

Мы не ставили своей целью призывать к чрезмерной активности по отношению к этим больным. Думается, что только при оптимальном соотношении выявленных и должным образом суммированных признаках и факторах возможна поимка той «золотой середины», которая позволит улучшить результаты лечения этой тяжелой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. – 2004. – №5. – С. 46-51
2. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.Л. // Хирургия. – 2004. – №3. – С. 56-60.
3. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. и др. // Хирургия. – 2002. – №8. – С.2-35
4. Тверитнева Л. Ф., Ермолов А. В., Утешев А.С., Миронов А.В. // Хирургия. – 2003. – №12. – С.44-47.
5. Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. и др. // Хирургия. – 2004. – №9. – С.29-31.
6. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. // Хирургия. – 2002. – №11. – С.32-33.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В.В. Павленко

Кемеровская ГМА, ГКБ №3, г. Кемерово

Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения и являются одной из самых распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечения по частоте занимают второе место после аппендэктомии и составляют 15% от всех оперативных вмешательств [3, 4, 5, 7]. Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значительном количестве рецидивов, достигающих 40-50% при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах [1, 2, 6, 8]. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действием сформировавшейся грыжи и усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевала признание концепция герниопластики без натяжения [10, 11].

С 1994 г. в клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ №3 г. Кемерово оперирован 601 больной в возрасте от 27 до 76 лет с большими и гигантскими (послеоперационными) грыжами передней брюшной стенки. Паховыми грыжами больших размеров считали случаи со значительным расширением внутреннего пахового кольца и разрушением задней стенки пахового канала (более 1/3 ее длины). К послеоперационным грыжам больших и гигантских размеров относили случаи с грыжевым дефектом более 10 см или грыжевым выпячиванием более 15 см.

Контрольную группу составили 304 человека, оперированных по традиционной тактике (1994-1997), которая состояла в применении различных способов закрытия грыжевых ворот местными тканями. При паховых грыжах выполняли различные варианты герниопластики, укрепляющие заднюю стенку пахового канала (по Бассини, Кукуджанову и др.). При лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами, в основном, применяли способы, направленные на закрытие дефекта с помощью удвоения мышечно-апоневротических краев грыжевых ворот.

В основную группу включили 297 больных с большими и гигантскими грыжами передней брюшной стенки, оперированных по усовершенствованной тактике лечения (1998-2005 гг.). Распределение больных по виду грыжи представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Распределение больных в зависимости от вида
наружной грыжи живота**

Вид грыжи	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Паховые грыжи	170	55,9	196	66,0
Послеоперационные вентральные грыжи	134	44,1	101	34,0
Всего:	304	100	297	100

По усовершенствованной тактике лечения больших грыж считали показанными методы герниопластики с преимущественным использованием синтетических эксплантатов. При больших паховых грыжах у больных среднего возраста считали показанной герниопластику по Лихтенштейну либо лапароскопическую трансабдоминальную предбрюшинную герниопластику с использованием полипропиленового протеза. При паховых грыжах у пожилых больных применяли герниопластику по Лихтенштейну. У молодых пациентов использовали разработанную предбрюшинную аутогерниопластику из параректального доступа (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение больных с паховыми грыжами
по способам герниопластики**

Способы герниопластики	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Аутопластические В том числе:	170	100,0	19	9,7
по Бассини	124	72,9	-	-
по Кукуджанову	27	15,9	-	-
по Постемпскому	19	11,2	-	-
Предбрюшинная аутогерниопластика параректальным доступом	-	-	19	9,7
Трансплантационные В том числе:	-	-	177	90,3
по Лихтенштейну	-	-	168	85,7
Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика	-	-	9	4,6
Всего:	170	100	196	100

При больших послеоперационных вентральных грыжах операцией выбора считали герниопластику с использованием полипропиленового эксплантата, который размещали преимущественно Inlay-способом (методом "вставки"). Это позволяло избежать форсированного сведения тканей в области грыжевого дефекта. Как альтернативный метод, довольно редко применяли аутодермопластику (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных с послеоперационными вентральными грыжами по способам герниопластики

Способ пластики	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Аутопластические способы	122	91,0		
В том числе:				
по Сапежко	54	40,3		
по Мейо	68	50,7		
Трансплантационные способы	12	9,0	101	100,0
В том числе:				
аутодермопластика	2	1,5	6	5,9
герниопластика с использованием синтетического протеза	10	7,5	95	94,1
Всего:	134	100	101	100

При паховых грыжах операции проводились под местной инфильтрационной, эпидуральной или спинальной анестезией, при послеоперационных — под эндотрахеальным наркозом.

Эффективность лечения больных с наружными грыжами живота оценивали по количеству осложнений послеоперационного периода.

В контрольной группе у 19 пациентов (6,3%) отмечены местные осложнения: инфильтрат послеоперационной раны (9 больных), нагноение раны (7), лигатурный свищ (3).

В основной группе местных осложнений было значительно меньше: 2,0%. Достоверного снижения количества гнойных раневых осложнений удалось добиться благодаря применению комплекса мер профилактики раневой инфекции, который состоял из введения антибиотиков широкого спектра действия перед операцией, проведения пункций сером в области пластики, отказа от применения дренажей Redon, ношения бандажа с первых суток послеоперационного периода.

Анализ результатов лечения в отдаленном периоде (в сроки до 8 лет) проведен у 164 больных контрольной группы. У 34 (20,7%) из них отмечен рецидив грыжи. Существенное влияние на частоту развития рецидива грыжи оказала сопутствующая патология, диагностированная у 69,7% больных. Хроническая сердечно-легочная патология, функциональные нарушения моторики кишечника и другие заболевания на фоне ожирения способствовали систематическому подъему внутрибрюшного давления, что увеличивало натяжение тканей по линии швов. Кроме того, у больных пожилого и старческого возраста дополнительно оказывала влияние на величину возврата заболевания функциональная несостоятельность соединительной ткани.

В основной группе в отдаленном периоде (в сроки до 4 лет) результат герниопластики оценен у 186 больных. Рецидив грыжи отмечен в 8 случаях (4,3%). Установлено достоверное влияние на уровень рецидива местных гнойных осложнений. У 5 пациентов с возвратом заболевания ранний послеоперационный период осложнился глубоким нагноением раны с вовлечением эксплантата. Купирования гнойного воспалительного процесса удалось добиться только после полного удаления эксплантата вместе с гнойным свищом. Эти осложнения встречались в начале освоения методики герниопластики с использованием синтетических эксплантатов. Совершенствование методов борьбы с раневой инфекцией позволило добиться существенного снижения процента рецидивов.

Улучшения результатов, по нашему мнению, удалось достигнуть благодаря усовершенствованной тактике лечения. Мы считаем, что при больших и гигантских наружных грыжах живота (и других "сложных" формах) целесообразно применение только трансплантационных способов герниопластики. Уменьшение случаев возврата заболевания в основной группе пациентов было обеспечено внедрением безнатяжных способов операций с использованием полипропиленовых синтетических протезов. В большинстве других случаев применение аутопластических способов герниопластики должны быть ограничены областью "простых" грыж передней брюшной стенки.

Таким образом, применение аутопластических способов герниопластики при больших грыжах живота приводит к значительному числу рецидивов заболевания, что обусловлено выраженным натяжением тканей.

Применение различных способов герниопластики с использованием полипропиленового эксплантата у больных со значительными размерами грыжевых дефектов позволяет достоверно снизить процент рецидива заболевания, благодаря разгрузке основной линии швов без повышения внутрибрюшного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Митин С.Е. и др. // Амбулаторная хир. – 2002. – №1(5). – С. 36-39.
2. Воробьев В.В., Новиков К.В., Феодориди Н.К. и др. // Амбулаторная хир. – 2002. – №1(5). – С. 28-32.
3. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев, 2001. – 280 с.
4. Жебровский В.Е., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь, 2002. – 440 с.
5. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. – Ганновер, 2000. – 236 с.
6. Седов В.М., Тарбаев С.Д. // Амбулаторная хир. – 2002. – №1(5). – С. 32-35.
7. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 11-14.
8. Федоров В.Д., Андреев С.Д., Адамян А.А. // Хирургия. – 1991. – №1. – С. 59-64.
9. Bauer J.J., Salky B.A., Gelernt G.M., Kreel I. // Ann. Surg. – 1987. – V.206, № 6. – P. 765-769.
10. Mudge M., Hughes L.E. // Brit. J. Surg. – 1985. – V.72, № 1. – P.70-71.
11. Robbins A.W., Rutkow I.A. // Surg. Clin. North Amer. – 1998. – V.73. – P. 501.