

УДК 616.34-007.43-031-089.168.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

М.М. Магомедов, М.Р. Иманалиев, Г.М. Исмаилов

Изучены результаты хирургического лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж с применением синтетических эндопротезов у пациентов. Отмечено доступное и малотравматичное вмешательство задней сепарационной пластики в лечении рецидивных вентральных грыж.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа; эндопротезирование передней брюшной стенки; сепарационная пластика.

COMPARATIVE EVOLUTION IN DIFFERENT METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

M.M. Magomedov, M.R. Imanaliev, G.M. Ismailov

The article studies the results of recurrent surgical treatment of postoperative ventral hernias using synthetic implants in patients. Available and low-traumatic intervention of black separation plasticity in treatment of recurrent ventral hernias is noted.

Keywords: postoperative ventral hernia; endoprosthesis of the anterior abdominal wall; separation plastic.

Введение. Одной из актуальных проблем как плановой, так и экстренной хирургии, на сегодняшний день является лечение послеоперационных вентральных грыж, которыми страдают около 5 % мужчин и 2 % женщин [1, 2]. Характерное для современного этапа развития хирургии увеличение количества полостных операций на органах брюшной полости, несмотря на широкое внедрение эндоскопических методик, расширение объема вмешательств, увеличение числа повторных операций, а также постоянное увеличение среди оперируемых доли лиц пожилого и старческого возраста, привели к закономерному повышению частоты возникновения послеоперационных вентральных грыж [3]. В лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) на протяжении трех последних десятилетий приоритетным направлением является пластика с применением синтетических эндопротезов [3–5]. К настоящему времени она достигла того рубежа, когда назрела необходимость глубокого анализа накопленного опыта [6].

Особую актуальность при этом приобрели вопросы, связанные с необходимостью индивидуального подхода к выбору способа протезирующей герниопластики с разработкой новых способов, тщательным изучением непосредственных и отдаленных результатов и прогнозом развития ранних раневых осложнений [7–9]. Несмотря на достигну-

тые технические возможности лечения ПОВГ, риск рецидива групп остается высоким. По данным The Ventral Hernia Working Group (VHWG), в настоящее время нет единых рекомендаций по вариантам размещения эндопротезов при хирургическом лечении послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Наиболее оптимальными вариантами оперативных вмешательств при данной патологии VHWG рекомендуют протезирующую герниопластику с межмышечным размещением эндопротеза, а также заднюю сепарационную герниопластику по Карбонелла и Новицкому (TAR-technique).

Цель исследования – изучить результаты хирургического лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. В настоящее исследование включены 78 пациентов, которым в клинике хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» за период с 2010 по 2015 г. выполнялась пластика грыжевых ворот полипропиленовым эндопротезом в плановом порядке. Среди пациентов рецидивные ПОВГ были у 26 (33,3 %) человек: женщин было 12, мужчин – 14. Средний возраст пациентов составил $59,8 \pm 2,6$ года. Распределение больных с рецидивными ПОВГ, согласно классификации S.P. Chevrel и A.M. Rath (1999) [9], представлено в таблице 1. Госпитализированные пациенты подписали фор-

му добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке. У 26 пациентов во время предыдущих операций были выполнены различные методики аутопластики. У 20 пациентов (R3) ранее выполненными операциями были: пластика местными тканями – 8 операций, протезирующая герниопластика полипропиленовым сетчатым эндопротезом – 12 операций. У пациентов (R4): пластика кожным лоскутом по В.Н. Якову – 3 операции, комбинированная эндопластика по В.И. Белоконеву – 2 операции.

Таблица 1 – Распределение больных

M/L	W2			W3	W4		Всего
	R1	R2	R4	R1	R1	R3	
M1	7	-	-	2	1	-	10
M2	4	2	2	2	-	2	12
M3	2	-	-	-	-	-	2
L4	-	-	-	1	1	-	2
Всего	13	2	2	5	2	2	26

У 18 (69,2 %) пациентов имелась сопутствующая патология (сахарный диабет, хронический бронхит, ИБС, артериальная гипертензия), требовавшая краткосрочной коррекции под наблюдением смежных специалистов. Всем пациентам проводили профилактику тромбозомболических осложнений. Антибиотикопрофилактику проводили однократным внутривенным введением 1,0 г клафорана за 30–45 мин до начала операции. Также 13 (50 %) пациентам проводилась обработка эндопротеза 0,5%-ным раствором арговита за 10–15 минут до операции и во время операции операционного ложа. У 6 пациентов применялся эндотрахеальный наркоз, у остальных 20 – перидуральная анестезия.

Проводилась оценка состояния сосудов передней брюшной стенки. Определялись следующие показатели: линейная скорость кровотока (V_{max}), индекс резистентности (R_i), пульсативный индекс (P_i). Ультразвуковое исследование мягких тканей и органов брюшной полости, доплерографию сосудов передней брюшной стенки выполняли с использованием аппарата Hitachi-525 (Япония), ультразвукового датчика 12,0 МГц.

В настоящее время существуют следующие варианты размещения протезов: при варианте *on lay* протез размещается над ушитым апоневрозом; при варианте *in lay* края протеза фиксируются встык к краям грыжевых ворот; при межмышечном размещении вскрывают влагалища прямых мышц живота, эндопротез устанавливают спереди или сзади прямых мышц; при операции *sub lay* протез устанавливают под апоневроз в предбрюшинном пространстве. Нами *on lay*-методика размещения эндопротеза не применялась. При операции Карбонелла после доступа к задним листкам влагалища прямой мышцы живота наружные порции листков сепарируются с созданием пространства между внутренней косой и поперечной мышцами.

При операции Новицкого латеральный доступ значительно шире – с разобщением поперечной мышцы и поперечной фасции. При выполнении пластического этапа операции особое значение придавали профилактике послеоперационных осложнений с минимальной отсепаровкой подкожно-жировой клетчатки от апоневроза. Всем пациентам в дооперационном периоде дополнительно проводили ультразвуковое исследование передней брюшной стенки, результаты которого использовали для индивидуализации выбора вида оперативного лечения. У них в послеоперационном периоде

Таблица 2 – Виды проводимых операций

MWR	1-я группа		2-я группа		3-я группа	Всего
	межмышечное размещение		предбрюшинное расположение		задняя сепарация (TAR-technique)	
	sub lay	in lay	sub lay	in lay	sub lay	
M1W2R1	2	2	1	-	2	7
M1W3R1	1	1	-	-	-	2
M1W4R1	1	-	-	-	-	1
M2W2R1	-	-	-	-	2	2
M2W2R2	-	-	1	1	-	2
M2W3R1	1	1	-	-	-	2
M2W2R4	-	-	-	-	2	2
M2W4R3	1	1	1	-	1	4
M3W2R1	1	-	-	1	-	2
L4W3R1	-	-	1	-	-	1
L4W4R1	-	-	-	1	-	1
Всего	7	5	4	3	7	26

использовался ультразвуковой мониторинг послеоперационной раны, являющийся основанием для коррекции послеоперационного лечения.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 26 пациентов с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами, которые приведены в таблице 2. Из-за выраженных анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот, расположение эндопротезов в предбрюшинном пространстве было возможным у 7 (27 %) оперированных пациентов (размещение сетки sub lay – у 5; in lay – у 2). У 10 (38,5 %) пациентов эндопротезы были расположены межмышечно (sub lay – у 5; in lay – у 5), при этом у 5 из них была выполнена транспозиция прямых мышц живота. Задняя сепарация (TAR-technique) была выполнена у 7 (27 %) пациентов. Дренажное послеоперационное ран не проводилось у пациентов, оперированных по методике TAR-technique. В 1-й группе с межмышечным размещением эндопротеза послеоперационные осложнения развились у 4 пациентов: образование серомы выявлено в 2 (20 %) наблюдениях, инфильтрат послеоперационной раны – в 2 (20 %), соответственно. Во 2-й группе с предбрюшинным расположением эндопротеза послеоперационные осложнения наблюдались у 4 пациентов. Нагноение послеоперационной раны выявлено у 1 (14,3 %), серома – у 2 (28,6 %), инфильтрат – у 1 (14,3 %) пациентов. В 3-й группе оперированных по методике TAR-technique осложнений после операции не наблюдалось. Из 26 пациентов в 8 (30,7 %) наблюдениях, по данным УЗИ-исследования визуализировался отек мягких тканей места расположения эндопротеза и субкомпенсированный характер кровотока в поверхностных (aa. Epigastrica esuperficialis dextra et sinistra) и глубоких (aa. Epigastricae superior, inferior dextra et sinistra) артериях в 4 точках. Используя режим ИДМ, измеряли V_{max} , R_i и P_i во всех артериях. Градация гемодинамических показателей при субкомпенсированном кровотоке составила: $V_{max} = 6,0-7,87$; $R_i = 0,59-0,76$; $P_i = 1,28-1,41$.

В заключение следует отметить, что послеоперационную вентральную грыжу следует рассматривать как патологический процесс с выраженной степенью дистрофических изменений, распространяющийся далеко за пределы грыжевых ворот и затрагивающий все анатомо-топографические структуры передней брюшной стенки, включая структуру артериального кровоснабжения. Это необходимо учитывать при выполнении протезирующих грыжесечений. Методы дооперационного и послеоперационного УЗИ-исследования позволяют оценить состояние мышечно-апоневротических структур, величину грыжевого дефекта, находящийся в нем орган и изучить кровоток в сосудах передней брюшной стенки. В зависимости от на-

ходки – индивидуализировать выбор способа протезирующей герниопластики. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 2 лет. Из числа оперированных пациентов (26) рецидивы отмечались у 3 (11,5 %). Причиной рецидивов была миграция эндопротеза у пациентов 1-й группы и отрыв края эндопротеза у пациентов 2-й группы. У пациентов 3-й группы рецидивы и послеоперационные осложнения не наблюдались. Все пациенты были оперированы повторно. Во всех случаях применялась протезирующая герниопластика по методике TAR-technique. По нашим данным, наилучшим вариантом оперативного лечения рецидивных вентральных грыж является протезирующая пластика по методике TAR-technique.

Выводы

1. Развитие анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот делает заднюю сепарацию при рецидивных ПОВГ наиболее целесообразной и технически выполнимой.
2. Применение ультрасонографии до и после операции позволяет индивидуально выбирать способ протезирующей герниопластики и объективно оценить течение раневого процесса.

Литература

1. Алексеева Т.А. Использование физических методов для определения совместимости имплантатов / Т.А. Алексеева, И.В. Галич, И.В. Гомелянко // Клиническая хирургия. 2014. № 1. С. 64–67.
2. Бебезов Х.С. Профилактика раневых осложнений при послеоперационных вентральных грыжах / Х.С. Бебезов, А.В. Бондарчук // Вестник КPCY. 2007. Т. 7. № 9. С. 50–52.
3. Белоконев В.И. Патогенез и лечение послеоперационных вентральных грыж // В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева. Самара: Изд-во СГМА. 2005. С. 204.
4. Власов А.В. Прогнозирование вероятности развития сером при эндопротезировании вентральных грыж / А.В. Власов // Современные проблемы науки и образования. 2003. № 2. С. 14–18.
5. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика / В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский, С.И. Емельянов. М.: Медпрактика, 2002. С. 147.
6. Романов Р.В. Современное состояние проблемы интраперитонеальной пластики брюшной стенки синтетическими эндопротезами / Р.В. Романов, А.А. Федаев, В.В. Петров и др. // Современные технологии в медицине. 2012. № 4. С. 161–170.
7. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. 2000. № 4 (2). P. 94.
8. Eriksen J.R., Gogenur I., Rosenberg O. // Hernia. 2007. Vol. 11. P. 481–492.
9. Koehler R. H., Begos D., Berger D. et al. // Zentralbl Chir. 2003. Vol. 128. № 8. P. 625–630.