

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.34-007.43-007.271-089.844

Д.В. Нарезкин, Р.А. Алибегов, С.В. Игнатъев, А.В. Борсуков, О.А. Сергеев,
Я.А. Маркова

НЕНАТЯЖНАЯ ПЛАСТИКА УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» (ректор — проф. И.В. Отвагин)

Ключевые слова: герниопластика, ущемленная грыжа.

Введение. Грыжи живота — очень распространенная хирургическая патология, которая на современном этапе имеет большое практическое и экономическое значение. Грыжами страдают 5% мужчин и 2% — женщин. Ущемление развивается у 8–20% грыженосителей. Грыжесечения охватывают от 8 до 24% от всех хирургических вмешательств. Около 30% больных оперируют в экстренном порядке, в структуре пациентов, поступающих в хирургические отделения по экстренным показаниям, ущемленные грыжи занимают четвертое место [1–4].

По данным отечественных и зарубежных хирургов, рецидивы грыж составляют от 1 до 50%. Рецидивы при ущемленных паховых грыжах составляют 10–30%; при ущемленных пупочных грыжах — находятся в пределах 20–40%; при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах — достигают 20–50% [2, 4].

Летальность после экстренных вмешательств составляет 4,3–4,5%, при плановых операциях — не превышает 1% [3, 4].

Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами путем использования пластики грыжевого дефекта полипропиленовым трансплантатом и применения ультразвуковой (УЗ) томографии в диагностике и контроле течения послеоперационного периода, изучить непосредственные результаты хирургического лечения больных ущемленными грыжами, сравнить полученные данные с результатами пластики при ущемленных грыжах местными тканями.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии Смоленской государственной медицинской академии, расположенной на базе хирургического отделения МЛПУ ГКБ № 1 г. Смоленска, за 2006 — октябрь 2009 гг. были прооперированы 129 пациентов с ущемленными грыжами живота, что составило 27% от общего количества прооперированных пациентов с грыжами (476 больных).

По локализации грыжевые выпячивания распределились следующим образом: паховые — у 64 (50%), послеоперационные вентральные — у 29 (23%), пупочные — у 21 (16%), белой линии живота — у 3 (2%), бедренные — у 12 (9%) больных соответственно. Чаще всего ущемлялись бедренные грыжи — в 86%, пупочные — в 30%, паховые — в 26%, послеоперационные вентральные — в 23%, белой линии живота — в 17% клинических наблюдений.

Распределение по полу было следующим: женщин — 61 (47,3%), мужчин — 68 (52,7%). Больные были в возрасте от 17 до 95 лет. Преобладали пациенты старшей возрастной группы (старше 60 лет) — 73 (53%) клинических наблюдений. У 9 (7%) больных отмечен рецидивный характер грыжи.

В сроки до 24 ч с момента ущемления поступили 104 (80%) пациента.

Все больные предъявляли типичные жалобы: боли в области грыжевого выпячивания, неспособность грыжи, выявлялись признаки острой кишечной непроходимости.

Из сопутствующей патологии у 98 (76%) больных были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, заболевания органов пищеварительного тракта. У большинства пациентов имелась избыточная масса тела, из них у 17 (13%) — ожирение III–IV степени.

В предоперационном периоде, кроме общеклинических методов обследования, проводили УЗ-исследование области грыжевого выпячивания. Использовали серошкальный режим и цветовое доплеровское картирование (триплексный режим), линейный электронный датчик 12,5 МГц (аппарат «Hitachi 525», Япония). УЗ-томографию выполняли без предварительной подготовки. Оценивали грыжевое содержимое и наличие кровотока в ущемленном органе, величину и форму грыжевого дефекта, состояние мягких тканей и сосудистого русла передней брюшной стенки (на основании топографоанатомических данных) с определением следующих показателей гемодинамики: линейная скорость кровотока, индекс резистентности, пульсативный индекс.

Плановые операции выполнены после самопроизвольного вправления грыжи при сроке ущемления менее 2 ч и отсутствии симптомов перитонита в ходе динамического наблюдения в 43 (33%) клинических наблюдениях. По экстренным показаниям оперированы 86 (67%) больных с ущемленными грыжами и клиническими проявлениями кишечной непроходимости.

Результаты и обсуждение. Герниопластика с использованием сетчатого трансплантата выполнена 29 (24%) больным, у 100 (76%) пациентов произведена аутопластика. Противопоказанием к аллопластике считали наличие распространенного гнойного перитонита, флегмоны грыжевого мешка. Резекция кишечника выполнена 12 (9%) больным, пряди большого сальника — в 11 (8,5%) клинических наблюдениях. При явлениях кишечной непроходимости выполняли назоинтестинальную интубацию тонкой кишки. После аллопластики послеоперационных и больших пупочных грыж к месту расположения трансплантата подводились трубчатые дренажи с активной аспирацией по Редону.

Распределение больных в зависимости от вида пластики, локализации грыжевого выпячивания показано в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от локализации грыжи и вида пластики

Грыжи	Общее число	Из них ущемленных	Пластика местными тканями	Пластика полипропиленовой сеткой
Паховые	247	64 (25,9%)	50	14
Пупочные	71	21 (29,6%)	17	4
Послеоперационная вентральная грыжа	126	29 (23%)	17	12
Белой линии	18	3 (16,7%)	2	1
Бедренные	14	12 (85,7%)	12	–

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от характера послеоперационных осложнений и вида пластики

Осложнения	Пластика полипропиленовой сеткой		Пластика местными тканями	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Серома	2	6,7	–	–
Инфильтрат	1	3,5	4	4
Нагноение	–	–	4	4
Гематома	–	–	3	3
Всего	3	10,3	12	12

В послеоперационном периоде постельный режим соблюдали в течение 1-х суток, затем проводили активизацию пациентов, что позволило избежать бронхолегочных осложнений у лиц с отягощенным анамнезом. В целях профилактики гнойно-инфекционных осложнений больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику. В раннем послеоперационном периоде больным рекомендовали умеренную компрессию живота эластическим биндажем с целью уменьшения свободного пространства и отделяемого в подкожной клетчатке. Дренажи удаляли при количестве отделяемого менее 50 мл (на 3–5-е сутки). На 5–7-е сутки после операции проводили УЗ-контроль зоны вмешательства, при этом исследовали место расположения трансплантата, наличие и количество жидкости, кровотоки в мягких тканях передней стенки живота. Швы снимали на 7–11-е сутки.

Послеоперационные раневые осложнения возникли у 14 (10,85%) больных, из них у 3 (10,3%) пациентов — после пластики синтетическим трансплантатом и у 12 (12%) — после пластики местными тканями. Развитие серомы наблюдалось у 2 (6,7%) пациентов, инфильтрат раны — у 5 (3,9%), нагноение — у 3 (3%), гематома — у 3 (3%) больных соответственно. Распределение больных в зависимости от характера послеоперационных осложнений и вида пластики представлено в табл. 2.

Лечение осложнений осуществляли следующими мероприятиями: выполняли перевязки, местное использование антисептиков, системную антибактериальную терапию. При пластике синтетическим трансплантатом и выявлении серомы, помимо консервативных мероприятий, выполняли пункцию жидкостного образования под УЗ-контролем и эвакуацию содержимого. Отторжения сетчатого трансплантата не наблюдали.

Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не наблюдали.

Выводы. 1. Пластика синтетическим трансплантатом является предпочтительной при лечении ущемленных грыж, позволяет улучшить непосредственные результаты хирургического лечения у пациентов всех возрастных групп. Число и характер осложнений при пластике синтетическими материалами не превышают таковые при аутопластике.

2. Тщательное сопоставление клинических, ультразвуковых и интраоперационных данных помогает индивидуализировать выбор способа герниопластики. Проведение ультразвукового исследования в до- и послеоперационном периодах позволяет прогнозировать появление вероятных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 69–74.
2. Седов В.М. Сетчатые имплантаты из полиинилендифторида в лечении грыж брюшной полости // Вестн. хир. — 2008. — № 2. — С. 16–21.
3. Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Замалеев А.З. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами // Анналы хир. — 2007. — № 4. — С. 14–17.
4. Ягудин М.К. Альтернативные подходы к герниопластике послеоперационных вентральных грыж // Казанск. мед. журн. — 2003. — № 2. — С. 121–123.

Поступила в редакцию 15.09.2010 г.

D.V.Narezkin, R.A.Alibegov, S.V.Ignatiev, A.V.Barsukov, O.A.Sergeev, Ya.A.Markova

NONSTRAIN PLASTY OF INCARCERATED HERNIAS

The article presents an experience with treatment of 129 patients with incarcerated hernias of the abdomen. Immediate results of the operative treatment with using plasty with polypropylene transplant were analyzed. The data obtained are compared with the results of plasty with local tissues.