

**ЛОКАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
(ДЛИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)**

Моисей Борисович Скворцов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра госпитальной хирургии, зав. – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Представлены длительные собственные клинические наблюдения локальной пластики рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки. Оптимальным способом герниопластики является пластика собственными тканями из передней брюшной стенки.

Ключевые слова: герниопластика, послеоперационные грыжи, пластика собственными тканями.

**LOCAL PLASTY OF RECURRENT POSTOPERATIVE HERNIAS OF ABDOMINAL WALL
(LONG-TERM CLINICAL-ANATOMICAL OBSERVATIONS)**

M.B. Skvortsov

(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The long-term own clinical observations of local plastic surgery of recurrent postoperative abdominal wall hernia are presented. The best way of hernioplasty is a plastic surgery with own tissue from the anterior abdominal wall.

Key words: hernia repair, postoperative hernia, plasty with own tissues.

Грыжи передней брюшной стенки являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют до 20-26% от всех наружных грыж живота, занимая по частоте второе место после паховых грыж. Эти грыжи возникают на месте лапаротомических разрезов. Причиной их возникновения могут послужить ошибки хирурга в техническом отношении. Часто, однако, причиной служат и конституциональные особенности больного, недостаточно оцененные хирургом, или нарушения врачебных предписаний (преждевременная нагрузка операционного рубца). Число таких грыж велико, и число лапаротомий по поводу этих грыж изо дня в день неуклонно растет [3].

В среднем ПОВГ развиваются у 10-32% оперированных на органах брюшной полости. Для ПОВГ характерно быстрое увеличение размеров, велика частота осложнений. Большинство больных (50-60%) находятся в трудоспособном возрасте и проблема их лечения актуальна в социально-экономическом смысле. Отмечают, что предложено 150-200 способов оперативного лечения ПОВГ [4,5], остается высокой частота рецидивов (14-15%), а повторные операции сопровождаются увеличением размеров грыжи до 20-64% [3,4,5]. У больных с большими и гигантскими вентральными грыжами высока послеоперационная летальность (3-7%). Во многом неудовлетворительные результаты оперативного лечения ПОВГ связаны с неадекватным выбором способа герниопластики [1,4].

Оперативные вмешательства при послеоперационных грыжах имеют ряд иногда сложных особенностей. Стандартной операции при послеоперационных грыжах нет [3]. Аутопластические способы, среди которых наибольшее распространение получила фасциально-апоневротическая пластика, в основном, это способы Мартынова, Напалкова, Сапежко, Мейо, Сабанеева-Монакова (рис. 1, 2, 3) – не всегда являются надежными и достаточно радикальными [5]. Основными причинами неудач аутопластики являются выраженные дистрофические и рубцовые измене-

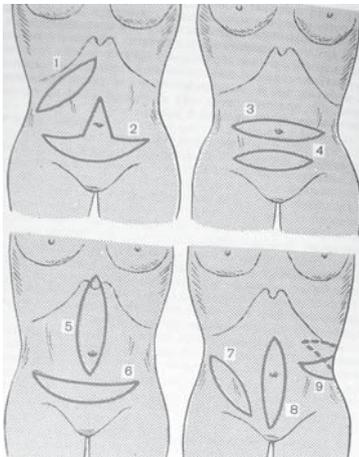


Рис. 1. Варианты доступов при пластике грыж передней брюшной стенки (9 позиций) [5].

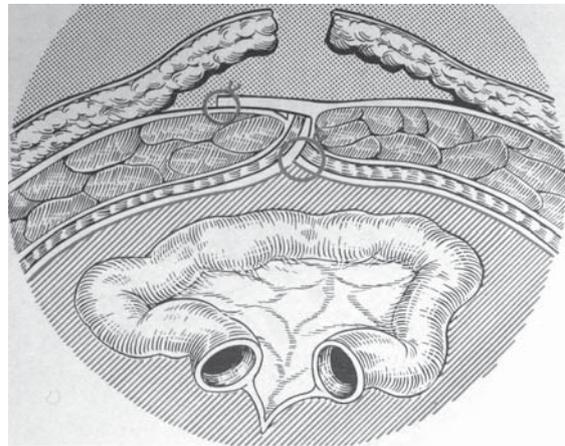


Рис. 2. Схема пластики грыж передней бр. стенки по А.В. Мартынову [цит. по 5].

ния в области грыжевых ворот и близлежащем мышечно-апоневротическом каркасе, прогрессирующая ригидность

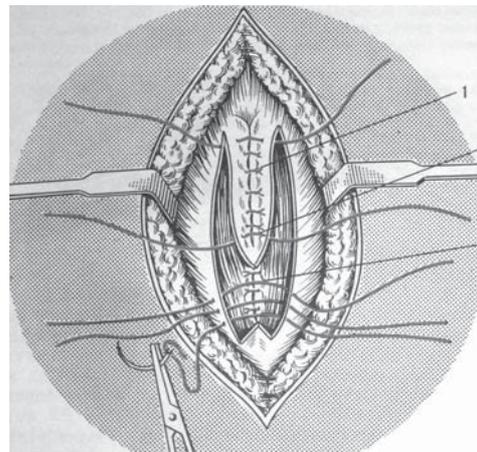


Рис. 3. Схема пластики послеоперационной грыжи передней брюшной стенки по П.Н. Напалкову [5].

брюшной стенки, что снижает прочность швов. Кроме того, следующее за местной пластикой уменьшение объема брюшной полости приводит к повышению внутрибрюшного давления и увеличивает нагрузку на ткани и швы в зоне опера-

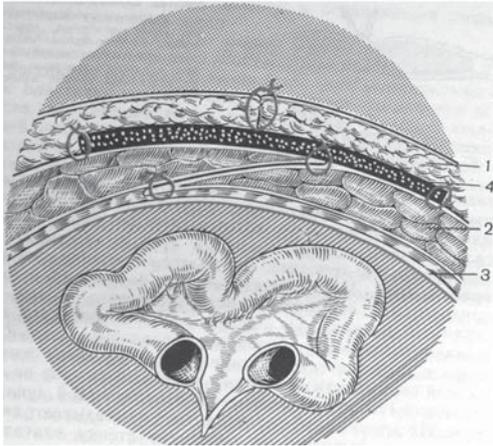


Рис. 4. Вариант аллопластики послеоперационной грыжи передней брюшной стенки с преапоневротическим расположением имплантата [5].

тивного вмешательства [4]. И это также увеличивает риск рецидива. На результаты пластики влияют также размеры ПОВГ. К.Д. Тоскин и В.В. Жебровский предлагают классифицировать ПОВГ по величине и различают грыжи: а) малая; б) средняя; в) обширная; г) гигантская [5].

Ряд авторов указывают, что активное внедрение аутопластики в лечение вентральных грыж позволило значительно уменьшить число рецидивов [1,2,4,5]. Доля аллопластических операций при лечении грыж передней брюшной стенки к концу 2-го тысячелетия в США и Европе составляет 75-85% от общего их числа. В настоящее время наиболее распространены пластическим материалом для протезирования брюшной стенки являются сетчатые полипропиленовые эксплантаты. Однако их широкое использование выявило ряд проблем. Отмечают рецидивы, гнойные свищи послеоперационной раны, невралгию в зоне оперативного вмешательства [2].

Отмечают, что внутрибрюшинное (интраперитонеальное, без укрытия лоскутом брюшины) размещение протеза позволило снизить число рецидивов и осложнений. Но не избавило больных от осложнений и при длительном наблюдении этот показатель может достигать 32% [1,2,3,4,5].

Известно, что имплантаты претерпевают физические изменения – уменьшается их площадь, эластичность и прочность, меняются свойства капсулы вокруг имплантатов [1,2,3,4]. И эти изменения, которые претерпевают разные имплантаты в брюшной стенке, «являются предметом активной дискуссии» [1,2,3,4].

Внутрибрюшинное размещение полипропиленовых протезов без покрытия может приводить к формированию прочных сращений с внутренними органами [1].

Отмечают появление сращений и спайкообразование при использовании разных имплантатов, а размещение в брюшной полости протезов может приводить к массивному спаечному процессу и формированию кишечных свищей. Клинические проявления при использовании имплантатов проявляются дискомфортом в животе и формированием хронического болевого синдрома [1,2].

Изложенное требует поиска наиболее эффективных, физиологичных и надежных методов пластики послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Кафедра госпитальной хирургии ИГМУ располагает более, чем 50 летним опытом лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Глубоко этим вопросом занимался доктор мед. наук доцент Б.И. Чуланов, который использовал различные, самые современные по тому времени методики грыжепластики. От некоторых он отказался (пластика по С.П. Шиловцеву, пластика с использованием синтетических имплантатов и, возможно, другие), приняв единственно возможное по тем временам решение – максимально использовать местные ткани. С 1969 г. автор настоящей работы выполняет эти операции у нескольких человек ежегодно, придерживаясь рекомендаций Учителя – максимально использовать собственные ткани больного. Приводим некоторые из наших многочисленных наблюдений.

Наблюдение 1. Н-в С. М., 66 лет. Проживает в пос. 3., Иркутской области. Пенсионер. Явился по приглашению 22.01.2013 г. для осмотра и возможного обследования. Ранее лечился и оперирован в отделении грудной хирургии ИГОКБ с 15.11.1999 по 01.12.1999г. с диагнозом рецидивная послеоперационная обширная грыжа передней брюшной стенки.

История заболевания. В 1981 г. с диагнозом «ножевое ранение живота» оперирован в больнице по месту жительства. После операции появилась грыжа передней брюшной стенки. По поводу этой грыжи оперирован там же – наступил рецидив, оперирован там же повторно. И вновь возник рецидив. В третий раз оперирован в г. Ч. – выполнена пластика грыжи «по П.Н. Напалкову». В 1991 г. – произошла «очередная» травма – автомобильная, с переломами костей голени, с разрывом брыжейки кишки, оперирован в районной больнице – это уже 5-я операция. В шестой раз оперирован в специализированном отделении – повторно по поводу рецидивировавшей послеоперационной грыжи передней брюшной стенки. Вскоре после этой операции вновь наступил рецидив, по поводу которого обратился в наше отделение и был госпитализирован 15.11.1999 г. с диагнозом постоянно рецидивировавшей грыжи передней брюшной стенки. Таким образом, всего с 1986 г. до поступления к нам перенес 6 операций на брюшной стенке и в брюшной полости по поводу травм живота, кишечной непроходимости, рецидивов грыжи брюшной стенки.

При обследовании в ноябре 1999 г. предъявлял жалобы на наличие грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке, мешающего жить, выполнять физические нагрузки. Нечеткие боли в эпигастрии, больше справа, боли в области грыжевого выпячивания. Объективно: на передней брюшной стенке пальпаторно и визуально выявлен дефект апоневроза размерами 15x23 см, через него при натуживании выбухают петли и пальпируются петли кишечника. Пальпация передней брюшной стенки умеренно болезненна, определяется локальная болезненность в правом подреберье. Положителен симптом кашлевого толчка. Признаков ущемления нет. При ФГС – патологии в пищеводе, желудке и 12-п кишке не найдено. На флюорогастрэнтерограммах выявлено скопление контрастной массы в тонкой кишке, смещенной в левую половину брюшной полости, с задержкой эвакуации. На УЗИ живота выявлены камни желчного пузыря. Диагноз: послеоперационная обширная рецидивная грыжа передней брюшной стенки, спаечная болезнь, хронический калькулезный холецистит. 18.11.1999 г. – Операция герниолапаротомия, холецистэктомия, тотальный энтеролизис, герниопластика.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхняя срединная лапаротомия с иссечением кожного рубца, рубцов апоневроза и межмышечного апоневротического источенного рубца в верхней половине белой линии. При этом отмечено наличие вистланной эндотелием (макроскопически) полости между листками апоневроза с серозной жидкостью (вероятно, после пластики по Напалкову), размеры дефекта апоневроза 15x23 см. На уровне пупка – еще один дефект апоневроза диаметром до 5 см. В желчном пузыре – несколько мелких конкрементов диаметром 2-4 мм. Желчный пузырь мобилизован и удален от шейки с раздельной перевязкой d. cysticus et a. cystica. Восстановлена печеночно-дуоденальная связка, частично ушито ложе пузыря. К Винслову отверстию подведен дренаж и выведен через дополнительный разрез в правом подреберье. При осмотре тонкой кишки выявлено тотальное сращение петель ее между собой с образованием плотного конгломерата, оттесненного в левую половину живота вследствие сращения правой половины большого салника с париетальной брюшиной в области правого бокового канала. Сальник мобилизован, измененная его часть отсечена и удалена. С техническими трудностями произведено разделение петель тонкой кишки. Блокада брыжейки кишки раствором новокаина 0,25% – 130 мл. Назинтестинальная интубация по И.Р. Житнюку. Гемостаз. По краю грыжевого отверстия выделены медиальные края влагалищ прямых мышц живота и вскрыты продольным разрезом, после чего выделены и разрезаны передняя стенка апоневроза прямых мышц и задняя стенка вместе с поперечной фасцией и брюшиной. Раздельно узловыми швами сшиты задняя стенка вместе с поперечной фасцией и брюшиной, затем – передняя стенка апоневроза также узловыми швами. Отмечено, что слои апоневроза несколько источены. После шивания апоневроза обе прямые мышцы живота интимно сблизилась между слоями ушитого

апоневроза. Шов тканей брюшной стенки над апоневрозом, швы на кожу. Асептические наклейки.

Препарат: Удален желчный пузырь. Он несколько увеличен, стенка истончена, в его просвете – камни. Пузырный проток сужен до полной непроходимости. Иссечены также рубцы апоневроза передней брюшной стенки – все направлено на гистологическое исследование. Диагноз подтвержден.

В послеоперационном периоде был непродолжительный эпизод воздушной эмболии через подключичный катетер. Он бесследно прошел в течение суток в палате интенсивной терапии. Выписан без осложнений 01.12.1999 г.

Был повторно осмотрен в августе 2006 г. Жалоб не предъявлял, рубец на передней брюшной стенке – в удовлетворительном состоянии. Рецидива грыжи не отмечено.

После нашей операции занимался гиревым спортом, штангой, настольным теннисом, волейболом, хоккеем. С 2006 г. занимается выращиванием и «воспитанием» орловских рысаков, выездкой их, сам был наездником. После операции работал председателем спорткомитета района, затем был первым заместителем главы администрации района. В возрасте 64 лет (в 2009 г.) ушел на пенсию. В настоящее время не работает, сам у себя дома выращивает коней, быков, содержит пчел, занимается охотой, рыбалкой.

Повторно явился по приглашению 22.01.2013 г. В настоящее время жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Питается обычной пищей, стул ежедневный, кал оформлен. Объективно: правильного атлетического телосложения, гипертеник. Активен. Кожа и видимые слизистые не изменены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Мышечная система выражена хорошо. Грубая клетка правильной формы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симметрична. При пальпации не напряжена, не болезненна. По средней линии от мечевидного отростка до пупка и чуть ниже него – тонкий линейный послеоперационный рубец. Он подвижен, не болезнен. При глубокой пальпации дефекты на передней брюшной стенке и в области операционного рубца не выявляются. При кашле дефекты брюшной стенки также не выявляются.

22.01.2013 г. в отделении ультразвуковой диагностики произведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства: печень в размерах не увеличена (КВР 15,4 см, ТЛД 5,0 см). Контуры печени ровные, эхогенность повышена, структура неоднородная. Сосудистый рисунок: v. portae 1,1 см, холедох 0,6 см, v. cava inferior 1 см, колабирует. Сегментарные желчные протоки не расширены. Очаговые изменения не выявлены. Желчный пузырь не визуализируется, т.к. удален ранее. Поджелудочная железа. Размеры – головка 3,0 см, тело – 1,5 см, хвост – 2,0 см. Эхогенность значительно повышена, структура выражена – неоднородная. Контуры слабоволнистые. Вирсунгов проток не расширен. Очаговые изменения не выявлены. Селезенка:



Рис. 5. Ультрасонограмма передней брюшной стенки Н-ва С.М. от 22.01.2013 г. Видна восстановленная средняя линия, по бокам от нее – восстановленные влагалища прямых мышц живота, в которых контурируются обе прямые мышцы живота. Соотношения близки к нормальным. При УЗИ – осмотре на большом протяжении дефектов по средней линии не выявлено.

размеры – 8,5 x 3,0 см, площадь N (N – до 55 см²), структура однородная, очаговые изменения не выражены. V. lienalis не расширена.

Почки: расположение (от купола диафрагмы стоя – норма до 5 см), справа – норма, слева – норма. Размеры: правая – 12,0x6 см, левая 11,6x5,7 см. Подвижность физиологическая, зависит от фазы дыхания. Форма обычная, контуры волнистые. Дифференцировка на слои сохранена. Паренхима толщиной 1,4 см, эхогенность обычная. ЧЛК: не дилатирован, разрыхлен, неоднороден с бестеневыми гиперэхогенными включениями. С обеих сторон, большие слева в проекции ЧЛК – анэхогенные образования максимально слева до 2,0 см, аналогичные подкапсульно до 2 см слева. С обеих сторон микролиты до 0,6-0,7 см. Очаговые изменения не выявлены. Область надпочечников внешне не изменена. Лимфоузлы не визуализируются. Свободная жидкость и ее локальные скопления в брюшной полости: не выявлены. Дополнительно: при локации брюшной стенки, в зоне послеоперационного рубца дефектов апоневроза не выявлено (рис. 5). Заключение: выраженные диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, микронефролитиаз, кисты почек с обеих сторон.

Цель демонстрации приведенного, одного из многих наших наблюдений:

1. Показать возможность радикального излечения неоднократно рецидивирующей обширной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки путем пластики грыжевых ворот локальными тканями.

2. Послойное «анатомичное» сшивание апоневротических тканей позволяет получить хорошее срастание тканей передней брюшной стенки и на много лет устранить грыжу передней брюшной стенки.

При пластике послеоперационной грыжи у одного из наших больных создать достаточный запас (объем) местных тканей для пластики по субъективным обстоятельствам не удалось, и ему был вшит синтетический протез поверх шитого слоя апоневроза. Этого больного мы наблюдаем по настоящее время. Приводим наше наблюдение.

Наблюдение 2. К-н Н. П., 65 лет., житель села О. Иркутского р-на, поступил 20.03.2006 г. с жалобами на наличие большой грыжи передней брюшной стенки, мешающей жить и работать. Через грыжевое отверстие постоянно выпадают петли кишечника, что приводит к появлению неприятных ощущений и боли, мешает выполнять домашнюю работу, работать на приусадебном участке. В июне 2003 г. перенес операцию по поводу укорочения пищевода, недостаточности кардии, осложненных синдромом рефлюкс-эзофагитом. Выполнена эзофагофундопликация, осложнившаяся кровотечением из подкапсульного разрыва селезенки, спленэктомия. Послеоперационный период осложнился панкреатитом, перитонитом, вторичным пищеводно-медиастинальным свищом. Больной перенес несколько санационных лапаротомий, после чего поправился, при этом образовалась большая послеоперационная грыжа. При осмотре выявлен дефект апоневроза передней брюшной стенки размерами 25x25 см. После обследования и подготовки к операции ему установлен диагноз: Обширная послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. И 28.03.2006 г. выполнена Операция герниолапаротомия, тотальный энтеролизис, назоинтестинальная интубация, аппендэктомия, пластика передней брюшной стенки комбинированным способом.

Под эндотрахеальной анестезией с добавлением спинномозговой анестезии, произведена верхняя срединная лапаротомия с частичным иссечением старого операционного рубца и грыжевого мешка. Обнажены грыжевые ворота, размер дефекта брюшной стенки – округлой формы 25x30 см. Полное сращение петель тонкой кишки между собой, с париетальной брюшиной и с сальником. Произведен тотальный энтеролизис. При мобилизации подвздошной кишки из сращений выделен червеобразный отросток. Типичная аппендэктомия. Назоинтестинальная интубация. Выделены края влагалищ прямых мышц живота, диастаз между ними достигает 25-30 см. Сформировать материал для пластического закрытия грыжевых ворот не удается из-за сильного натяжения. Вскрыты оба влагалища прямых мышц по их медиальным краям, отсепарована кожа с подкожной клетчаткой в обе стороны от краев грыжевого отверстия по 10 см на всю длину дефекта. Начато сшивание апоневроза задних стенок

влагалищ прямых мышц вместе с поперечной фасцией и брюшиной. Они сшиты с большими техническими трудностями вследствие сильного натяжения. Попытка наложить второй ряд швов на апоневроз передних стенок рассеченных влагалищ прямых мышц живота не удается из-за очень большого диастаза и натяжения швов – швы постоянно прорезаются. В связи с этим решено укрепить шитую заднюю стенку апоневроза вшиванием сеточки полихлорвинила по краю дефекта апоневроза влагалищ прямых мышц над шитыми тканями наподобие того, как показано на рис. 4. Сеточка фиксирована непрерывным швом по краю дефекта апоневроза, прикрыв обнаженные прямые мышцы живота и шитую заднюю стенку влагалищ с брюшиной. Тщательный гемостаз. С обеих сторон от фиксированной сеточки установлены трубчатые дренажи. Швы на кожу. Асептическая накладка. Препарат: Удалены кожа передней брюшной стенки с брюшной грыжевым воротом. Неизменный червеобразный отросток. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 14-е сутки после операции.

Больной ежегодно в течение 6 лет постоянно находится под нашим наблюдением и ежегодно осматривается оперировавшим его хирургом. Живет у себя дома, к врачам практически не обращается, чувствует себя удовлетворительно. Сам себя полностью обеспечивает. Занимается домашним хозяйством – ежегодно выполняет посадки овощей, убирает урожай, ухаживает за домашним скотом. При осмотре передняя брюшная стенка правильной формы, участвует в акте дыхания, операционный рубец – линейный, подвижный, не болезненный. При пальпации патологические образования не определяются, при кашле дефекты в брюшной стенке не выявляются. Тем не менее, постоянно отмечает появление болей в передней брюшной стенке при нагрузке на брюшную пресс, для облегчения болей постоянно носит бандаж – боли уменьшаются, но не исчезают даже в покое. Постоянные боли в передней брюшной стенке следует объяснить наличием инородного тела, ограничивающего подвижность как при дыхательных движениях, так и при нагрузке. Результат последней операции расценивается как удовлетворительный. И, тем не менее, выраженный болевой синдром в области передней брюшной стенки – в зоне расположения имплантата – существенно снижает качество жизни больного. Этим в худшую сторону он отличается от пластики собственными тканями, как это было у многих наших больных и у нашего больного в наблюдениях I и 3.

Мы имеем небольшое количество наблюдений за больными, которым ранее разными врачами производилось ушивание грыжи с использованием разных имплантатов. Приводим одно из них.

Наблюдение 3. Ч-в П. В., 45 л. Поступил 06.09.2004 г. Житель города А. Иркутской области. Предъявляет жалобы на постоянную изжогу, заброс пищи в пищевод из желудка и кислого содержимого в рот, усиливающийся при положении внаклон кпереди и в горизонтальном положении, особенно, по ночам во время сна. Болен с 2000 г. В 2002 г. – в одном из крупных лечебных учреждений произведена операция – эзофагофундопликация по Ниссену (согласно справке). Через год выполнена операция по поводу послеоперационной вентральной грыжи в том же учреждении с вшиванием сетчатого имплантата в зону грыжевого дефекта. Вскоре после этой операции грыжа вновь рецидивировала. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, упитанность средняя. При осмотре живота выявлен расплывшийся послеоперационный рубец, взбухание кпереди неоформленного содержимого брюшной полости, положительный симптом кашлевого толчка. Размеры дефекта апоневроза пальпаторно составляют 13х23 см.

При рентгенологическом исследовании: кардия на 2 см выше диафрагмы, в положении Тренделенбурга смещается вверх на 8 см, она постоянно зияет, определяется высокий рефлюкс в пищевод, тени ранее созданной фундопликационной манжетки нет, что расценено как грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I ст., недостаточность кардии. Выявлены также признаки рефлюкс-эзофагита, хронический гастродуоденит.

08.09.2004 г. выполнена эзофагогастродуоденоскопия. Местная анестезия лидокаином. Гастроскоп проведен на 100 см. Слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая, блестящая. Складки продольные, перистальтика сохранена.

Зубчатая линия – на расстоянии 37 см от резцов, размыта, признаки гиперемии и умеренной отечности выше и ниже нее. В пищевод инвагинирует слизистая желудка. Кардия зияет, не перистальтирует и не смыкается. Слизистая желудка розовая, бархатистая, складки до 0,5 см, расправляются, перистальтика поверхностная, медленная, признаки атонии. Привратник зияет, диаметр его до 5-6 мм, он не перистальтирует. Выражен умеренный дуоденогастральный рефлюкс. Слизистая двенадцатиперстной кишки без особенностей. Заключение: Короткий пищевод. Недостаточность кардии. Признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями инвагинации слизистой желудка в пищевод. Хронический рефлюкс-эзофагит. Признаки дисфункции привратника. Эффект соскальзывания «манжетки». Выставлен диагноз: Рецидив рефлюкс-эзофагита после ранее выполненной фундоэзофагоплекции, эффект соскальзывания манжетки. Рецидивная послеоперационная обширная грыжа передней брюшной стенки.

15.09.2004 г. выполнена операция релапаротомия, иссечение герниопластического имплантата, повторная эзофагофундопликация, коррекция ДЕУ, постоянное ушивание брюшной стенки. Под эндотрахеальной анестезией произведена верхняя срединная лапаротомия с иссечением кожного рубца, иссечен герниопластический синтетический имплантат, вшитый в переднюю брюшную стенку при предыдущей операции, иссечены элементы грыжевого мешка. Отмечено – расположенный в подкожной клетчатке синтетический имплантат инкапсулирован, размеры 8х15 см, не ровный, с краями разошедшегося апоневроза не связан, диастаз между краями последнего шире ширины имплантата. Вместе с последним иссечен плотный, свернувшийся, утолщенный, сращенный с краями грыжевых ворот большой сальник. Размеры грыжевых ворот 10х22 см. При удалении желудочно-ободочной связки была вскрыта сальниковая сумка по размеру нижней половины желудка. Ранее установленный в брюшной стенке имплантат иссечен. Край грыжевого отверстия высвобождены из сращений. Далее найдено: стенка дна желудка фиксирована швами к брюшине передней брюшной стенки. Проксимальный отдел желудка и пищевод замурованы в области краев пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), возможно, фиксированы швами к ножкам диафрагмы и краям ПОД. С техническими трудностями пищевод выделен и мобилизован в средостении, затем он и проксимальный отдел желудка в области дна высечены из окружающих ножек диафрагмы. Пересечения сращения между печенью и большой кривизной желудка (возможно, соскользнувшая «манжетка») и рубцы, сдавливавшие переднюю стенку желудка в антральном отделе. Дуоденоюнальный угол деформирован сращениями – он выделен из сращений. Осмотрен привратник – он ригиден, сужен – произведена пальцевая пилородилатация. Стенка дна желудка мобилизована спереди, затем сзади путем рассечения желудочно-поджелудочной связки и сращений. Стенка дна желудка проведена позади пищевода и фиксирована к его задней стенке тремя рядами вертикальных швов, затем к левой и передней стенкам пищевода фиксирована передняя стенка дна желудка 4 рядами вертикальных швов в 3-4 этажа с образованием неполной манжетки, оставив свободной 5-7 мм стенки пищевода по типу Тоурет. Очищены края влагалищ прямых мышц передней брюшной стенки и продольно рассечены по медиальному краю. Произведено сшивание задних



Рис. 6. Б-ой Ч-в П.В. Операция – 15.09.2004 г. Удаленный имплантат из металлической сетки. Внутренняя поверхность. С имплантатом по всей поверхности сращен большой сальник.

стенок влагалищ вместе с поперечной фасцией и брюшиной, затем узловыми швами сшиты передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Дренажные трубки – в межапоневротическое пространство и в подкожный канал по Редону, асептическая наклейка.

Препарат. Удален плотный утолщенный увеличенный в размерах и деформированный большой сальник. Удалена



Рис. 7. Б-ой Ч-в П.В. Операция – 15.09.04 г. Удален инкапсулированный имплантат. Наружная поверхность. Через дефект капсулы видна черная металлическая сетка.

имплантированная в переднюю брюшную стенку сетка, возможно, металлическая. Она покрыта местами рубцовой, местами – жировой тканью, но прорастания по всей ее поверхности сетки нет (рис. 6, 7). По краям сетки видны лигатуры, которыми она, вероятно, была фиксирована прежде к тканям передней брюшной стенки.

Мы видим, что шивание металлического сетчатого имплантата привело к деформации, утолщению сальника и возникновению оментита. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 16-е сутки – 01.10.2004 г.

Ч-в П.В. – осмотрен 12.02.2013 г. Явился по приглашению. Жалоб нет. Изжоги нет. Дисфагии нет. В весе не теряет. Осмотрен живот: по средней линии – линейный рубец. Он ровный, подвижный, дефектов в апоневрозе по линии шва нет, симптом кашлевого толчка отрицательный, признаков рецидива грыжи нет. При рентгеновском исследовании пищевода и желудка от 12.02.2013 г.: акт глотания не нарушен, Верхние отделы пищевода свободно проходимы, не изменены. Дистальный отдел пищевода на уровне фундопликационной манжетки сужен до 0,6 см на протяжении 3 см. Проходимость здесь не нарушена, опорожняется полностью. Проксимальный отдел желудка расположен выше диафрагмы кзади от пищевода, растянут воздухом, округлой формы, в виде песочных часов. В положении Тренделенбурга степень дислокации желудка в заднее средостение практически не меняется. Выявляется свободный заброс бариевой взвеси в

наддиафрагмальный отдел желудка с быстрым последующим его опорожнением. Заброса контраста из желудка в нижнюю треть пищевода на протяжении осмотра не выявлен. Поддиафрагмальные отделы желудка не растянуты, натощак пустые. Перистальтика средней глубины. Привратник раскрывается сразу, хорошо проходит. Луковица двенадцатиперстной кишки сама двенадцатиперстная кишка не изменены. Начальная эвакуация из желудка не нарушена.

Таким образом, у больного с рецидивом рефлюкс-эзофагита после неудачной антирефлюксной операции, осложнившейся еще и рецидивом грыжи передней брюшной стенки после пластики ее металлической сеткой, удалось не только выполнить повторную антирефлюксную операцию с хорошим функциональным результатом, но и после удаления отгнившей сетки произвести пластику рецидива грыжи за счет локальных тканей брюшной стенки по принятой методике.

Приведенные нами наблюдения свидетельствуют о возможности успешного выполнения герниопластики рецидивных обширных послеоперационных вентральных грыж за счет анатомического использования местных тканей. При недостатке местных тканей возможно дополнительно к пластике применять имплантаты, но это чревато возникновением дискомфорта в послеоперационном периоде. Следует также отметить и опасность отторжения имплантата от окружающих тканей брюшной стенки с появлением рецидива грыжи. Избавление от нее возможно применением «анатомичной» пластики местными тканями. Эффект «натяжения» при этом у наших больных отсутствует, поэтому называть таким термином защищаемый способ считаем нецелесообразным.

Таким образом, при рецидивных послеоперационных грыжах передней брюшной стенки по краю грыжевых ворот сохраняются естественные мышечно-апоневротические структуры передней брюшной стенки – влагалища прямых мышц живота и сами прямые мышцы. После иссечения грыжевого мешка имеется техническая возможность выделить по периметру грыжевых ворот влагалища прямых мышц, расслоить их и при умеренном натяжении послонношить выделенные ткани – заднюю стенку апоневроза вместе с брюшиной, сблизить прямые мышцы живота и сшить переднюю стенку влагалищ прямых мышц живота. Авторов данной методики в доступной нам литературе мы выявить не смогли. Это позволяет излечить больного и избежать его от рецидива грыжи в течение 9-13 лет. Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что показания к использованию различных имплантатов при пластике даже обширных послеоперационных вентральных грыж должны быть очень строгими как с позиции хирургической техники, так и с позиции последствий их применения и качества жизни больных после операции. Оптимальным способом герниопластики является пластика собственными тканями из передней брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н., Лядов В.К., Богомазова С.Ю. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование // Хирургия. – 2010. – №10. – С.36-41.
2. Егиев В.Н., Шурыгин С.Н., Чижов Д.В. Результаты применения методики Лихтенштейна при лечении паховых грыж // Хирургия. – 2012. – №10. – С.30-34.
3. Оперативная хирургия / Под ред. И. Литмана. –

Будапешт: Изд-во Акад. Наук Венгрии (Akademiai KJADO), 1985. – С.363-364.

4. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. №3. – С.85-87.

5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 270 с.

Информация об авторе: Скворцов Моисей Борисович – д.м.н., профессор, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1.

© ОРЛОВ П.Э., КОЗЛОВА Н.М. – 2013
УДК: 616.367-003.4

БОЛЕЗНЬ КАРОЛИ

Павел Эдуардович Орлов, Наталия Михайловна Козлова
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н. Н.М. Козлова)

Резюме. В статье представлены обзор литературы, собственный клинический случай, современные методы ле-