Ю. Х. Абдурахманов, В. К. Попович, С. Р. Добровольский // Хирургия им. Н.И.Пирогова. – 2010. – № 7. – С. 32–36.
6. Заривчацкий, М.Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / М.Ф. Заривчацкий, В.Ф. Яговкин // Вестн. хирургии. – 2005. – Т. 164, № 6. – С. 33–37.
7. Результаты лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей / Ю.Р. Мирзабекян [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 5. – С. 52–54.
8. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж / А.Н. Чугунов [и др.] // Герниология. – 2005. – № 4. – С. 5–4.
9. Баулин, Н.А. Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота / Н.А. Баулин, М.И. Зайцева, И.В. Сергеев. – Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2001. – 188 с.
10. Зайцева, М.И. Выбор метода вентропластики с использованием местных тканей по поводу послеоперационной обширной грыжи брюшной стенки / М.И. Зайцева, Н.А. Баулин, И.В. Сергеев // Клін. хірургія. – 2001. – №10. – С. 58–61.
11. Саенко, Я.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / Я.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.Н. Маноило // Клін. хірургія. – 2002. – № 1. – С. 5–9.
12. Stoppa, R. Long-term conepliocctions of prosthetic incisional hernioplasty (Letter) / R. Stoppa // Arch. Surg. – 1998. – Vol. 133. – P. 1254–1255.
13. Brenner, J. Mesh materials in herniarepair / J. Brenner // Expert meeting on hernia surgery. – 1995. – P. 172–179.
14. Гаин, Ю.М. Антибактериальная терапия и профилактика хирургической инфекции / Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев, В.А. Стельмах. – М.: Медицина, 2002. – 896 с.

Поступила 14.05.2012 г.
Принята в печать 04.06.2012 г.