

НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Г.Ц. Дамбаев¹, К.С. Хохлов², Н.В. Габидулина², А.В. Щеглов²

¹ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск

²МЛПУ Городская клиническая больниц № 1, Новокузнецк

E-mail: loser1973@yandex.ru

RECONSTRUCTIVE SURGERY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

G.Ts. Dambaev¹, K.S. Khokhlov², N.V. Gabidulina², A.V. Shcheglov²

¹Siberian State Medical University, Tomsk

²City Clinical Hospital No. 1, Novokuznetsk

Целью исследования была оценка результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) путем применения ненатяжных способов пластики грыжевых ворот с использованием полипропиленового сетчатого протеза. 184 пациента были распределены на три группы в зависимости от способа пластики: 1-я группа (надпоясничная) – 38 больных, 2-я (межпоясничная) – 33, 3-я группа (подпоясничная) – 113. Осложнения отмечались в 26 случаях (14,1%): серомы – 11,4%, гематомы – 1,0%, некрозы кожи – 0,5% и инфекционные осложнения – 1,0%. В 1-й группе – 9(23,6%), во 2-й группе – 8(24,2%), в 3-й группе – 9(7,9%) осложнений. Рецидивы заболевания отмечались в 4,7% в 1 группе, в 12,5% во второй и в 7,6% в 3-й группе. Протезирующая пластика грыжевых ворот синтетическими протезами позволяет значительно снизить количество рецидивов заболевания. Размещение полипропиленового протеза под апоневрозом, отсутствие контакта с подкожной клетчаткой является профилактикой развития послеоперационных сером. Рецидивы грыж при протезирующей пластике грыжевых ворот развиваются в первый год после операции.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, полипропиленовый протез.

The aim of the study was to assess surgery results of patients with postoperative ventral hernia with using polypropylene prosthesis (mesh) for reconstruction of frontal abdomen. 184 patients were divided in three groups depending on a method of surgery: onlay – 38 patients, inlay – 33, sublay – 113. Complications were in 26 cases (14.1%): seromas – 11.4%, hematomas – 1.0%, skin necroses – 0.5% and infectious complications – 1.0%. In group 1 – 9 (23.6%), in group 2 – 8 (24.2%), in group 3 – 9 (7.9%) cases of complications. Disease relapses comprised 4.7% in group 1, 12.5% in the second and at 7.6% in group 3. Reconstructive surgery of hernia defects using synthetic prosthesis allowed significantly lowering the amount of relapses of hernia. The sublay location of limb, absence of contact with subcutaneous tissue allowed preventing postoperative fluid accumulation. The relapses of hernias after reconstructive surgery of frontal abdomen developed within the first year after surgery.

Key words: postoperative ventral hernia, hernioplasty, polypropylene prosthesis.

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Частота их возникновения после лапаротомий достигает 18% [1, 7].

Количество ежегодно выполняемых хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости постоянно возрастает. По данным статистики, на долю грыж приходится до 20% всех опера-

ций, выполняемых в хирургических стационарах [3, 9]. По частоте возникновения ПОВГ занимают второе место, уступая только паховым грыжам, что составляет 20–22% от общего числа грыж [2, 6]. Результаты оперативных вмешательств аутопластическими способами нельзя считать благоприятными, так как частота рецидивов достигает сорока и более процентов [5, 8, 10].

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения больных с ПОВГ путем применения ненапряжных способов пластики грыжевых ворот с использованием полипропиленового сетчатого протеза.

Материал и методы

В основу работы положены результаты хирургического лечения 184 больных с ПОВГ, оперированных в отделении хирургии МЛПУ ГКБ № 1 Новокузнецка. Всем больным выполнялась экстраперитонеальная протезирующая пластика грыжевых ворот с применением полипропиленового сетчатого протеза “Surgipro”. Все больные оперированы в плановом порядке. Кроме общепринятых стандартных методов обследования обязательным считали исследование функции внешнего дыхания и выполнение УЗИ брюшной полости для выявления сопутствующей патологии, коррекция которой возможна в ходе оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде проводили УЗИ передней брюшной стенки для выявления жидкостных скоплений в зоне оперативного вмешательства.

В зависимости от расположения полипропиленового протеза при герниопластике по отношению к апоневрозу, все больные были разделены на 3 группы. В первой группе у 38 больных для закрытия грыжевых ворот был применен способ с надапоневроти́ческим расположением протеза. Мужчин было 8 (21%), женщин – 30 (79%). Средний возраст составил $56,2 \pm 1,55$ лет. По локализации: срединные (М) – 89%, боковые (Л) – 11%. Сроки грыженосительства $4,4 \pm 0,73$ года. По ширине грыжевых ворот W1 – 55%, W2 – 29%, W3 – 8% и W4 – 8%. У 33 пациентов второй группы при пластике грыжевых ворот использован способ Тоскина–Жебровского (1979) с межапоневроти́ческим расположением протеза. Мужчин было 6 (18%), женщин – 27 (82%). Средний возраст составил $54,2 \pm 1,78$ года. По локализации: срединные (М) – 97%, боковые (Л) – 3%. Сроки грыженосительства $4,1 \pm 0,68$ года. По ширине грыжевых ворот W1 – 15%, W2 – 39%, W3 – 13% и W4 – 33%. В третьей группе у 113 больных применили способ с подапоневроти́ческим расположением протеза. Мужчин было 22 (19%), женщин – 91 (81%). Средний возраст составил $55,9 \pm 1,05$ лет. По локализации: срединные (М) – 86%, боковые (Л) – 14%. Сроки грыженосительства $5,0 \pm 0,53$ лет. По ширине грыжевых ворот W1 – 63%, W2 – 29%, W3 – 6% и W4 – 2%. Больные с сопутствующей патологией составили 83% наблюдений. При этом основная доля пришлась на заболевания сердечно-сосудистой системы – 46% и патологию обмена веществ – 30%. В 35% случаев имелось поражение двух и более систем организма.

Во всех группах для предупреждения инфекционных осложнений применяли интраоперационную антибиоти-

копрофилактику. С целью профилактики ТЭЛА больным проводили эластическую компрессию нижних конечностей и назначали гепарин и низкомолекулярные гепарины. При необходимости проводилась симптоматическая терапия сопутствующей соматической патологии. В качестве обезболивающих препаратов применяли наркотические анальгетики.

Группы исследования были сопоставимы по полу, возрасту, срокам грыженосительства, ширине грыжевых ворот. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ “Statistic for Windows 6.0”. Для количественных показателей рассчитывали средние значения (М) и стандартные ошибки среднего ($\pm m$). Для сравнения групп применяли t-критерий Стьюдента. Описание качественных признаков осуществляли путем вычисления абсолютных значений и относительных величин (%). При сравнении частотных величин использовали точный критерий Фишера (F) и χ^2 Пирсона. Различия сравниваемых величин считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Интраоперационные осложнения наблюдали в одном случае (0,5%). У больного, с обширной послеоперационной грыжей после перенесенного панкреонекроза, при разделении сращений в грыжевом мешке была повреждена петля тонкой кишки. Общие послеоперационные осложнения в первой группе развились в 7,8% наблюдений (по одному случаю сердечно-легочная недостаточность, послеоперационная пневмония и парез кишечника). Во второй группе в 3,0% наблюдении, у больной диагностирована ТЭЛА, после интенсивной терапии больная поправилась. В третьей группе послеоперационные осложнения наблюдали в 8,8% случаев (сердечно-легочная недостаточность – у 5 больных, послеоперационная пневмония – у 2, острый тромбоз подколенной артерии – у 1, парез кишечника – у 1, ТЭЛА – у 1). Больная с ТЭЛА погибла на 6-е сутки после операции, летальность составила 0,5%. Если развитие острого артериального тромбоза и тромбозомболических осложнений не связано со способом пластики грыжевого дефекта, то сердечно-легочная недостаточность, послеоперационная пневмония и послеоперационный парез кишечника возникают при уменьшении объема брюшной полости при пластике грыжевого дефекта. Во всех 11 наблюдениях, когда развивались эти осложнения, ширина грыжевых ворот превышала 10 см, и уменьшение объема брюшной полости, при сшивании краев грыжевых ворот, являлось достаточным для развития этих осложнений. В группе больных с межапоневроти́ческим расположением протеза, объем брюшной полости не уменьшался и подобных осложнений мы не наблюдали. С точки зрения развития общих осложнений этот способ расположения протеза является более предпочтительным. Наибольшее количество местных послеоперационных осложнений составляли серомы, причиной развития которых являлась обширная диссекция тканей при выделении грыжевого мешка, мобилизация кожно-подкожного лоскута для фиксации протеза, а также сам протез (табл. 1).

Таблица 1

Местные послеоперационные осложнения

Способ пластики	Осложнения				Всего
	Серома	Гематома	Нагноение	Некроз кожи	
Группа 1 (n=38)	23,6%	–	–	–	23,6%
Группа 2 (n=33)	15,1%	3,0%	3,0%	3,0%	24,2%
Группа 3 (n=113)	6,1%	0,8%	0,8%	–	7,9%

При размещении протеза над апоневрозом в непосредственном контакте с подкожной клетчаткой количество сером велико. В случае с размещением протеза под апоневрозом в предбрюшинном пространстве, когда он отгорожен от клетчатки, процент подобных осложнений ниже. При межапоневротическом расположении протеза, когда он отгорожен от подкожной клетчатки лоскутом грыжевого мешка, причиной развития сером, вероятно, является сам грыжевой мешок. В результате манипуляций с мешком, выкраивания лоскутов, происходит нарушение кровоснабжения, асептическое воспаление, что служит причиной экссудации и скапливания жидкости. Диагностика сером осуществлялась при помощи УЗИ тканей передней брюшной стенки. Лечение – путем динамических пункций.

Гематомы раны не являются специфическим осложнением пластики грыжевого дефекта полипропиленовым протезом. Причина их возникновения – недостаточный гемостаз в операционной ране. При гематомах, раны велись открытым путем, в первом наблюдении при межапоневротическом расположении протеза рана зажила вторичным натяжением, во втором при подапоневротическом расположении протеза на месте раны сформировался свищ, который потребовал повторной госпитализации и операции – иссечения свища. Полипропиленовый протез связи со свищем, не имел.

Причина гнойных осложнений – дремлющая инфекция. Чем больше количество хирургических вмешательств, тем выше вероятность развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде. В обоих наблюдениях больные оперированы по поводу рецидивных грыж и, несмотря на проведение антибиотикопрофилактики, избежать осложнения не удалось. Терапия проводилась по принципам лечения гнойных ран. Заживление ран – вторичным натяжением. Отторжения полипропиленового протеза не было.

Некроз краев кожной раны наступил после иссечения грубого обширного послеоперационного рубца, вследствие натяжения краев кожи, что также не является специфическим для аллопластических операций.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 2 до 4 лет у 123 (66,8% от общего количества наблюдений) больных (табл. 2). Рецидив вентральной грыжи выявлен в 8,1% случаев. При изучении сроков возникновения рецидива установлено, что у всех больных он наступил в течение первого года после операции.

В первой группе больным, которым выполнена пластика грыжевых ворот с надапоневротическим располо-

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения

Способ пластики	Количество рецидивов, %	Лигатурные свищи, %
Группа 1 (n=21)	4,7%	4,7%
Группа 2 (n=24)	12,5%	4,1%
Группа 3 (n=78)	7,6%	6,4%*
Всего (n=123)	8,1%	5,6%

Примечание: * – у одной больной с лигатурным свищем, сформировался рецидив грыжи.

жением протеза, рецидив грыжи обнаружен в 4,7% случаев. Причиной, по нашему мнению, явился дополнительный дефект, не установленный на первой операции.

Во второй группе при межапоневротическом расположении протеза, рецидив грыжи обнаружен в 12,5% случаях. Причиной послужило сморщивание полипропиленового протеза и отрыв его от краев грыжевых ворот.

В третьей группе у больных при пластике грыжевых ворот с подапоневротическим расположением протеза, рецидив грыжи обнаружен в 7,6% случаях. По нашему мнению, причиной рецидива грыжи в этих наблюдениях послужило сморщивание полипропиленового протеза и прорезывание тканей передней брюшной стенки сквозными П-образными лигатурами, фиксирующими протез.

В 5,6% наблюдениях после операции у больных сформировались лигатурные свищи. Все больные были повторно прооперированы, проведено иссечение свищей с частичным удалением протеза, только в одном случае у больного сформировался рецидив грыжи.

Выводы

1. Способ с расположением протеза над апоневрозом надежен в плане развития рецидивов заболевания. Недостатком является контакт протеза с подкожной клетчаткой, что приводит к формированию послеоперационных сером.
2. При широких грыжевых воротах удобен способ с межапоневротическим расположением протеза, поскольку при этом способе герниопластики не повышается внутрибрюшное давление. Недостатком данного способа является формирование рецидивов заболевания, за счет прорезывания швов при сокращении протеза.
3. При расположении протеза под апоневрозом полностью исключается его контакт с подкожной клетчаткой, но сокращение протеза, прорезывание лигатур его фиксирующих создают предпосылки для формирования рецидивов.
4. Рецидивы грыж при протезирующей пластике грыжевых ворот развиваются в первый год после операции.

Литература

1. Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 1991. – № 10. – С. 114–120.

2. Воскресенский П.К., Емельянов С.И. Ненатяжная герниопластика. – М. : Медицина, 2002. – 632 с.
3. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика – М. : Медпрактика, 2002. – 148 с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М. : Медицинское информационное агентство, 2005. – 384 с.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М. : Триада X, 2003. – 144 с.
6. Черенько М.П., Валигула Я.С., Яцентюк М.Н. и др. Брюшные грыжи. – Киев : Здоровье, 1995. – 263 с.
7. Condon R.E. Incisional hernia // Hernia surgery / L.M. Nyhus, R.E. Condon, eds. – Philadelphia : JB Lippincott, 1995. – P. 319–328.
8. Luijendijk R.W., Lemmen V.H., Hop W.C. et al. Incisional hernia recurrence following “vest-over-pants” or vertical Mayo repair of primary hernias of the midline // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21(1). – P. 62–65.
9. Martinez D., Vazquez J., Pellicer E. et al. Results of expanded polytetrafluoroethylene patches in moderate and large incisional hernias // Hernia. – 1999. – Vol. 3. – P. 149–152.
10. Santora T.A., Roslyn J.J. Incisional hernia // Surg. Clin. North. Am. – 1993. – No. 73. – P. 557–570.

Поступила 11.04.2011