

ID: 2013-08-24-A-2863

Авторское мнение

Баулин А.В., Баулин В.А., Хытин А.Н.

О герниопластике глазами хирурга районной больницы

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Пачелмская ЦРБ Пензенской области

Резюме

Авторы подводят итог совместной работы, основанной на собственном опыте лечения 124 больных вентральными грыжами, оперированных в условиях центральной районной больницы в период с 1985 по 2011 гг. включительно.

Ключевые слова: герниопластика, грыжи живота**Введение**

Процессы модернизации и реструктуризации системы здравоохранения, происходящие в современной России, вносят определенную коррекцию в деятельность активно практикующих хирургов. Особенно эта «коррекция» затронула хирургов, работающих в сельской местности. Разделение стационаров на уровни, открытие межрайонных хирургических центров и прочие новшества, наряду с некоторыми позитивными моментами, к величайшему сожалению в абсолютном большинстве своем приводят к постепенному затуханию хирургической активности в центральных районных больницах [1]. В своей работе мы не ставили целью критиковать современное состояние дел. Мы решили подвести итог своей активной хирургической деятельности в ЦРБ, проанализировать свой опыт по части хирургии грыж брюшной стенки и оценить имевшиеся возможности для решения конкретных задач у данной категории больных.

Анализируя собственный опыт мы можем сказать, что в развитии герниологии Пензенской области за последние сорок лет не последнюю роль сыграли ведущие хирурги региона. Так создавалась практическая школа в областной больнице им. Н.Н. Бурденко стараниями главного хирурга области Сергея Васильевича Кульнева в 60–70-е годы, которая стала научно-практической в конце 70-х начале 80-х годов, благодаря открытию кафедры хирургии Пензенского института усовершенствования врачей. Появление научных работ Пензенских хирургов-ученых, профессоров Баулина Н.А., Зайцевой М.И., Ивачевой Н.А., Никольского В.И., Ивачева А.С., Сергеева И.В., Баулина А.А., посвященных проблеме грыжевой болезни заложило фундамент для становления собственных традиций и, видимо, ведет к формированию своей хирургической школы [2, 3]. Не последнюю роль в становлении хирургов Пензенской области сыграли и научные школы Самарского и Саратовского регионов. Сложно себе представить хирурга в Поволжье, который был бы не знаком с работами профессора Белоконова В.И. [4], а хирург, серьезно занимающийся хирургией паховых грыж не мог не познакомиться с работами Иоффе И.Л. [5].

Научно-технический прогресс не стоит на месте и если в цивилизованном мире он приносит ощутимые плоды, то в нашем случае мы лишь довольствуемся наблюдением за формирующимися побегам, на которых возможно когда-нибудь увидим цветение.

Цель работы заключалась в оптимизации подходов к лечению больных послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами в условиях центральной районной больницы.

Материал и методы

Нами выделено три периода своей деятельности. Первый период охватывает наблюдения с 1985 по 2002 год, второй с 2002 по 2009 и третий – с 2009 по 2011 год и продолжается в настоящее время. Выделение периодов обусловлено следующими обстоятельствами. В 1985 году впервые в своей практике стали прибегать к операциям, с элементами component separation technique, сами того не ведая. Это были операции типа Генриха или Бреннера при небольших срединных грыжах, операция Майдля (1-й этап) при больших грыжах. До 2002 года мы не имели возможности выполнять протезирующие операции при грыжах. Лишь в 2002 году мы получили первые результаты от подобных операций, а так же стали наблюдать пациентов, перенесших протезирующие пластики в других стационарах. В период с 2002 по 2009 гг. шло активное накопление опыта протезирующих вмешательств. С 2009 года начался период переосмысления накопленного материала, а так же изучение новых способов герниопластики, в том числе с применением протезов биологического происхождения.

Настоящее исследование посвящено проблеме лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. Анализированы результаты лечения только тех пациентов, которых непосредственно нам удалось найти и осмотреть со сроком наблюдения от 12 месяцев до 9 лет после операции. Таких пациентов оказалось 124 из 319 (38,9%), оперированных за данный период времени. Кроме того, мы целенаправленно не анализировали пациентов, оперированных другими хирургами, а так же пациентов, оперированных в 2012 году. В результате, наш и без того скромный опыт стал еще скромнее, но мы не преследовали цель показать максимально большее число оперированных больных, а максимально объективно оценить реальные результаты своей работы. И эти результаты оказались несколько отличны от тех, что мы демонстрировали ранее.

Результаты

Распределение пациентов с вентральными грыжами представлено в таблице 1.

Анализируя полученные при распределении по периодам данных о пациентах мы пришли к выводу о сопоставимости 1-го и 2-го периода, несмотря на разные сроки наблюдения. Средний возраст больных составил у женщин 58±7 лет, у мужчин – 54±6 лет. При анализе распределения пациентов с грыжами по полу было выявлено явное лидерство пациентов женского пола, как при послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ) – 60 из 73 пациентов, что составило 82,2%, так при послеоперационных рецидивных вентральных грыжах (ПОРВГ) – 29 из 37 пациентов, что составило 78,4%, и боковых грыжах – 10 из 14 пациентов, что составило 71,4%. Это не удивительно, поскольку абсолютное большинство ПОВГ и ПОРВГ (67 из 110 – 61%) были выявлены после операции холецистэктомии из срединного лапаротомного доступа по поводу ЖКБ и ее осложнений, наиболее часто встречающейся именно у женщин. В нашем наблюдении у женщин ПОВГ и ПОРВГ после холецистэктомии были выявлены у 63 из 89 пациенток, что составило 70,1%, а у мужчин у 4 из 21 пациента, что в свою очередь составило 19%. Грыжи боковой локализации

были выявлены после пиелолитотомии у 13 пациентов. В одном наблюдении боковая грыжа оказалась следствием травмы, полученной в результате ДТП.

Распределение больных в зависимости от патологии, приведшей к необходимости выполнения первичной операции представлено в таблице 2.

Операции по способам Генриха и Бреннера были первыми шагами на пути поиска способа безнатяжной или, правильнее сказать, малонатяжной герниопластики (табл. 3). Способ Пфанненштиля применяли главным образом для сужения грыжевых ворот и превращения их из округлых в щелевидные. Выход за пределы грыжевого мешка максимально вверх и вниз, наложение швов выше и ниже пластики стало основным принципом выполняемых операций. Кроме того, мы без необходимости не выполняли лапаротомию и не соединяли грыжевые ворота при множественных дефектах в одни, считая разрушение уже сформированных рубцов необоснованным. Отказ от вскрытия грыжевого мешка и ревизии содержимого был продиктован предыдущим опытом – попытка рассечения сращений в грыжевом мешке приводит к формированию новых спаек в гораздо большем количестве. Результат применения пластик по Бреннеру, Генриху и Пфанненштилю оказался таким: на 23 анализируемые операции рецидив выявлен у двух больных (8,7%). Причина рецидива – гнойно-воспалительные осложнения.

Распределение больных по способам пластики представлено в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы наибольшее количество операций было выполнено по модифицированному способу Майдля – 63 операции, что составило 51%. Как уже отмечено выше это объясняется тем, что мы всегда были ориентированы на способы пластики, при которых достигается наименьшее натяжение сшиваемых тканей в зоне грыжевых ворот. Выполняя первый этап операции Майдля при грыжах, т.е. выполняя простейшие приемы component separation technique, мы обеспечивали тем самым значительное снижение натяжения в зоне пластики, что в итоге стало залогом успеха при лечении больных с грыжами. При этом, 61 операция была выполнена при грыжах MW₂₋₃ по классификации J.P. Chevrel (оценены ретроспективно), а 2 – при MW₄, т.е. при ширине грыжевых ворот свыше 15 см. В данной группе нами выявлено четыре рецидива грыжи, что составило 4,7%. Двое больных в последствии были повторно оперированы спустя 8 и 5 лет после первого вмешательства, им выполнена ксеногерниопластика по оригинальному способу и операция Ramirez (не вошли в наблюдение). Причиной рецидива в трех случаях стали гнойно-воспалительные осложнения в области пластики в виде лигатурных свищей у одного больного и формирование серых больших размеров с последующим абсцедированием у двух больных. У одного больного причиной рецидива стал дефицит местных тканей при дефекте гигантских размеров (MW₄), повлекший натяжение тканей и постепенное формирование сначала диастаза в зоне пластики (первые 6 месяцев после операции), а затем и отчетливо определяемый дефект брюшной стенки (через 10 месяцев после операции).

Таблица 1. Распределение больных с вентральными грыжами

Периоды	ПОВГ MW1-4			ПОРВГ MW1-4R1-3			Боковые грыжи LW1-3			Всего
	муж	жен	всего	муж	жен	всего	муж	жен	всего	
1985-2001	6	27	33	4	13	17	2	5	7	57
2002-2008	4	24	28	3	12	15	1	3	4	47
2009-2011	3	9	12	1	4	5	1	2	3	20
Всего	13	60	73	8	29	37	4	10	14	124

Таблица 2. Распределение больных с ПОВГ и ПОРВГ в зависимости от причины, повлекшей необходимость выполнения первичной лапаротомии

Диагноз	Мужчины		Женщины		Всего
	абс.	%	абс.	%	
ЖКБ и осложнения	4	19	63	71	67
Острый панкреатит	5	24	4	4,5	9
ОКН	3	14	8	9	11
Перфоративная язва желудка и ДПК	9	43	2	2	11
Гинекологические проблемы	–	–	12	13,5	12
Всего	21	100	89	100	110

Таблица 3. Способы и число операций у больных с грыжами

Способы пластики	1985-2001	2002-2008	2009-2011	Всего
По Генриху в модификации	3	–	–	3
По Бреннеру в модификации	10	2	–	12
По Пфанненштилю	5	3	–	8
Пластика местными тканями	6	4	–	10
Inlay пластика	–	3	1	4
По В.И. Белоконову	–	6	6	12
По Майдлю (1-й этап)	33	29	1	63
Ксеногерниопластика по оригинальному способу	–	–	12	12
Всего	57	47	20	124

Пластика местными тканями без уточнения и inlay-пластика нами была выполнена при грыжах боковой локализации LW₂₋₃. Результаты пластики местными тканями при подобных грыжах оставляют желать лучшего. Так из 10 оперированных больных рецидивы были отмечены у 8 пациентов в сроки от 1 года до трех лет (80%). Мы связываем свои неудачи с попытками использовать для пластики массив мышц, что неприемлемо в подобной ситуации. Успех был достигнут лишь у двух пациенток. Следует заметить, что у 5 из 8 пациенток с так называемым рецидивом истинного дефекта мы не обнаружили – при осмотре выявлена асимметрия живота за счет эллипсоидного выпячивания в зоне пластики. Как таковых грыжевых ворот мы не обнаружили. Inlay-пластика была выполнена у 4-х больных с использованием полиэфирной сетки «Фторэкс». Получен хороший результат. Рецидивов не выявлено, все пациенты вернулись к привычной деятельности.

Особым событием считаем освоение способа герниопластики по В.И. Белоконову. Толчком к этому стало упоминание Владимиром Ивановичем нас в монографии «Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж» в качестве отвергающих протезирующие способы пластики «как опасные, вызывающие тяжелые осложнения и не снижающие рецидивы», со ссылкой на нашу работу 1999 года [4]. Чтобы доказать, что мы прежде всего являемся сторонниками здравого смысла в хирургии с 2005 года мы стали изучать возможности применения пластики по В.И. Белоконову, а с 2006 мы прибегаем к ней все чаще и чаще с той лишь разницей, что в качестве экспланта (протеза) мы используем полиэфирный, а не полипропиленовый эндопротез. Считаем, что данная комбинированная пластика, в основе которой лежит уже упоминаемый нами 1-й этап операции Майдла, является патогенетически обоснованной, направлена на реконструкцию передней брюшной стенки с попыткой сохранить её анатомо-физиологические особенности. В настоящем исследовании мы проанализировали результаты 12-ти пластик по способу В.И. Белоконова. У оперированных больных были большие (8 пациентов) вентральные грыжи (MW₃) и гигантские (4 пациента) грыжи (MW₄). Рецидивов не выявлено в сроке наблюдения до 5 лет. Основная проблема таится в раннем послеоперационном периоде и переходит на этап амбулаторного наблюдения за пациентом – это проблема образования сером и длительной серозо-лимфореи, которая обусловлена необходимостью отсепаровки больших кожно-подкожных лоскутов для обнажения передних стенок влагалищ прямых мышц живота. По нашим данным истечение серозной жидкости после пластики по К. Maydl и по В.И. Белоконову может продолжаться до 4-6 месяцев. Мы относимся к этому как к вполне объяснимой реакции организма заполнить имеющийся на границе подкожной клетчатки и апоневроза-сетки карман. Присоединение инфекции при использовании дренажей и иных приспособлений становится неизбежным, что удлиняет сроки сецернции до нескольких месяцев. В подобных случаях мы расширяем дренажную апертуру в нижней углу операционного шва до 3-4 см, чтобы обеспечить свободный отток скапливающейся жидкости и дать организму возможность самому, постепенно за счет роста грануляций заполнить данную полость. Другой, по мнению наших коллег достаточно эффективный метод лечения сером – пункционный (вслепую или под контролем УЗИ) у нас не нашел широкого применения. Спустя 2-3 недели нам приходилось выполнять дренирование по описанной выше методе, поскольку на фоне пункционных мероприятий у больных стали нарастать воспалительные изменения в зоне пластики.

В 2009 году в Пачелмской ЦРБ профессор Никольский В.И. выполнил первую в Пензенской области ксеноперикардальную герниопластику больному Р., 36 лет по поводу ПОВГ, возникшей после перенесенного панкреонекроза. Новое направление получило свое дальнейшее развитие и нами был предложен способ ксеноластики при срединных грыжах с реконструкцией белой линии живота (патент РФ 2421162). В настоящей работе мы анализировали именно данные операции, которых оказалось 12. Идея подобной пластики пришла после того, как одному из наших коллег пришлось выполнять лапаротомию больному ранее перенесшему тотальную протезирующую герниопластику передней брюшной стенки. Изучению проблемы повторных операций после протезирующих герниопластик посвящено исследование нашего коллеги и друга Г.А. Зюлькина, которое отражено в его кандидатской диссертации [6]. Надеемся, что предложенный нами способ позволит в случае необходимости выполнения лапаротомии у больных, перенесших протезирующую герниопластику, уменьшить время выполнения операции и снизить риск повреждения внутренних органов. На сегодняшний день после ксеногерниопластики рецидивов нами не выявлено. Сохраняется проблема длительного истечения серозной жидкости, о которой мы упоминали выше. По нашим предварительным данным сроки сецернции после ксеногерниопластики несколько дольше, нежели чем при эксплантации синтетической сетки. Однако убедительных данных нами не получено, исследование продолжается.

Анализируя осложнения, мы пришли к выводу, что наиболее часто приходится сталкиваться с гнойно-воспалительными осложнениями (ГВО). Всего на 110 пластик при ПОВГ и ПОРВГ было выявлено 10 ГВО, что составило 9%. Мы не указали в качестве осложнений серозо-лимфорею, поскольку в таком случае нашу работу следовало бы признать неудовлетворительной ибо казанное истечение жидкости отмечается практически у всех больных после герниопластики и хирурги боясь определенных административных последствий волей-неволей данные проявления не показывают как осложнения. Надеемся, что когда-нибудь хирургическая общественность все же сможет доказать, что так называемая серозо-лимфорея является неизбежным спутником большинства герниопластик при ПОВГ и ПОРВГ, связанных с необходимостью выделения кожно-подкожных лоскутов, а не осложнением.

Заключение

Подводя итоги изложенному выше, хотелось бы сказать следующее. Хирургия в районных больницах может и должна развиваться. Стационары одного дня, наверное, не самый лучший вариант такого развития, если принять во внимание особый склад мышления сельского жителя, о котором в своей публикации с болью в сердце упоминает бывший главный хирург Пензенской области профессор Никольский В.И. [1]. Внося свой скромный вклад в оказание помощи населению, хирурги ЦРБ несут и огромную ответственность – они постоянно на виду. И каждый день им приходится принимать непростые решения.

Работая в ЦРБ мы всегда образно выражаясь «гребли против течения». Так один из авторов, проработав в ЦРБ более 40 лет, из них 34 года главным врачом, в течение всего периода деятельности вынужден был доказывать состоятельность своих взглядов. Но делаясь опытом мы видим, что на наши работы ссылаются другие хирурги [4, 7], наши совместные идеи находят выход в диссертационных исследованиях [6], а значит это был не напрасный труд.

Литература

1. Никольский В.И. Размышления бывшего главного хирурга о провинциальной хирургии. URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/razmyshlenija-glavnogo-hirurga/razmyshlenija-byvshego-glavnogo-hirurga-o-provincialnoi-hirurgii.html>
2. Баулин Н.А., Зайцева М.И., Сергеев И.В. Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота. Пенза: изд-во Пензенского государственного университета, 2001.– 188 с.
3. Баулин Н.А., Баулин А.А., Пьянов Н.А., Песков А.В., Каргин С.И. Постгоспитальные гнойные осложнения в хирургии // Материалы II международной научно-практической конференции «Прогрессивные технологии в хирургии». Пенза, 1999.– С. 45-46.
4. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Нагапетян С.В., Супильников А.А. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара: ГП Перспектива, 2005.– 208 с.
5. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. М.: Медицина, 1968.– 172 с.
6. Зюлькин Г.А. Обоснование и оценка эффективности применения полиэфирных имплантатов при герниопластике послеоперационных вентральных грыж / Автореф. канд. дисс.– Пенза, 2012.– 22 с.
7. Ботезату А.А. Комбинированная пластика грыж передней брюшной стенки с использованием аутодермального трансплантата / Автореф. докт. дисс. – Москва, 2013. – 37 с.