

© Коллектив авторов, 2014
УДК 617.55-089-06:616.34-007.43-089.85-089.168.1

А. Х. Байсиев, В. В. Давыденко, А. С. Лапшин, А. М. Хаиров

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. С. М. Яшин), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, ненатяжная протезирующая пластика

Введение. Несмотря на постоянное совершенствование хирургических операций и всё более широкое внедрение малотравматичной лапароскопической техники, частота возникновения послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) остаётся достаточно высокой: 5–20% [2, 4, 7]. В России ежегодно проводятся свыше 100 000 операций по поводу ПВГ [3]. После хирургического лечения ПВГ рецидивы наблюдаются у 5–45%, а после повторных операций — у 21–61% пациентов [5]. Ведущую роль в возникновении рецидивов ПВГ играет развитие гнойно-воспалительных осложнений раны [8].

По мнению Российского общества герниологов, методом выбора лечения ПВГ должна быть радикальная реконструкция передней брюшной стенки, которая обеспечит восстановление всех её функций, включая присасывающий дыхательный механизм брюшно-кавальной помпы, подразумевающая собой устранение грыжевых ворот местными тканями — выполнение натяжной или комбинированной герниопластики. В тех случаях, когда этого не удаётся достичь, встаёт вопрос о ненатяжной герниопластике, при которой грыжевые ворота закрываются протезом. Обычно это касается ситуации, когда ширина грыжевых ворот превышает 5 см или наличие у пациента сопутствующей патологии не позволяет повышать

внутрибрюшное давление [6]. Несмотря на многие преимущества протезирующей герниопластики, при использовании синтетических материалов возникает другая проблема — биосовместимости. Вследствие этого нередко в послеоперационном периоде наблюдается длительная продукция реактивной серозной жидкости вокруг протеза с формированием сером, что требует проведения мер профилактики развития инфильтратов, нагноений, лигатурных свищей [9, 11]. Существуют разные варианты выполнения ненатяжной герниопластики при устранении послеоперационных грыж с шириной ворот более 5 см (W2 по классификации J.P.Chevrel, A.M.Rath, 1999 г. [10]). Чаще всего в этих случаях хирурги после резекции грыжевого мешка располагают и фиксируют над ним сетчатый протез к грыжевым воротам, при этом поверхность протеза непосредственно контактирует с подкожно-жировой клетчаткой. Этот контакт способствует возникновению сером в зоне операции и может стать причиной нагноения раны. Вместе с тем, в литературе существует предложение не иссекать грыжевой мешок, а после его продольного рассечения на две половины уложить сетчатый протез между его лоскутами и фиксировать к грыжевым воротам [1, 3]. Предполагается, что это повышает прочность зоны операции [3]. Вместе с тем, учитывая всасывающую способность мезотелия брюшины, этот способ может уменьшать про-

Сведения об авторах:

Байсиев Азамат Хаджимуратович (e-mail: mdtaulu@gmail.com), Давыденко Владимир Валентинович (e-mail: kuret@mail.ru), Лапшин Александр Степанович (e-mail: lapshingh2@mail.ru), Хаиров Алим Мусаевич (e-mail: amhair@mail.ru), кафедра госпитальной хирургии № 2, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

дукцию реактивной жидкости в области протеза. Однако специальных исследований этого вопроса не проводилось, что и обусловило выполнение данного исследования.

Цель работы — сравнить особенности течения раннего послеоперационного периода при хирургическом лечении ПВГ при использовании двух вариантов ненатяжной герниопластики: при расположении сетчатого протеза в контакте с подкожно-жировой клетчаткой и при изолировании протеза от жировой клетчатки лоскутом грыжевого мешка.

Материал и методы. Исследование выполнено у 64 больных с ПВГ, оперированных в клинике госпитальной хирургии № 2 с 2007 по 2013 г. У всех пациентов ширина грыжевых ворот превышала 5 см. Из них по классификации SWR [10] — ширина грыжевых (W) ворот у 19 (29,7%) человек соответствовала W-2, у 29 (45,3%) пациентов — W-3 и у 16 (25%) больных — W-4. У 47 (73,4%) пациентов грыжи имели срединную локализацию (M). Латеральная локализация (L) наблюдалась у 9 (14,1%), а ML — у 8 (12,5%) пациентов. Рецидивные грыжи (рецидив первый раз) зарегистрированы в 7 (10,9%), а рецидивирующие (рецидив грыжи второй и более раз) — в 3 (4,7%) случаях. В исследуемой группе было 44 (68,8%) женщины и 20 (31,2%) мужчин.

Средний возраст пациентов составил (61,5±5,1) года. В возрастной группе от 36 до 45 лет находились 6 (9,4%) больных, от 46 до 60 лет — 19 (29,7%) пациентов, от 61 до 74 лет — 36 (56,3%) больных, от 75 до 89 лет — 3 (4,7%) пациента.

Избыточная масса тела выявлена у 25 (39,1%) пациентов, ожирение I степени — у 21 (32,8%), ожирение II степени — у 4 (6,3%) и ожирение III степени — у 2 (3,1%) больных. У 12 (18,6%) пациентов показатели ИМТ находились в пределах нормы. Людей с дефицитом массы тела среди оперированных не было.

Большинство пациентов имели различную сопутствующую патологию (таблица).

Всем пациентам в послеоперационном периоде назначалась антибактериальная терапия. Во всех случаях производилось дренирование подкожной жировой клетчатки по Редону. Показанием к удалению дренажа считалось снижение количества отделяемого до 30 мл/сут, отсутствие признаков инфицирования.

Для оценки динамики раневого процесса всем пациентам выполнялось УЗИ области послеоперационной раны на 2-е и 10-е сутки после удаления дренажа. У всех пациентов использовался сетчатый полипропиленовый протез фирмы «Johnson & Johnson» (США).

В зависимости от метода выполнения ненатяжной герниопластики больные были разделены на 2 группы.

Основная группа (1-я) — 30 (46,9%) человек — оперированы по способу Тоскина—Жебровского с сохранением грыжевого мешка и расположением протеза между его лоскутами в модификации, принятой в клинике госпитальной хирургии № 2: в отличие от оригинального метода фиксация протеза производилась не узловыми, а непрерывным швом полипропиленовой нитью 2/0 к грыжевым воротам. При этом протез изолировался от подкожно-жировой клетчатки лоскутом грыжевого мешка (рис. 1).

В группу сравнения (2-я группа) вошли 34 (53,1%) пациента. У них грыжевой мешок иссекался, а протез фиксировался к грыжевым воротам поверх апоневроза и непосредственно контактировал с подкожно-жировой клетчаткой (рис. 2).

Результаты и обсуждение. В группе сравнения (2-я группа) средний койко-день составил 14,4. Средний срок удаления дренажа составил 5,7 сут. У 29 (85,3%) пациентов при УЗИ на 2-е сутки после удаления дренажа в области протеза определялось количество жидкости от 30–50 мл, что требовало пункции. На 10-е сутки у 14 пациентов сохранялось скопление

Сопутствующие заболевания в группе обследованных пациентов (n=64)

Нозология	Количество больных	
	Абс. число	%
Патология сердечно-сосудистой системы:	48	75
постинфарктный кардиосклероз	6	9,4
гипертоническая болезнь II–III степени	44	68,8
риск сердечно-сосудистых осложнений	31	48,4
нарушение ритма сердца	8	12,5
хроническая сердечная недостаточность	10	15,6
острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе	1	1,6
Сахарный диабет 2-го типа	7	10,9
Заболевания мочеполовой системы	7	10,9
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	6	9,4
Варикозная болезнь вен нижних конечностей:	38	59,4
без признаков хронической венозной недостаточности	7	10,9
с признаками хронической венозной недостаточности	31	48,5
Пациенты без сопутствующей патологии	12	18,8

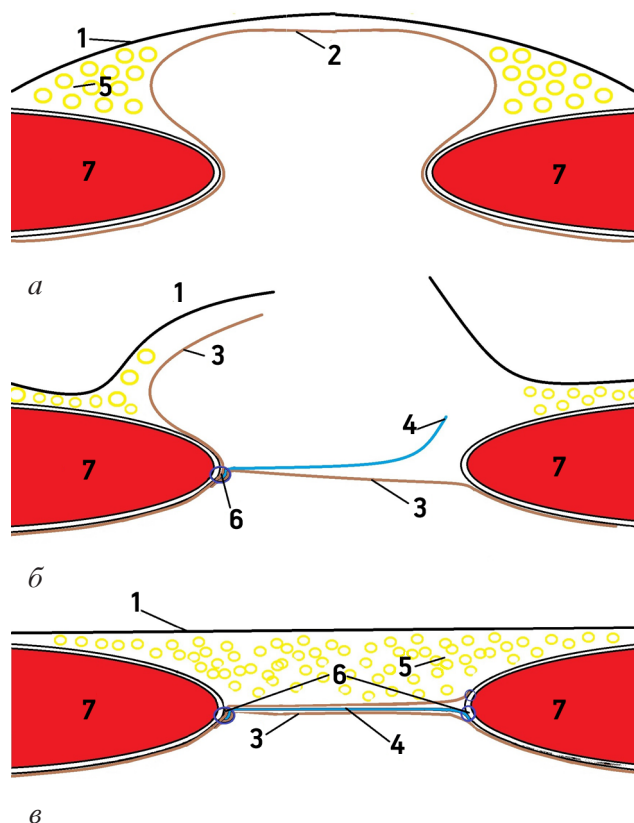


Рис. 1. Схема этапов герниопластики у больных основной группы.

а — рассечение кожи, выделение грыжевого мешка; б — продольное рассечение грыжевого мешка на 2 лоскута, начало фиксации протеза к грыжевым воротам; в — окончательный вид области герниопластики после окончания фиксации протеза и укрытия его вторым лоскутом грыжевого мешка. 1 — кожа; 2 — грыжевой мешок; 3 — лоскуты рассечённого грыжевого мешка; 4 — сетчатый протез; 5 — подкожно-жировая клетчатка; 6 — линия фиксации протеза к грыжевым воротам; 7 — мышцы

1 — кожа; 2 — грыжевой мешок; 3 — лоскуты рассечённого грыжевого мешка; 4 — сетчатый протез; 5 — подкожно-жировая клетчатка; 6 — линия фиксации протеза к грыжевым воротам; 7 — мышцы

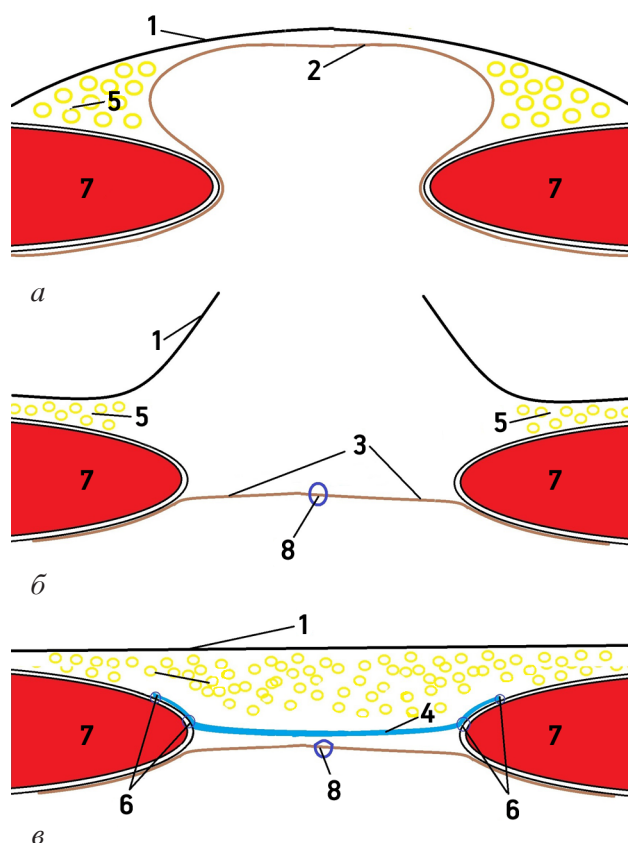


Рис. 2. Схема этапов герниопластики у больных в группе сравнения.

а — рассечение кожи, выделение грыжевого мешка; б — иссечение избытков грыжевого мешка и его ушивание; в — окончательный вид области герниопластики после фиксации протеза к грыжевым воротам с наложением краёв сетки поверх апоневроза.

1 — кожа; 2 — грыжевой мешок; 3 — лоскуты рассечённого грыжевого мешка; 4 — сетчатый протез; 5 — подкожно-жировая клетчатка; 6 — линии фиксации протеза; 7 — мышцы; 8 — линия ушивания грыжевого мешка

жидкости в подкожной жировой клетчатке в области фиксации протеза, что также требовало эвакуации путём пункции. Таким образом, общее число пункций в этой группе составило 43. У 4 пациентов отмечались воспалительные изменения области послеоперационной раны, но благодаря антибактериальной терапии во всех случаях не пришлось удалять протез.

В основной группе (2-й) средний койко-день составил 11,5. Средний срок удаления дренажа — 3,6 сут. У 21 (70%) пациента при УЗИ на 2-е сутки после удаления дренажа определялось количество жидкости незначительное, что не требовало пункций, а у остальных 9 (30%) пациентов скопление жидкости вообще не отмечалось.

При УЗИ на 10-е сутки у 11 (37,2%) пациентов наблюдалось скопление жидкости в подкожной жировой клетчатке области послеоперационного рубца, что требовало её эвакуации путём пункции.

Общее число пункций в этой группе составило 13. Воспалительных изменений в области послеоперационной раны у больных не наблюдалось.

Большинство исследователей считают, что избыточное количество серозной жидкости вокруг протеза возникает вследствие контакта синтетического материала с подкожной жировой клетчаткой [1–3, 8]. В случае расположения протеза между лоскутами грыжевого мешка к нему с одной стороны прилежит мезотелий, что обеспечивает частичную абсорбцию реактивной жидкости брюшиной. Этим можно объяснить зарегистрированное в данном исследовании уменьшение объёма скопления реактивной жидкости в области протеза и, как следствие, снижение частоты возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде и сокращение среднего койко-дня.

Вывод. При выполнении ненатяжной герниопластики у пациентов с ПВГ изоляция протеза от подкожно-жировой клетчатки лоскутом грыжевого мешка сопровождается меньшим объемом и длительностью накопления жидкости в области протеза, что улучшает ранние послеоперационные результаты.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки // Вестн. хир. 2002. № 6. С. 76–78.
2. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В. и др. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами // Хирургия. 2005. № 8. С. 16–21.
3. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь: Бизнес информ, 2002. 440 с.
4. Исаев Г.Б., Бадалов Э.А. Герниопластика по методу Лихтенштейна // Хирургия. 2005. № 2. С. 115–119.
5. Лювянский В.Г., Насонов С.В., Кожемяцкий В.И. и др. Хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных // Хирургия. 2004. № 11. С. 22–25.
6. Ромашкин-Тиманов М.В. Морфофункциональное обоснование хирургических методов лечения послеоперационных вентральных грыж брюшной стенки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2007. 212 с.
7. Саенко В.Ф., Бебянский Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии // Клини. хир. 2003. № 11. С. 3–5.
8. Седов В.М., Гостевской А.А. Послеоперационные вентральные грыжи. СПб.: Человек, 2010. 162 с.
9. Burger J.W.A., Halm J.A., Wijsmuller A.R. et al. Evaluation of new prosthetic meshes for ventral hernia repair // Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. P. 1320–1325.
10. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of abdominal wall // Hernia. 2000. № 4. P. 1–7.
11. Cobb W.S., Peindl R.M., Zerey M. et al. Mesh terminology 101 // Hernia. 2009. P. 1–6.

Поступила в редакцию 12.02.2014 г.

A.Kh.Baisiev, V.V.Davydenko, A.S.Lapshin,
A.M.Khairov

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS AFTER DIFFERENT NONSTRAIN HERNIOPLASTIC TECHNIQUES APPLICATION

First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg

The article presents the research of the early postoperative period in 64 patients with postoperative ventral hernias who underwent the operation by two different ways. The method of patch applied on the hernial orifice was used in 30 cases. In these cases prosthesis contacted with hypoderm. The modified way of Toskin—Zhebrovskiy was carried out in 34 patients. In these cases the prosthesis was isolated from hypoderm using the hernia bag flap. It was shown, that the frequency of seromas formation was significantly less in comparison with standard method of nonstrain hernioplasty in early postoperative period. Given method allowed shortening the terms of inpatient treatment on 3 days.

Key words: *postoperative ventral hernia, nonstrain hernioplasty*