

УДК 617.55-007.43-089.844

## ВАРИАНТЫ АПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**А.В. Баулин**, ассистент кафедры хирургии медицинского института Пензенского государственного университета, **В.А. Баулин**, заслуженный врач РСФСР, хирург высшей квалификационной категории, Пачелмская ЦРБ, Пензенская область, **Г.А. Зюлькин**, ассистент кафедры хирургии медицинского института Пензенского государственного университета, **А.Е. Квасов**, заведующий 2-ым хирургическим отделением, МУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина, г. Пенза

Начиная путь освоения хирургии грыж в интернатуре или ординатуре все вопросы, связанные с данной проблемой, кажутся полностью разрешенными и более надежной методики, чем та, которую выполняет твой непосредственный руководитель, не существует. Лишь спустя некоторое время, оценив результаты собственной работы и наблюдая пациентов своих коллег, приходит понимание, что не все так просто, как казалось. Увидев рецидив грыжи после самой «надежной» пластики начинаешь задумываться о том, что данная проблема требует не просто механического вмешательства. Использование толстых ниток и прочных сеток не только не решает проблемы, а зачастую усугубляет её. Совсем не абсурдным начинает казаться и термин «грыжевая болезнь». Пройдя определенный путь в освоении данных вопросов, но испытав взлеты и падения, успехи и разочарования, мы подвели определенный итог полученным результатам и решили аргументировать свои взгляды и обосновать подходы к хирургическому лечению срединных вентральных грыж на основании анализа опыта работы, начатого сорок лет назад в условиях районной больницы.

Анализ собственной работы и амбулаторное наблюдение за пациентами, оперированными в других хирургических стационарах, показал, что среди послеоперационных срединных грыж первое место занимают вентральные грыжи после холецистэктомии у больных, независимо от пола, имеющих избыточный вес. В литературе отмечено, что и троакари-индуцированные грыжи достаточно часто встречаются именно после холецистэктомий [7]. На наш взгляд, данное обстоятельство обусловлено тем, что среди вмешательств на органах брюшной полости холецистэктомии занимают одно из первых мест в структуре плановой хирургической помощи.

При анализе причин рецидивных вентральных грыж, корригированных аутопластическими способами, не отмечено

достоверной зависимости от способа пластики и лечебного учреждения, в котором ранее оперирован больной. Широкое распространение и относительная доступность полипропиленовой сетки приводит аллопластику к видимой конкуренции с традиционно устоявшимися способами аутопластики, среди которых наиболее распространенными у хирургов Пензенской области являются способы К.М. Сапезко и Н.А. Баулина [2, 5]. Проводимый предварительный анализ результатов хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж, базирующийся на материалах работы Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко, белинской и пачелмской ЦРБ Пензенской области, выявил ряд недостатков используемых методов. При существующем подходе, где в основе операции лежит аутопластика, рецидив, по нашим данным, наблюдается у каждого четвертого пациента. Создаваемое во время пластики больших и гигантских грыж натяжение сшиваемых тканей и выраженное уменьшение объема брюшной полости ставит под сомнение физиологичность данных операций. Модификации данных способов направлены на уменьшение натяжения сшиваемых тканей и профилактики синдрома абдоминального компартмента, в основе которых лежит использование для пластики рубцово-измененных тканей в зоне предшествующей пластики, а также грыжевого мешка [2, 5] кажутся не вполне обоснованными. Безусловно, заслуживают внимания предложения Н.А. Баулина и М.И. Зайцевой о тренировке пациентов на этапе до операции путем дозированной компрессии и формирования так называемого «дыхательного клапана» в эпигастрии при невозможности одномоментного устранения выпячивания с разбиением операции на этапы [5]. Однако в последние 4–5 лет хирурги все чаще стали прибегать к аллопластике с размещением протеза on lay, in lay, sublay и комбинированные способы (способ

К.М. Сапежко или Н.А. Баулина + сетка). Методики, в основе которых лежит рассечение структур, образующих переднюю брюшную стенку, не нашли большого количества последователей среди Пензенских хирургов.

На сегодняшний день при наличии у пациента срединной послеоперационной или рецидивной грыжи больших или гигантских размеров и отсутствии возможности выполнить в данной ситуации эндопротезирование мы выполняем операцию, основные этапы которой следующие. Разрез кожи над выпячиванием и максимально за его пределы вверх и вниз. Выделив грыжевой мешок, одиночными узловыми швами ушиваем все перерастяжения последнего так, чтобы он имел равномерное натяжение над грыжевыми воротами. Герниолапаротомию выполняем лишь при наличии у больных клиники спаечной болезни. При многокамерных грыжах никогда не прибегаем к соединению грыжевых ворот в одни и считаем, что разрушение уже сформированных соединительнотканых структур не обосновано, максимально используя их в пластических целях, формируя своего рода первый ряд пластики.

Непосредственно пластику начинаем за пределами грыжевых ворот выше и ниже последних, сближая разошедшиеся края от мечевидного отростка и нижней границы мезогастрия до грыжевых ворот швами Шампониера (рис. 1), превращая последние из округлых в щелевидные при грыжах среднего размера.



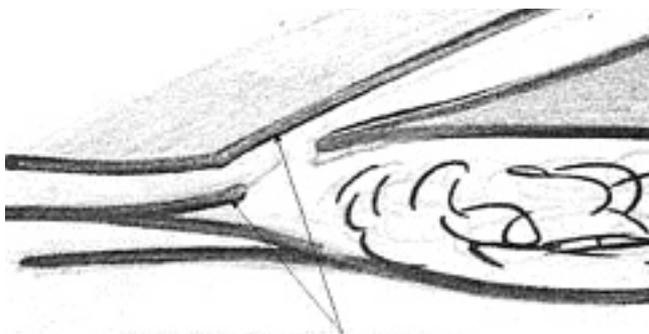
**Рис. 1. Устранение диастаза прямых мышц живота швами Шампониера.**

При невозможности устранения диастаза прямых мышц живота в зоне грыжевых ворот идем тремя путями. Первый заключается в выкраивании прямоугольных или овальных лоскутов из передних пластинок влагалищ прямых мышц живота, аналогично способам Бреннера (рис. 2), Генриха или Девлина, с последующим закрытием грыжевых ворот либо путем создания дубликатуры, либо сшиванием лоскутов край в край. Второй путь – выполнение первого этапа герниоэнтропластики по Майдлю (рис. 5, 6) или Напалкову, т. е. не сшивая латеральные листки рассеченных передних стенок влагалищ прямых мышц. Третий путь выбираем в случае гигантских грыж с диастазом прямых мышц 20 и более сантиметров, производя рассечение полутора листков (рис. 3) апоневроза наружной и внутренней косых мышц, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота в эпимезогастрии с обеих сторон (рис. 4), что позволяет значительно уменьшить ширину грыжевого дефекта и сшить внутренние края прямых мышц практически без натяжения и тяжелых дыхательных расстройств в послеоперационном периоде. В 1990 году Ramirez предложил рассечение сухожильной части только лишь

наружной косой мышцы живота [4], что позволяет ликвидировать диастаз до 20 см – данный прием в меньшей степени ослабляет натяжение сшиваемых тканей. В гипогастрии, в ряде случаев, достаточно рассечь сухожильные растяжения прямых мышц в шахматном порядке для того, чтобы свободно, без натяжения сшить края разошедшегося апоневроза.

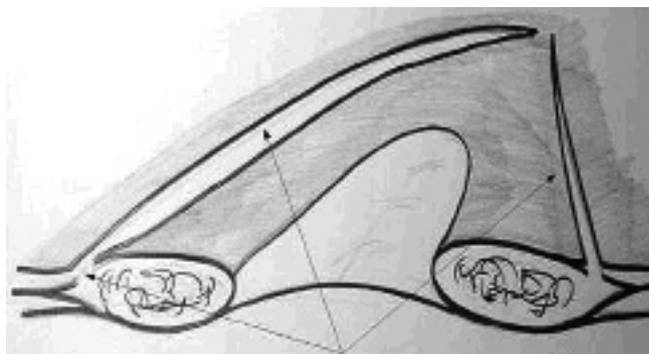


**Рис. 2. Формирование дубликатуры из рассеченных внутренних краев передних листков влагалищ прямых мышц живота по аналогии методики Бреннера.**

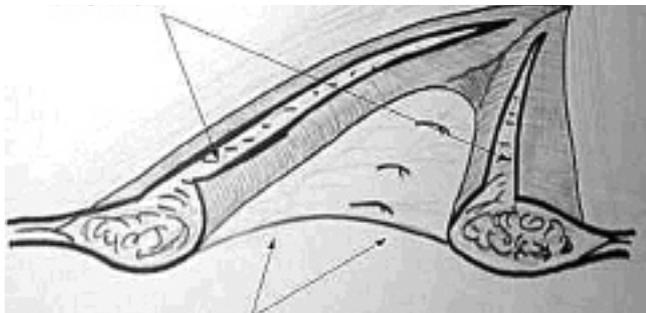


**Рис. 3. Рассечение полутора листков апоневрозов наружной и внутренней косых мышц живота, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота.**

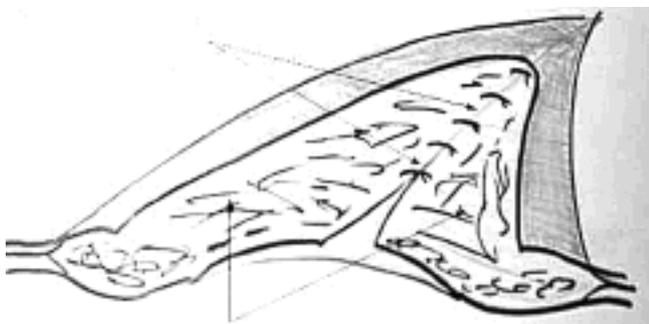
Применение эндопротеза, в дополнение к вышеуказанным способам, и переход к комбинированным пластикам по Белоконову, Кокерлингу или Рамирезу, представляется наиболее предпочтительным, радикальным и ему, по возможности, следует отдать предпочтение. Однако в практике как сельского, так и городского хирурга может возникнуть на первый взгляд, безвыходная ситуация, когда выполнить аллопластику невозможно. В данной ситуации применение вышеуказанных способов считаем вполне обоснованным.



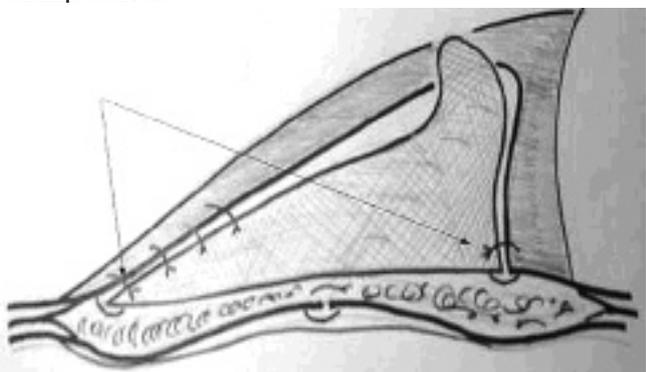
**Рис. 4. Рассечение полутора листков апоневрозов наружной и внутренней косых мышц живота, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота с двух сторон с последующим сшиванием внутренних.**



**Рис. 5. а) Рассечены передние листки влагалищ прямых мышц живота с двух сторон; б) Грыжевой мешок ушит с равномерным натяжением в пределах грыжевых ворот.**



**Рис. 6. а) Сшивание внутренних листков рассеченных передних стенок влагалищ прямых мышц; б) Разволокненные прямые мышцы живота.**



**Рис. 7. Фиксация полипропиленовой сетки к внутренним листкам рассеченных влагалищ прямых мышц одиночными узловыми швами.**

Ознакомившись с трудами коллектива Самарских коллег в главе с профессором В.И. Белоконовым [3], а также выслушав его прекрасный доклад на межобластной конференции в Ульяновске в 2005 году, мы получили своего рода стимул к освоению и внедрению в практику именно комбинированных герниоентропластик, из которых нам наиболее выгодной и, с позволения сказать, родной и близкой показалась методика В.И. Белоконова. Мы не выполняем все рекомендации автора и, как уже говорилось выше, брюшную полость стараемся вскрывать лишь при наличии показаний на малейшее подозрение на эпизоды ущемления, частичной кишечной непроходимости или спаечной болезни. Последняя, на наш взгляд, без явлений нарушенного пассажа не требует хирургической коррекции. Грыжевой мешок гофрируем отдельными узловыми швами. Подобные приемы используются при герниоентропластиках

без вскрытия брюшной полости по способам Кокерлинга и Девлина [4]. Фиксация сетки возможна отдельными узловыми швами только по периметру (рис. 5, 6, 7), хотя авторский способ фиксации предпочтительнее. Желательно использование для фиксации имплантата однородных нитей. Завершив экспериментальную работу по сравнению полипропиленового и полиэфирного имплантатов, отдаем предпочтение последнему, используя для пластики лавсановый эндопротез «Фторэкс» производства Санкт-Петербургской фирмы «Линтекс».

Мы располагаем более чем двадцатилетним опытом лечения и последующего наблюдения за пациентами, перенесшими герниоентропластику, в основе которых лежит рассечение структур, образующих переднюю стенку влагалищ прямых мышц живота [1]. Оперированы 168 пациентов, из них 36 с использованием эндопротезов. Подробно изучены результаты пластик в сроки от 6 месяцев до 8 лет у 96 пациентов. Максимальный срок наблюдения после операции – 13 лет (20 пациентов). Рецидива грыж нами отмечено не было, и мы с благодарностью примем информацию о рецидивах, если у кого-то она имеется. Летальность составила 2%. Основные сложности послеоперационного периода обусловлены длительным выделением серозно-лимфатической жидкости из образованной в подкожной клетчатке полости, которая, по нашим наблюдениям, закрывается в течение 1,5 месяцев, что согласуется с данными других исследователей [6]. Сразу следует заметить, что подобное состояние развивается не у всех пациентов. При адекватном дренировании раны, сдавлении полости при помощи матрацных швов, дозированной компрессии извне при помощи бандажа и удалении дренажей на 4–5-е сутки при объеме серозно-лимфатического отделяемого менее 5–10 мл в сутки в повязку в большинстве случаев удается избежать формирования серомы. Тем не менее, у 10% пациентов длительность серозно-лимфорей составляет 15–45 дней. У 1 пациента сформировался лигатурный свищ при фиксации полипропиленовой сетки капроновыми нитями, что потребовало иссечения свища. С 2007 года у пациентов стали более активно применять пункции полости с эвакуацией содержимого на фоне раннего (4–5-е сутки) удаления дренажей. Серьезных инфекционных осложнений до последнего времени нам удавалось избегать, на что и в будущем надеемся.

МА

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баулин А.В., Баулин В.А. Способ апоневротической пластики при вентральных грыжах. В сборнике трудов конференции «Актуальные проблемы современной хирургии». - Новосибирск. - 2005. - с. 18-20.
2. Баулин Н.А., Зайцева М.И., Сергеев И.В. Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота. ИИЦ ПГУ. - Пенза. - 2001.
3. Белоконов В.И. и соавт. «Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж», Самара, 2005.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. - МИА. - 2005.
5. Зайцева М.И., Баулин Н.А., Сергеев И.В. Выбор метода вентропластики с использованием местных тканей по поводу послеоперационной обширной грыжи брюшной стенки. Клиническая хирургия. - 2001. - № 10. - с. 58-61.
6. Dukhno O., Pinski I., Hertzano Y., Levy I., Ovnat A. An unusual presentation of a huge seroma following ventral hernia repair. Annals of the College of Surgeons of Hong Kong. - Vol. 9. - Issue 2. - May 2005. - P. 53.
7. Reis E., Singhal A., Kerstein M. Management and Prevention of Trocar-Induced Hernia in Laparoscopic Surgery. Contemporary Surgery, Vol. 58. - № 8/ Aug 2002. - pp. 401-406.