

© Коллектив авторов, 2010  
УДК 617.55-007.43-089

С.Ю.Пушкин, В.И.Белоконев, Ю.В.Пономарева, Л.Т.Волова

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОКОВЫМИ И ПЕРЕДНЕБОКОВЫМИ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. — проф. В.И.Белоконев) ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрави»; ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина» (главврач — канд. мед. наук Г.Н.Гридасов)

**Ключевые слова:** боковая вентральная грыжа, симультанные вмешательства, сопутствующие заболевания, осложнения, результаты.

**Введение.** От общего числа больных с грыжами живота частота переднебоковых и боковых грыж после плановых операций достигает 31,5% [2, 5, 8], экстренных вмешательств — 40% [3, 4, 6]. При грыжах данной локализации закрытие дефектов местными тканями является основной причиной развития истинного или ложного рецидива заболевания. Исследованиями Ю.В. Пономаревой [7] показано, что у больных с боковыми и переднебоковыми грыжами улучшить результаты лечения возможно только путем использования ненатяжных способов пластики с применением синтетических эндопротезов. Однако анатомические особенности строения боковых отделов живота, где отсутствуют прочные соединительнотканые структуры, требуют разработки особой техники выполнения вмешательств, позволяющих фиксировать синтетический имплантат к мышцам.

Цель исследования — улучшить результаты операций у больных с боковыми и переднебоковыми грыжами живота.

**Материал и методы.** Под переднебоковыми грыжами живота понимали выходение внутренних органов, расположенных по отношению к брюшине интра- и мезоперитонеально, через грыжевые ворота, образованные за счет наружной, внутренних косых мышц, поперечной, одной из прямых мышц живота, между указанными элементами и реберной дугой или крылом подвздошной кости, а также при их комбинации. Под боковыми грыжами понимали выходение внутренних органов, расположенных по отношению к брюшине интра- и мезоперитонеально, через грыжевые ворота, образованные за счет наружной, внутренних косых мышц, поперечной мышцы живота, широчайшей мышцы спины, между указанными элементами и реберной дугой или крылом подвздошной кости, а также при их комбинации.

Проведен анализ 88 больных с вентральными грыжами боковой и переднебоковой локализации за период с 1998 по 2009 г. Мужчин было 18 (20,5%), женщин — 70 (79,5%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3,9. Возраст больных колебался от 20 до 83 лет. Наибольшее число пациентов (64,8%) было в возрасте от 50 до 69 лет.

По классификации J.P.Chevrel, A.M.Rath (SWR-classification), из 88 больных грыжи малых размеров были у 12 ( $W_1$ ), средних ( $W_2$ ) — у 21, больших ( $W_3$ ) — у 31, огромных ( $W_4$ ) — у 24. Из общего числа пациентов у 18 (20,5%) грыжи носили множественный характер и сочетались с паховыми, пупочными и срединными вентральными грыжами. Первичные грыжи были у 63 (71,6%) пациентов, рецидивные — у 25 (28,4%). У 20 (80%) больных был первый рецидив, у 2 (8%) — второй, у 1 (4%) — третий, у 2 (8%) — четвертый. Причем у 3 больных ранее была выполнена пластика брюшной стенки с использованием синтетического имплантата.

При лечении 32 больных были использованы способы натяжной пластики местными тканями (группа контроля). У 56 пациентов применяли ненатяжные комбинированные способы [1] (основная группа).

**Техника грыжесечения** у больных с боковыми и переднебоковыми грыжами живота при пластике комбинированным способом включала 4 этапа: обеспечение доступа, обработка грыжевого мешка и выполнение внутрибрюшного этапа операции, пластика грыжевых ворот, дренирование и ушивание раны. У больных с переднебоковыми и боковыми вентральными грыжами при выполнении доступа добивались исправления асимметрии живота, возникшей вследствие формирования грыжевого выпячивания, строго ориентируясь на противоположную сторону. Для этого до операции проводили тщательную разметку предстоящего разреза в начале в вертикальном, а затем в горизонтальном положении на спине, моделируя кожный разрез так, чтобы при иссечении кожно-подкожного лоскута можно было добиться симметрии живота с противоположной стороной. У больных с боковыми грыжами, в отличие от пациентов с переднебоковыми и срединными грыжами, грыжевое кольцо не рассекали, а особенность обработки грыжевого мешка состояла в том, что его вскрытие было проведено только у 20 (22,7%) пациентов. Из такого доступа выполнить полноценную ревизию и устранить внутрибрюшную патологию очень сложно, а поэтому грыжевой мешок чаще вскрывали только для иссечения избытка тканей.

Существенным отличием операций у больных с переднебоковыми грыжами был третий этап — пластика грыжевых ворот. Она заключалась в комбинации, когда грыжевые ворота вначале закрывали собственными тканями, используя для этого переднюю стенку апоневроза влагалища прямой мышцы живота и мышечную порцию боковых мышц. После их рассечения вокруг и на ширину, равную  $1/2$  грыжевых ворот, медиальные края тканей разворачивали на  $180^\circ$  и сшивали между собой. Синтетический эндопротез помещали под латеральными краями тех же тканей в положение «sub lay — in lay — on lay», подшивая его по большому и малому периметрам.

Операцию завершали дренированием раны трубками, помещая их в подкожной клетчатке. Для устранения свободного пространства между кожно-подкожным лоскутом и протезом, для профилактики образования сером между кожей и протезом накладывали съемные П-образные швы капроном № 4–5. В завершении операции на края кожи накладывали швы по Блеру–Донати. Дренажные трубки подключали к вакуумному аспиратору.

**Результаты и обсуждение.** Больные основной и контрольной группы были сопоставимы по полу, возрасту, исходному физическому состоянию, времени формирования грыжи. Отличия между ними заключались в более сложной патологии у пациентов основной группы, обусловленной размерами грыжи и использованными способами хирургического лечения. Так, в основной группе у 19 (33,9%) больных были выполнены симультанные вмешательства, у 4 (7,1%) из них произведена аппендэктомия, в том числе у 3 (5,4%) она сочеталась с рассечением спаек в брюшной полости и с резекцией большого сальника. У 1 (1,8%) пациента выполнено удаление липомы, у 6 (10,7%) — рассечение спаек в брюшной полости и резекция большого сальника, у 5 (8,9%) — с толстокишечными свищами была восстановлена непрерывность желудочно-кишечного тракта, у 1 (1,8%) — произведена экстирпация матки с придатками, у 1 (1,8%) — удаление тубоовариального абсцесса, у 1 (1,8%) — холецистэктомия. У 10 (17,9%) пациентов переднебоковые и боковые послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) сочетались с грыжами других локализаций: у 3 (5,4%) — с пупочными, у 2 (3,6%) — с паховыми, у 1 (1,8%) — с бедренной, у 4 (7,1%) — со срединными ПВГ. Ненатяжные способы пластики позволили выполнять вмешательства у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, входящими в группу риска.

При использовании натяжных способов закрытия грыжевых ворот у 32 больных осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 2 пациентов (у 1 — динамическая острая кишечная непроходимость, у 1 — реактивный плеврит). В отдаленные сроки рецидивы грыж возникли у 20 (62,5%) больных, причем у 16 пациентов имел место 1 рецидив, у 2 — 2, у 1 — 3, у 1 — 4. У

больных с рецидивами грыж выявлена следующая зависимость от величины грыжевых ворот: при  $W_1$  рецидив был у 2, при  $W_2$  — у 4, при  $W_3$  — у 7, при  $W_4$  — у 7. Хорошие результаты у больных, оперированных натяжными способами, получены при грыжах малых размеров ( $W_1$ ). В последующем 16 больных контрольной группы с первичным рецидивом грыжи были оперированы повторно с использованием комбинированного способа пластики: у 12 (37,5%) — были боковые грыжи (выполнен первый вариант комбинированного способа); у 4 (12,5%) — с переднебоковыми грыжами пластика выполнена по второму варианту.

Ненатяжные способы пластики были применены у 56 больных. Они позволили выполнить операцию у больных независимо от размеров грыжевых ворот и их локализации. Так, среди больных основной группы грыжи средних размеров были у 17 (30,3%), больших — у 23 (41,1%), гигантских — у 16 (28,6%). Особую сложность представляли операции у пациентов с грыжами в сочетании со свищами (колостомой, илеостомой). Мы придерживались тактики одномоментного устранения патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и брюшной стенки. У больных основной группы общие осложнения (плеврит) возникли у 1 (1,8%), местные — у 5 (8,9%) (длительная экссудация — у 1, серома — у 1, гематома — у 2, инфильтрат раны — у 1). Причем все они были у пациентов с переднебоковыми грыжами. Анализ причин такой закономерности позволил высказать следующую точку зрения. При боковых грыжах в меньшей степени страдает кровоснабжение кожи и подкожной клетчатки, тогда как при переднебоковых грыжах из-за мобилизации кожно-подкожного лоскута на большой площади оно страдает в большей степени в силу значительной отдаленности межреберных сосудов от аорты. Кроме того, осложнения чаще развивались у пациентов с избыточной массой тела. Увеличение частоты местных осложнений у больных основной группы по сравнению с контрольной было связано с большим объемом вмешательства, который требовался при огромных грыжах.

Изучение отдаленных результатов у больных, оперированных ненатяжными способами, показало, что у 5 (8,9%) из них была только релаксация мышц брюшной стенки живота на стороне операции, причем у 2 (3,6%) — после использования эндопротеза «Vypro» (Ethicon). В дальнейшем у этих же больных через 2 года возник частичный рецидив грыжи. Еще у 1 больной с релаксацией через 1 год также возник частичный рецидив грыжи после имплантации эндопротеза «Эсфил» («Линтекс»).

**Выводы.** 1. Анатомической особенностью переднебоковых и боковых грыж живота является формирование грыжевых ворот только за счет мышц брюшной стенки либо за счет реберной дуги и крыла подвздошной кости, что затрудняет надежную фиксацию имплантата.

2. Усовершенствованный комбинированный способ закрытия грыжевых ворот заключается в том, что синтетический эндопротез размещается в позиции «sub lay — in lay — on lay» под латеральными лоскутами наружной косой мышцы живота при боковых грыжах или под латеральным лоскутом этой мышцы и медиальным лоскутом апоневроза прямой мышцы при переднебоковых грыжах.

3. Предложенный ненапряжной комбинированный способ закрытия грыжевых ворот позволяет снизить частоту рецидивов послеоперационных переднебоковых и боковых грыж живота до 5,4% по сравнению с натяжными способами пластики.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж.—Самара: ГП «Перспектива», 2005.—208 с.
2. Галкин Р.А., Лещенко И.Г. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение.—Самара: ООО ИПК «Содружество», 2008.—372 с.
3. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика.—М.: Медпрактика, 2002.—147 с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота.—М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.—384 с.
5. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи.—Пермь, 1996.—142 с.
6. Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. Хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами.—Уфа, 2000.—152 с.
7. Пономарева Ю.В. Клинико-морфологическое обоснование выбора способа операции у больных с послеоперационными переднебоковыми и боковыми грыжами живота: Автореф. дис ... канд. мед. наук.—Самара, 2009.—18 с.
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки.—М.: Триада-Х, 2003.—144 с.

Поступила в редакцию 14.08.2009 г.

S.Yu.Pushkin, V.I.Belokonev, Yu.V.Ponomareva,  
L.T.Volova

#### MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF PATIENT WITH LATERAL AND ANTERIO-LATERAL HERNIAS OF THE ABDOMEN

Among 88 patients with ventral hernias of the lateral and anteriolateral localization in 32 patients tension methods were used, in 56 patients non-tension combined methods of plasty with the lay-sub lay-on lay position of the implant. In the first group local and general complications were diagnosed in 2 (6.3%), in the second in 6 (10.7%) patients. Recurrent hernias in the long-term periods developed in the 1st group in 20 (62.5%) patients, in the 2nd — in 3 (5.4%). There were no lethal outcomes. The non-tension combined methods of plasty of the abdominal wall are thought to be preferable.