

НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Янгиев Б.А., Усаров Т.А., Хурсанов Ё.Э., Хидиров М.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Резюме

В статье проанализированы результаты лечения 85 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки, которым выполнены аутопластические и аллопластические (методике «onlay» и «sublay») операции. Исследования показали, что применение аллопластических методик пластики передней брюшной стенки позволяет повысить эффективность хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, снизить число рецидивов, улучшить качественные характеристики течения послеоперационного периода.

Актуальность. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж неуклонно возрастает. По данным разных авторов, они возникают после 2-15% всех лапаротомий [3, 4, 11]. Составляя до 25% в общей структуре грыж живота, послеоперационные грыжи в настоящее время прочно удерживают второе место после паховых [5, 6, 8]. Оперативные вмешательства по устранению послеоперационных вентральных грыж составляют около 10% от всех хирургических операций в стационаре [5].

В настоящее время несмотря на появление в арсенале хирургов большого числа способов оперативной коррекции, огромных технических возможностей, хирургическое лечение послеоперационных рецидивных и многократно рецидивирующих вентральных грыж (ПОВГ) до сих пор находится в ряду самых важных проблем абдоминальной, реконструктивной и пластической хирургии [1, 2, 10, 13]. Грыжи живота встречаются у 3-7% населения, при этом заболеваемость составляет более 50 случаев на 10 000 человек [2].

На современном этапе развития герниологии сформировано четкая позиция о недостаточной надежности аутопластических методик при отсутствии дифференцированного подхода к их применению [1,7]. Эффективность использования этого вида пластики брюшной стенки находится в прямой зависимости как от величины грыжевых ворот, так и от структурного и функционального состояния сшиваемых тканей. Так, при пластике обширных и гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж рецидивы достигают 40-63,4%, при пластике небольших и средних грыж частота рецидивов не превышает 25%. Наиболее оправдано использование аутопластики при малых грыжах, на что указывает низкий процент рецидивов (до 5-12,1%) [11].

Расположение сетчатого протеза поверх выполненной аутопластики (методика «onlay») вследствие широкой отслойки подкожножировой клетчатки с пересечением большого количества лимфатических и кровеносных капилляров приводит к длительному выделению серозной и лимфатической жидкости, частому формированию сером и гематом, что в ряде случаев является причиной развития гнойно-воспалительных раневых осложнений [11,12]. Ряд авторов категорично относят методику «onlay» к разряду патогенетически необоснованных и функционально нерациональных, с высоким риском образования «подпротезных рецидивных грыж» [7, 8]. Этот метод рекомендуют применять только при невозможности анатомической дифференцировки измененных тканей брюшной стенки [10].

Техника «sublay» предусматривает размещение протеза под апоневрозом и является в настоящее время методом выбора [4, 6,10]. Важным моментом этой методики является отграничение имплантата от органов брюшной полости париетальной брюшиной или большим сальником. Вместе с тем, в отдельных публикациях имеются данные о развитии массивного спаечного процесса в брюшной полости, образовании псевдокист брюшной стенки, кишечных свищей в послеоперационном периоде – как результат хронического воспаления, индуцируемого сеткой [3, 12].

При невозможности ушивания грыжевых ворот протез размещают непосредственно в зоне дефекта с фиксацией его краев под апоневрозом (техника «inlay»). Наличие недостатков этой методики – высокий процент раневых осложнений, прогрессирующее нарушение функции мышц передней брюшной стенки – ограничивает ее широкое клиническое применение [6]. В хирургии сохраняется потребность в проведении научного исследования, направленного на изучение влияния различных лечебно-тактических подходов на отдалённые результаты лечения пациентов с послеоперационными рецидивными и многократно рецидивирующими вентральными грыж.

Цель работы. Оценить результаты применения сетчатых эндопротезов в лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки и правильного выбора способа аллопластики..

Материалы и методы. Для сравнения эффективности нами проанализированы результаты лечения 85 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2015 по 2022 гг. Мужчин было 17 (20,0%), женщин – 68 (80,0%). Возраст больных колебался от 25 до 74 лет. Ущемление послеоперационных грыж отмечено у 52 (61,2%) больных. В 42 (49,4%) случаев послеоперационные и рецидивные грыжи передней брюшной стенки отмечались у больных в возрасте старше 60 лет, т.е. с различными сопутствующими заболеваниями (гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, ожирение и др.). Длительность анамнеза основного заболевания составила в среднем $5,0 \pm 1,0$ года. У 57 (67,1%) больных послеоперационная грыжа возникла в течение первого года после операции. Хирургические вмешательства на желудке в 12% случаев привело

к формированию ПОВГ, возникающих после резекций желудка и гастрэктомий, проводимых по поводу язвенной болезни и вмешательства с использованием открытого доступа (верхне-срединной лапаротомии и правоподрёберного доступа) на желчных путях и поджелудочной железе привело к развитию ПОВГ в 61,2% случаев. Площадь грыжевых ворот в среднем была 145 ± 25 см² (от 50 до 300 см²).

В последние годы, мы пользуемся классификацией Chevrel J.P., Rath A.M. (SWR-classification), которая признана наиболее обоснованной на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (1999 г.). Согласно этой классификации послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам – локализации, ширине грыжевых ворот и наличию рецидива:

по локализации: срединная (M), боковая (CL), сочетанная (ML);

по ширине грыжевых ворот: W1 (до 5 см), W2 (5-10 см), W3 (10-15 см), W4 (более 15 см);

по частоте рецидивов: R1, R2, R3, R4 и более.

Среди наших больных (M) наблюдалось в 63 случаях, (CL) – в 7, а (ML) – в 15 случаях; W3, W4 наблюдалось в 62 (72,8%) случаях; R2, R3 – в 24 (28,2%) случаях.

Более 70% грыж локализовались по передней срединной линии, что вполне понятно, поскольку большинство абдоминальных вмешательств производится из срединного доступа. Другими наиболее часто встречающимися локализациями послеоперационных грыж были подвздошная и подреберная области.

Распределение больных по группам и способы пластики

Таблица 1

Способ герниопластики	Кол-во больных (%)
Пластики местными тканями – контрольная группа (23 больных)	
Шов "край в край"	6 (26,1%)
Дубликатуры тканей	17 (73,9%)
Аллопластика – основная группа (62 больных)	
Комбинированный способ с надапоневротическим расположением протеза («onlay»)	47 (75,8%)

Комбинированный способ с предбрюшинным расположением протеза («sublay»)	15 (24,2%)
---	------------

У 47 (75,8%) больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки производили надапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «onlay».

Герниопластика комбинированным способом с надапоневротическим размещением протеза («onlay»).

Преимущества:

- Техническая простота
- Применимость при любой локализации грыжи

Недостатки:

- Обширное отделение подкожной жировой клетчатки от апоневроза

Показания:

- узкие грыжевые ворота,
- рецидивные грыжи,
- сочетанные и осложненные грыжи

У 15 (24,2%) – подапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «sublay» (основная группа), а у 23 (27,1%) больных – герниопластику с использованием местных тканей (контрольная группа).

Герниопластика комбинированным способом с предбрюшинным или подмышечным размещением протеза («sublay»).

Преимущества:

- Не отслаивается подкожная
- жировая клетчатка

Недостатки:

- Относительная техническая сложность
- Применимость при определенной локализации грыжи
- Сложность удаления протеза

Показания:

- узкие грыжевые ворота в гипогастрии
- узкие срединные грыжевые ворота при сохранных влагалищах прямых мышц

При этом по возрасту, полу, тяжести и характеру основной и сопутствующей патологии больные обеих групп были репрезентативны.

Результаты и их обсуждении. В основе использованных нами способов пластики передней брюшной стенки лежали следующие принципы: выбор способа аллопластики должен определяться необходимостью соблюдения принципа пластики "без натяжения"; отсутствие нарушений иннервации и кровоснабжения мышечных и апоневротических структур передней брюшной стенки как результат низкой травматизации тканей; принцип однородности сшиваемых тканей; сохранение адекватного внутрибрюшного давления после герниопластики в пределах физиологической нормы; создание благоприятных анатомо-физиологических условий для формирования полноценной соединительной ткани в зоне рубца.

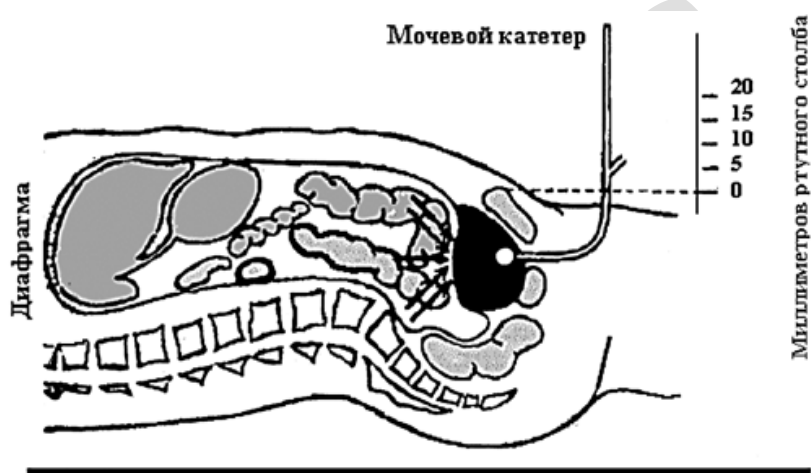


Рис 1. Определение внутрибрюшного давления.

Повышение внутрибрюшной давлении у пациентов основной группы наблюдалось у 8,1%. У больных контрольной группы 56,5%.

Эффективность сравниваемых способов пластики оценивалась по времени ограничения двигательного режима и разрешения болевого синдрома, числу послеоперационных осложнений, длительности стационарного лечения, уровню рецидивов и летальности.

Наименьшая длительность ограничения двигательного режима в раннем послеоперационном периоде имело место у пациентов основной группы и составила в среднем $1,5 \pm 0,5$ суток. У больных контрольной группы она была достоверно выше – $2,5 \pm 1,5$ суток. Полное разрешение болевого синдрома отмечено на $3,0 \pm 0,5$ сутки в основной группе, тогда как обезболивающие препараты

(ненаркотические анальгетики) были отменены в контрольной группе на $5,5 \pm 1,0$ сутки.

По литературным данным ведущей причиной развития инфекционных раневых осложнений при операциях с использованием сетчатого имплантата является проникновение патогенных микроорганизмов из подкожной клетчатки по лигатурам, фиксирующим сетчатый имплантат, а к ретенционным послеоперационным раневым осложнениям (образование сером и гематом) приводит повышенная травматизация тканей в ходе выполнения пластики.

У пациентов с аллопластической методикой пластики передней брюшной стенки с над- и подпапневротическим вариантом расположения сетчатого имплантата инфекционных раневых осложнений не было, а наличие сером и гематом в области послеоперационной раны отмечено в 11,8% (во всех случаях выполнено дренирование подкожной клетчатки и подпапневротического пространства по Редону). Нарушений функции дыхания (по результатам спирометрии, уровню оксигенации крови) и сердечной деятельности (по данным эхокардиографии) отмечено не было.

При пластике грыжевых ворот, выполненной с использованием местных тканей, послеоперационные раневые осложнения отмечены у 21,7% больных, при проведении дренирования – в 56,5% случаев.

Клиническое применение аллопластической методики в основной группе больных привело к достоверному снижению длительности лечения в стационаре до $8,0 \pm 0,5$ койко-дней, а у больных контрольной группы она составила $13,5 \pm 1,5$ койко-дней.

Летальных исходов в обеих группах не было.

Отдаленные результаты лечения (на протяжении 6-12 месяцев) прослежены у 52 (83,9%) пациентов основной группы.

Сравнительная характеристика частоты рецидивов исследуемых групп.

Таблица 2

Способ пластики	Кол-во пациентов в группе	Кол-во рецидивов	Частота рецидивов, %
Аутопластика (контрольная группа)	23	7	30,4
Аллопластика	52	5	9,6

(основная группа)			
-------------------	--	--	--

У 7 (30,4%) больных контрольной группы рецидив отмечен в сроки от 6 до 15 месяцев после оперативного лечения.

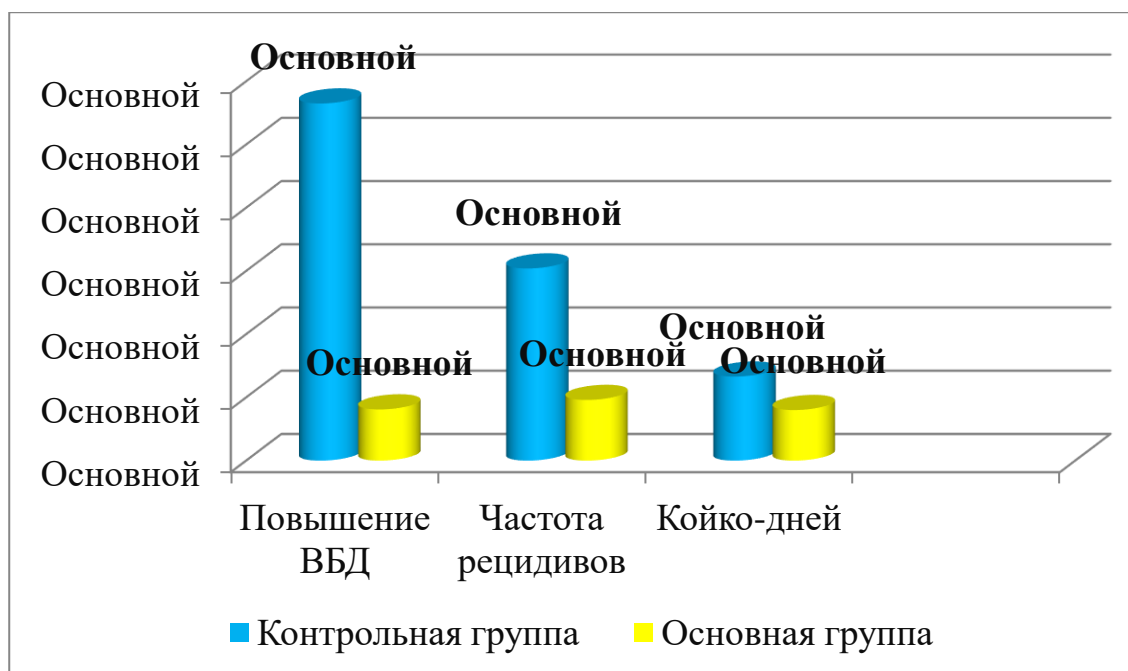


Рис 2. Сравнительная характеристика критериев лечения исследуемых групп.

Таким образом, применение аллопластических методик пластики передней брюшной стенки позволяет повысить эффективность хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, снизить число рецидивов, улучшить качественные характеристики течения послеоперационного периода.

Выводы. Представленное исследование обосновывает необходимость и доказывает преимущества предлагаемой дифференцированной тактики хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Широкое внедрение методики аллопластической герниопластики при послеоперационных и рецидивных грыжах передней брюшной стенки позволяет не только снижать длительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, избежать послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, но и уменьшить длительность пребывания больного в стационаре.

Литература

1. Гуламов О. М. и др. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ

- ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-2 (108). – С. 15-20.
2. Бабажанов А. С., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. И. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ УЗЛОВОГО ЗОБА //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 33-40.
 3. Бабажанов А. С., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. И. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 26-32.
 4. Akhmedov A. I. et al. The possibility of predicting the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients //XXII international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine». Boston. USA. – 2021. – С. 10-15.
 5. Бабажанов А. С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 10 (135). – С. 53-59.
 6. Fayazov A. D. et al. Risk factors and features of treatment of acute gastroduodenal bleeding in severely burned PATIENTS //LXIX international correspondence scientific and practical conference ?European research: innovation in science, education and technology?. – 2021.
 7. БАБАЖАНОВ А. С. и др. КРИТЕРИИ ВЫБОРА ГЕРНИОАЛЛО-И АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГЕРНИОАБДОМИНОМЕТРИИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
 8. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И АБДОМИНОПТОЗОМ //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 46-53.
 9. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. КРИТЕРИИ ВЫБОРА ПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И АБДОМИНОПТОЗОМ //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.
 10. Гуламов О. М. и др. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-2 (108). – С. 15-20.

11. Erdanovich R. K. et al. Chemotherapy in the Prevention of Recurrence of Echinococcosis of the Liver //Texas Journal of Medical Science. – 2022. – Т. 6. – С. 15-18.
12. Тоиров А. С., Мирходжаев И. А., Бабажанов А. С. НОВЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ //Биология и интегративная медицина. – 2022. – №. 4 (57). – С. 126-140.
13. Гуламов О. М. и др. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ //Биология. – 2022. – №. 3. – С. 136.
14. Гуламов О. и др. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИДА ЗАМОНАВИЙ ТАШ?ИС ВА ДАВО УСУЛЛАРИ //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 32-35.
15. Фаязов А. и др. О?ИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАР //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (98). – С. 161-164.
16. Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
17. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ?ЎЛНИНГ ЧУ?УР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
18. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
19. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
20. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
21. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
22. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.

- 23.Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.
- 24.Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
- 25.Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.