

О.Ж. ТОКТОГУЛОВ, М.Б. ЧАПЫЕВ
 Городская клиническая больница №1, г. Бишкек,
 Кыргызская Республика,
 Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики

СПОСОБЫ РАЗМЕЩЕНИЯ И ФИКСАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

В оперативном лечении вентральных грыж у 177 больных применена полипропиленовая сетка в различных вариантах расположения сетки и ее фиксации. Полное замещение грыжевых ворот выполнено у 88 и с целью укрепления шва у 89 больных. Осложнения возникли у 2-х больных (инфильтрат), летальных исходов не было.

Ключевые слова: брюшная стенка, послеоперационные грыжи, лечение, полипропиленовая сетка, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ.

Послеоперационные грыжи относятся к числу распространенных заболеваний, и число больных имеет постоянную тенденцию к росту, что обусловлено увеличением продолжительности жизни населения и ежегодным увеличением количества операций на органах брюшной полости [4]. По сводным статистическим данным исследователей ближнего и дальнего зарубежья свыше 5% всех лапаротомий, особенно в порядке экстренной помощи, осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж [3]. Эти грыжи формируются после вмешательств, выполняемых не только через срединную лапаротомию, но и из других доступов [1]. Лечение послеоперационных вентральных грыж только оперативное, предложено много методов пластики, но все они не лишены такого недостатка, как рецидив болезни.

Большинство хирургов утверждает, что пластика брюшной стенки местными тканями при послеоперационных грыжах, ввиду значительного количества рецидивов, имеет ограниченное применение и должна использоваться лишь при грыжах малых размеров [6]. В 70-е годы синтетические материалы (капроновые, нейлоновые, лавсановые сетки) применялись в лечении грыж, но по мере накопления клинического материала были выявлены их недостатки: сетки разрушались, отторгались, образовывались множественные лигатурные свищи, лечение которых было очень сложным [2]. В последние годы созданы сетки нового поколения из полипропилена, полиэфира, полилактина и др., но более широкое применение нашли полипропиленовые сетки, которые обладают более хорошими качествами [1,4,8]. Несмотря на накопление материала по результатам применения полипропиленовых сеток, многие вопросы до настоящего времени до сих пор остаются нерешенными, это касается методов расположения сеток и способов их фиксации. Продолжаются поиски наиболее эффективных решений в этом плане.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: представить варианты расположения сеток и их фиксации в оперативном лечении больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж и их эффективность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Под наблюдением находилось 177 больных с послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы в городской клинической больнице №1, г.Бишкек, с использованием полипропиленовой сетки в различных вариантах. Женщин было 103 и мужчин 74 в возрасте от 34 до 88 лет.

При анализе операций, после которых возникли грыжи, было установлено, что наиболее часто выполнялась холецистэктомия и операции по поводу заболеваний внутренних половых органов у женщин. Грыжи после холецистэктомии чаще возникали при использовании доступа в правом подреберье и реже при срединном доступе. Также грыжи отмечали и после аппендэктомии и резекции печени, но существенно реже. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что большинство больных отмечали осложненное течение послеоперационного периода: парез кишечника, перитонит, пневмония, обострение хронического бронхита и др.

Перед операцией стремились выявить сопутствующие заболевания и добиться коррекции нарушенных функций и выявить наличие воспалительных заболеваний и провести курс противовоспалительной терапии. Поскольку все наши больные носили бандаж, то в послеоперационный период им дополнительных нагрузок не давали.

В обследовании больных использовали общеклинические методы – это анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость, рентгенографию органов грудной полости, УЗИ органов грудной и брюшной полости, и особое внимание уделялось результатам исследования грыжевого выпячивания (характер содержимого, размеры грыжи, размеры грыжевых ворот). Для решения вопроса объема оперативного вмешательства использовали показатели внешнего дыхания и коэффициент напряжения брюшной стенки. Коэффициент вычисляли по следующей формуле, разработанной В.Г.Хитарьяном и соавт. [7]

$$K = \frac{(R/A - h)^2 - 1}{2.24(R - A - h)^2} \times P\sqrt{PA}$$

P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости (ПА). Если грыжа в эпигастральной области, то P – 98, если в мезогастральной, то 245, а в гипогастральной 392, R – внешний радиус живота, A – радиус грыжевого выпячивания; h – средняя толщина брюшной стенки. При коэффициенте напряжения до величины 2,09 и удовлетворительными показателями внешнего дыхания, пластику выполняли местными тканями, а если коэффициент был выше 2,10 и низкие показатели внешнего дыхания, то пластику выполняли полипропиленовой сеткой с сохранением объема брюшной полости. Если показатели позволяли использовать аутопластику, но при ушивании наблюдалось расслоение апоневроза и мышц, то полипропиленовую сетку использовали для укрепления швов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После обследования больных выполняли операцию под эндотрахеальным обезболиванием. При этом осуществляли следующие варианты пластики, когда необходимо было сохранить объем брюшной полости: полное замещение грыжевых ворот полипропиленовой сеткой с ее фиксацией по периметру грыжевых ворот обвивным швом, которая была применена у 26 больных. Однако при этой методике имеется риск прорезывания швов и тогда сетка может провисать, скручиваться. Для предотвращения этого осложнения мы у 50 больных, наряду с обвивным швом, в нескольких местах сетку дополнительно фиксировали узловыми швами (Рисунок 1).

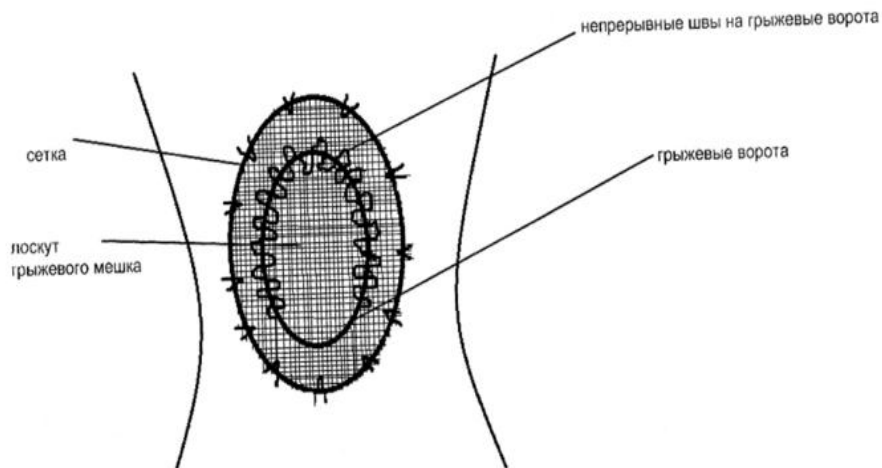


Рисунок 1 - Фиксация сетки дополнительными узловыми швами

Эта методика не сложна, но при выраженных дистрофических изменениях тканей в области грыжевых ворот не предотвращает рецидив болезни. Поэтому мы усовершенствовали пластику тем, что сетку выкраивали больше грыжевых ворот на 2-3 см, прошивали ее П-образными швами, не завязывая их, сетку подводили под апоневроз, с предварительным освобождением от сращений с брюшиной, и ранее наложенными нитями прошивали апоневроз снизу вверх и затем завязывали нити. В этом случае сетка плотно прилегала к апоневрозу и брюшине и быстро прорастала тканями (рис.2) Методика надежна, но при подведении сетки под апоневроз и при его прошивании возникали сложности при обширных сращениях брюшины с апоневрозом.

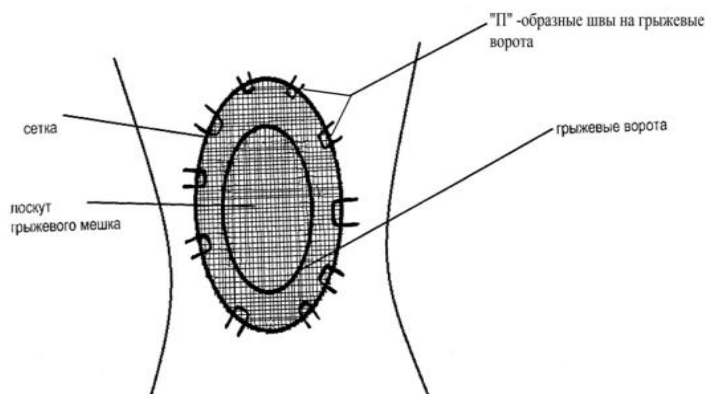


Рисунок 2 - Расположение и фиксация сетки под апоневрозом

Учитывая возникающие сложности, мы изменили расположение сетки и ее фиксацию. После выделения грыжевого мешка мы его продольно рассекали на две части, и одной частью покрывали петли кишечника и сальника, а вторую часть поворачивали брюшинным покровом наружу и как это рекомендуют С.Г.Григорьев и соавт [5], соскабливали эпителий с внутреннего слоя брюшины для уменьшения экссудации и ускорения сращения тканей, сетку укладывали на первую часть мешка, а затем вторую часть мешка подшивали к краям грыжевых ворот (Рисунок 3) и сетка оказывалась между листками брюшины. Затем накладывали швы на апоневроз.



Рисунок 3 - Третий вариант фиксации сетки

При гигантских послеоперационных вентральных грыжах, когда был риск возникновения «отвислого» живота, мы верхний край полипропиленовой сетки фиксировали к реберным дугам, а нижний – к надкостнице подвздошной кости. Эту методику мы в основном использовали у лиц с ожирением.

В тех случаях, когда в результате обследования можно было при пластике уменьшить объем брюшной полости, но при ушивании грыжевых ворот наблюдалось расслоение апоневроза, мышц, мы после ушивания грыжевых ворот область шва укрепляли полипропиленовой сеткой, фиксируя ее отступы на 3-4 см с обеих сторон (Рисунок 4).

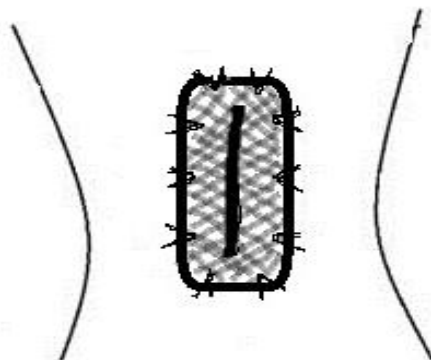


Рисунок 4 - Сетка для укрепления шва

Таким образом, на основании результатов обследования сетку при пластике использовали для полного сохранения объема брюшной полости у 88 больных и для укрепления шва у 89 поступивших. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, осложнения выявлены у 2х больных, летальных исходов не было. В отдаленные сроки обследовано 156 больных из 177 оперированных. Рецидив не выявлен.

ВЫВОДЫ.

1. Использование полипропиленовой сетки в пластике послеоперационных вентральных грыж оправдано.
2. Метод пластики необходимо избирать с учетом выявленных изменений тканей в области грыжевых ворот и показателей внешнего дыхания и коэффициента напряжения брюшной стенки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом // Хирургия. – 2000. -№8. – С. 24-27
- 2 Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки // Вестник хирургии. – 2007. - №3. – С.76-78
- 3 Веретник Г.И. Алексеев Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. - №1. – С. 131-133
- 4 Галимов О.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Выбор протезирующей пластики при вентральных грыжах // Хирургия. – 2005. - №3. – С.56-58
- 5 Григорьев С.Г., Кривошенов Е.П., Григорьева Т.С. Десквамация и перитонеодез грыжевого мешка при пластике послеоперационных грыж // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 248-249
- 6 Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами // Хирургия. – 2005. – №8. – С. 16-21
- 7 Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли З.И. Патент. – 2001. – Ru, A61 B17/00 №2199271
- 8 Vrigland W.W., Yeekel Y. Intraperitoneal polypropylene mesh repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula // Br. Y. Surg. – 2007. – Vol.87, №5. – P. 348-352

О.Ж.ТОКТОГУЛОВ, М.Б.ЧАПЫЕВ

*№1 Municipal clinical hospital, Bishkek city, Kyrgyz Republic,
National Surgical Center MH KR*

WAYS OF LOCATION AND FIXATION OF THE PROSTHESIS IN POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Resume: In the surgical treatment of ventral hernias in 177 patients used polypropylene mesh in various methods of the location and fixation of the mesh: complete replacement of hernial gates was performed in 88 and in order to strengthen the joint in 89 patients. Complications occurred at 2 patients (infiltration), deaths were not.

Keywords: abdominal wall, hernia, postoperative, treatment, polypropylene mesh, complications.

О.Ж. ТОКТОГУЛОВ, М.Б. ЧАПЫЕВ

*№1 Қалалық клиникалық аурухана, Бишкек, Қырғыз Республикасы,
ҚР ДСМ Ұлттық хирургиялық орталығы*

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ВЕНТРАЛЬДЫ ЖАРЫҚҚА ЭНДОПРОЗЕЗДІ ОРНАЛАСТЫРУ ЖӘНЕ БЕКІТУ ӘДИСТЕРІ

Түйін: вентральды жарығы бар 177 науқастарды хирургиялық емдеу кезінде полипропиленнен жасалынған әртүрлі варианттағы торлар бекітілді. Жарықтың қақпасын толық жабу 88, тігістерді бекіту 89 науқастарға жасалынды. 2 науқаста асқыну, инфилтрат яғни домбығу түрінде дамыды, өлім-жітім болған жоқ.

Түйінді сөздер: іш астары, операциялық жарық, ем, полипропилендік тор, асқыну.