

Касымов А.А.

ОПЕРАЦИЯ ДАН КИЙИНКИ ТУЗӨЛБӨГӨН ВЕНТРАЛДЫК ЧУРКУНУ ДАРЫЛОО

Касымов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВПРАВИМЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

A.A. Kasymov

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH IRREDUCIBLE POST-OPERATIVE HERNIAS

УДК: 616-007.44-089.167

*Иште 50 орудуунун операциядан кийинки тузөлбөгөн вентралдык чуркуну дарылоонун жыйынтыгы сунушталган. Аларды дарылоо жаныртылган метод аркылуу полипропелендик торчону пайдалануу пластикасы колдонулган. Операциядан кийин оорунун оорчушу болгон эмес.*

**Негизги сөздөр:** операциядан кийинки вентралдык чурку, полипропилендик торчо, чурку, дарылоо, алло-пластика.

*В работе предложены результаты оперативного лечения 50 больных с невосправимыми послеоперационными вентральными грыжами. В их лечении использована пластика с применением полипропиленовой сетки, модифицированным способом. Осложнений после операции не наблюдали.*

**Ключевые слова:** вентральные грыжи послеоперационные, невосправимые, лечение, полипропиленовая сетка, осложнения.

*There are results of surgical treatment of 50 patients with irreducible postoperative ventral hernias. In the treatment we used a polypropylene mesh with modified method. There were no complications after surgery.*

**Key words:** ventral hernia, postoperative, irreducible, treatment, polypropylene mesh complications.

**Введение.** Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки все еще остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Распространенность данного заболевания довольно велика и связана с увеличением количества операций на органах брюшной полости, а также высоким процентом оперируемых больных лиц пожилого возраста [5, 14, 15].

Результаты традиционной пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки с использованием местных тканей можно оценивать, как неудовлетворительные. Особенно пластика больших дефектов брюшной стенки сопровождается натяжением тканей, что приводит к рецидиву грыжи у 30–60% больных [1, 3, 8, 9, 12]. Заметно улучшило ситуацию, внедрение в хирургическую практику пластических материалов, что привело к снижению частоты рецидивов до 3–6% [4, 6, 7, 10, 11].

Важное значение в развитии герниологии передней брюшной стенки сыграл синтез высокомолекулярных полимеров [9].

Полипропиленовая сетка в настоящее время является практически идеальным материалом для герниопластики. Она очень удобна в обращении [2].

В мировой практике наиболее распространены две основные методики имплантации синтетической сетки: интра- и экстраперитонеальная имплантация. Но, обе эти методики не лишены недостатков, особенно в первом случае, так как возможно образование спаек, кишечных фистул, пенетрация сетки в просвет кишечника, аррозия крупных сосудов. Эти осложнения являются специфическими для внутрибрюшного расположения трансплантата [5, 13, 16].

Во избежание вышеперечисленных осложнений была разработана так называемая технология “inlay”. В этом случае сетка помещается в предбрюшинное пространство, позади апоневроза, что исключает проблему возникновения свищей, спаек и сером подкожной клетчатки. Но при этой манипуляции возможно вскрытие брюшины и фасции, далее происходит кровоизлияние и образование гематом в предбрюшинном пространстве.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения больных с невосправимыми послеоперационными вентральными грыжами.

**Материалы и методы:** в статье представлены результаты лечения больных с невосправимыми послеоперационными грыжами в городской клинической больнице №1, города Бишкек с 2013 по 2015 года. Мы наблюдали 50 больных из них женщин 37, а мужчин соответственно -13 (табл. 1).

**Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту с невосправимыми грыжами (n-50).**

Пол	всего		возраст		
	абс. число	%	31-40	41-50	51-60
Женщин	37	74.0	7	23	7
Мужчин	13	14.0	2	8	3
всего	50	100	9	31	10

**Таблица 2. Давность существования грыж у больных с невосправимыми грыжами.**

Всего	Из них с давностью					
	До 1-го года	1-3 лет	4-6 лет	7-9 лет	10-15 лет	Более 15-ти лет
абс. ч. (n-50)	4	22	18	3	2	1
% 100,0	8.0	44.0	36.0	6.0	4.0	2.0

При анализе сроков существования было установлено, что чаще больные были грызниками более до 3 лет.

При тщательном сборе анамнеза больных выяснилось, что ранее больные были оперированы по поводу следующих операций: на кишечнике (кишечная непроходимость), желудке и двенадцатиперстной кишке (перфорация, язва желудка, рак желудка). Необходимо отметить, что большинство больных отмечали в послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны, парез кишечника, образование в области послеоперационного рубца-инфильтратов, сером и др.

Нужно отметить, что больные с длительным анамнезом заболевания, воздерживались от предстоящей операции, несмотря на рекомендации врачей.

При обследовании сопутствующие заболевания выявлены у 29 (58.0%) больных, такие как, гипертоническая болезнь 11 (22.0%), хронические легочные заболевания – 17чел (34.0%), ДГПЖ выявлена у одного больного и сахарный диабет у еще одного, и ожирение 1-2 степени у 7 (14.0%).

Все эти сопутствующие заболевания требовали тщательной предоперационной подготовки и индивидуального ведения послеоперационного периода.

Обследование больных до операции и необходимая предоперационная подготовка являлись залогом успешного оперативного лечения больных с неврайными послеоперационными вентральными грыжами. Эти больные, несомненно, составляли особую группу риска, поскольку резкое повышение внутрибрюшного давления в первые часы после аллопластики может привести к декомпенсации функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, вызвать полиорганую недостаточность вплоть до летального исхода.

Соответственно, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний учитывались при предоперационной подготовке этих больных. У пациентов с большими и гигантскими грыжами мы уделяли внимание оценке функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Больные проходили спирометрию – для определения дыхательного объема, форсированного выдоха и учитывали коэффициент напряжения брюшной стенки.

Всех больных с вентральными неврайными послеоперационными грыжами мы разделяли на 2 группы:

I группа – больные с нормальными функциональными показателями и коэффициентом напряжения брюшной стенки до 2,09, у которых операция не представляет серьезной опасности. У них использовать можно пластику грыжевых ворот методом аутопластики.

II группа – больные с выраженными нарушениями функциональных показателей, у которых коэффициент напряжения брюшной стенки был выше 2,09, то операцию выполняли с сохранением

объема брюшной полости, т.е. использовали пластику грыжевых ворот полипропиленовой сеткой.

Больные, составляющие I группу, могли быть оперированы без особой подготовки.

Больным, II группы, необходима была предоперационная подготовка, которая включала следующие меры:

1. Детальное обследование с целью выявления сопутствующих заболеваний.

2. Подготовка функциональных возможностей легких включала:

а) отказ от курения;

б) выполнение дыхательных упражнений, тренировка сердечной и дыхательной систем путем выполнения упражнений.

в) прием муколитических и отхаркивающих препаратов;

г) постуральный дренаж;

3. Лечение сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистой патологии, гипертонической болезни, сахарного диабета и др.).

Эти меры подготовки выполнялись больными до операции. Мы, стремились сократить сроки пребывания в стационаре до операции с целью предотвращения госпитальной инфекции.

При обращении, больные предъявляли жалобы на наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца, чувство дискомфорта в области грыжевого выпячивания, неврайность грыжевого выпячивания в брюшную полость, иногда болезненность при физической нагрузке, при ходьбе.

При анестезиологическом пособии мы склонялись к общему эндотрахеальному наркозу с использованием миорелаксантов.

**Результаты и их обсуждения:** К выбору пластики грыжевых ворот подходили индивидуально. Большинство грыж было больших и гигантских размеров. Учитывая это, мы укрепляли область шва дополнительным шовным материалом. Мы использовали макропористые монофиламентные полипропиленовые сетки фирмы “Stericat Gutstring LTD”. Сетку брали таких размеров, чтобы она охватывала расстояние от шва не менее 3 см, укладывали на область шва и фиксировали к апоневрозу. Подкожную клетчатку дренировали. Всем больным с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно.

После выделения грыжевого мешка вскрывали его, сращения рассекали, грыжевое содержимое вправляли в брюшную полость, грыжевой мешок рассекали, избыток его иссекали и ушивали. Полипропиленовую сетку выкраивали по размеру грыжевых ворот, фиксировали к грыжевым воротам непрерывным обивным швом с добавлением узловых. Добавочные узловы швы предотвращают дислокацию сетки в случае ослабления или прорывания обивного шва. Подкожную клетчатку дренировали двумя микроирригаторами, один раз в сутки орошали озонированным раствором и удаляли

после прекращения отделяемого. Контроль УЗИ для выявления участков скопления жидкости.

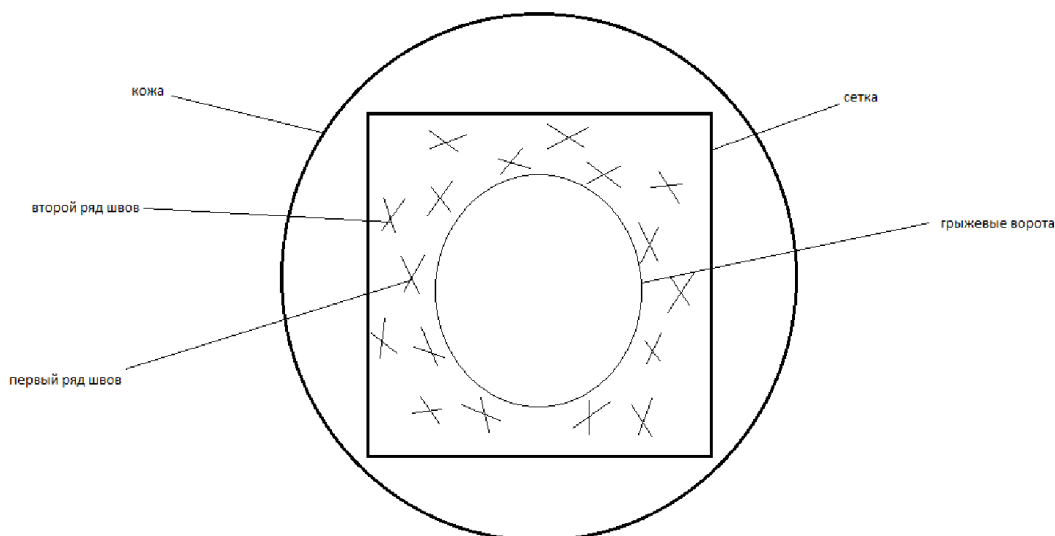
Пластику выполняли с сохранением объема брюшной полости для предотвращения таких осложнений, как парез кишечника, острая легочно-сердечная недостаточность.

Усовершенствованный метод пластики:

Разрез кожи, далее подкожная клетчатка над грыжевым выпячиванием, далее выделяем грыжевой мешок, до грыжевых ворот. Вскрываем и обра-

батываем грыжевой мешок, содержимое погружаем в брюшную полость. Грыжевой мешок обрабатывался путем образования дубликатуры брюшины. Затем устанавливали полипропиленовую сетку в виде «заплаты», при этом не натягивая между собой края грыжевых ворот, фиксируем узловыми швами по периметру сетки. Далее дистальнее первичных швов на 2-3 см, накладываем второй ряд узловых швов, не дублирующих первый ряд швов (удостоверение на рационализаторское предложение № 12 от 280114).

#### Схематический рисунок усовершенствованного метода:



Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. В момент операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило благоприятно.

Дренажи удаляли на 5-е сутки, и лишь у одного на 9-е, в связи с длительной лимфореей. Длительная лимфорейя возможно была связана с длительным грыженосительством, более 10 лет. Нагноений послеоперационной раны отмечено не было.

С целью обезболивания в первые 2 суток после операции через дренажи каждые 6 часов больным вводили 10 мл 2% раствора лидокаина (рац. предложение), что обеспечивало полноценную анальгезию области послеоперационной раны. Также применение лидокаина сократило прием наркотических и ненаркотических анальгетиков парентерально.

Особое внимание мы уделяли ранней активизации, особенно у лиц пожилого возраста и с ожирением: в ранний послеоперационный период разрешали – дыхательную гимнастику, мы считаем, это стало возможным благодаря адекватному обезболиванию. В результате ранняя активизация благоприятно сказывалась на общем самочувствии больных, и позволила избежать осложнений со стороны дыхательной системы.

Через 30 дней после операции на обследование явились 31 больной, во основном жалоб они не предъявляли, рецидивов не наблюдалось. Хорошие результаты были отмечены у всех больных.

При опросе жалоб они не предъявляли, а лишь 2 (4%) пациента жаловались на периодически появляющиеся умеренные боли в области послеоперационного рубца, что очевидно обусловлено спаечным процессом.

В результате, наши исследования показали целесообразность применения грыжесечения с использованием полипропиленовой сетки по усовершенствованной нами методике.

#### Литература:

1. Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы хирургического лечения послеоперационных грыж. Хирургия 1991; 10: 114–120.
2. Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вестн хир 2002; 6: 76–78.
3. Быченков В.П. Плановые грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия 1991; 5: 87–89.
4. Бородин И.Ф. Хирургия послеоперационных грыж живота. Минск: Беларусь 1986; 159.
5. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. Медпрактика-М 2002; 107–111.
6. Кирпичев Ф.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. М 2001; 86.
7. Краснов О.А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж с использованием полипропиленового эксплантата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово 2000.

8. Лукомский Г.И., Шулутко А.М., Антропов Н.В. Перспективы развития абдоминопластики синтетическими протезами. Хирургия 1994; 4: 53–54.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М: Медицина 1990.
10. Рольшиков И.М., Кравцов Ю.А., Григорюк А.А. и др. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2001; 4: 43–45.
11. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Фурманов Ю.А., Манайло Н.В. Выбор методов пластики и пластических материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж. IV Международная конференция “Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов”. М 2001; 276–278.
12. Скутельский Н.М., Душак Д.У., Падохоняк Н.В., Соловьева Д.И. Послеоперационные вентральные грыжи. Хирургия 1982; 5: 57–60.
13. Шумпелик Ф., Клинге У., Титкова С. и др. Биоматериалы для хирургического лечения послеоперационных грыж. IV Международная конференция “Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств шовных материалов и полимерных имплантатов”. М 2001; 158–160.
14. Amid P.K. Hernia 1997; 1: 15–21.
15. Bauer J.J. Repair of large abdominal wall defects with expanded polytetrafluoroethylene. Ann Surg 1987; 206: 6: 765–769.
16. Jones J.W., Jurkovich G.J. Polypropylene mesh closure of infected abdominal wounds. Am Surg 1989; 55: 73.

**Рецензент: к.м.н. Авазов Б.А.**

---