

УДК: 617-089.844.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Рузибоев Санжар Абдусаламович, Авазов Абдурахим Абдурахманович, Хурсанов Ёқуб Эркинович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВА ҚАЙТАЛАНГАН ЧУРРАЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Рузибоев Санжар Абдусаламович, Авазов Абдурахим Абдурахманович, Хурсанов Ёқуб Эркинович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE AND RECURRENT HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Ruziboev Sanjar Abdusalamovich, Avazov Abdurahim Abdurakhmanovich, Khursanov Yokub Erkinovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада қорин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурралари билан касалланган 85 нафар беморнинг аутопластик ва аллопластик («onlay» ва «sublay» усули билан) операциялар орқали даволаш натижалари таҳлил қилинди. Тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, қорин олдинги девори аллопластик усули асосидаги жарроҳлик амалиёти қорин деворидаги операциядан кейинги ва рецидив чурраларнинг даволаш самарасини оширишни, рецидив ҳолатлар сонининг камайишини, операциядан кейинги даврнинг сифатли кечишини кўрсатди.

Калит сўзлар : қорин чурралари, чурра қайталаниши, даволаш.

Abstract. The Results of treatment of 85 patients with postoperative and recurrent hernia of anterior abdominal wall have been analyzed in the article. The Patients underwent autoplactic and alloplastic («onlay» and «sublay» technique) operations. Investigations showed that employment of alloplastic methods of anterior abdominal wall plasty makes it possible to increase efficacy of surgical treatment of postoperative and recurrent hernia of anterior abdominal wall, to decrease the number of recurrences, to improve qualitative features of postoperative period course.

Keywords: abdominal hernia, recurrence, treatment.

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 послеоперационных рецидивных и многократно рецидивирующих вентральных 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 правоподреберного 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.

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

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).

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.

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

Таблица 1. Распределение больных по группам и способы пластики

Способ герниопластики	Количество 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 наапоневротическим расположением протеза («onlay»)	47 (75,8%)
Комбинированный способ с предбрюшинным расположением протеза («sublay»)	15 (24,2%)

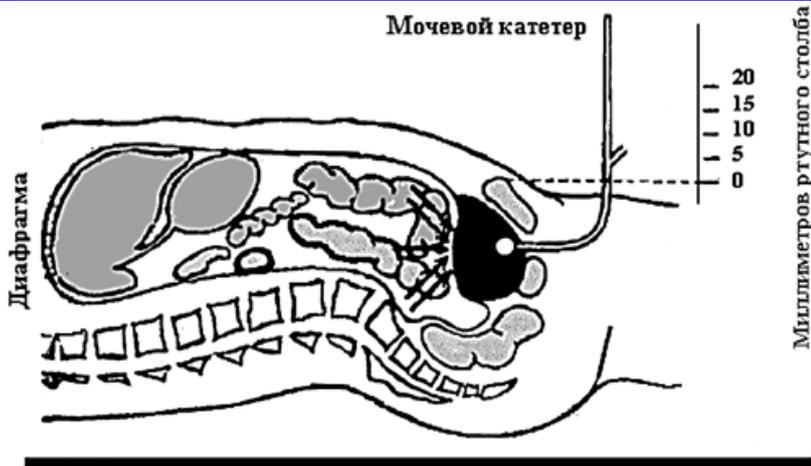


Рис. 1. Определение внутрибрюшного давления

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 поддиафрагмальным 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 поддиафрагмального 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.

Таблица 2. Сравнительная характеристика частоты рецидивов исследуемых групп

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

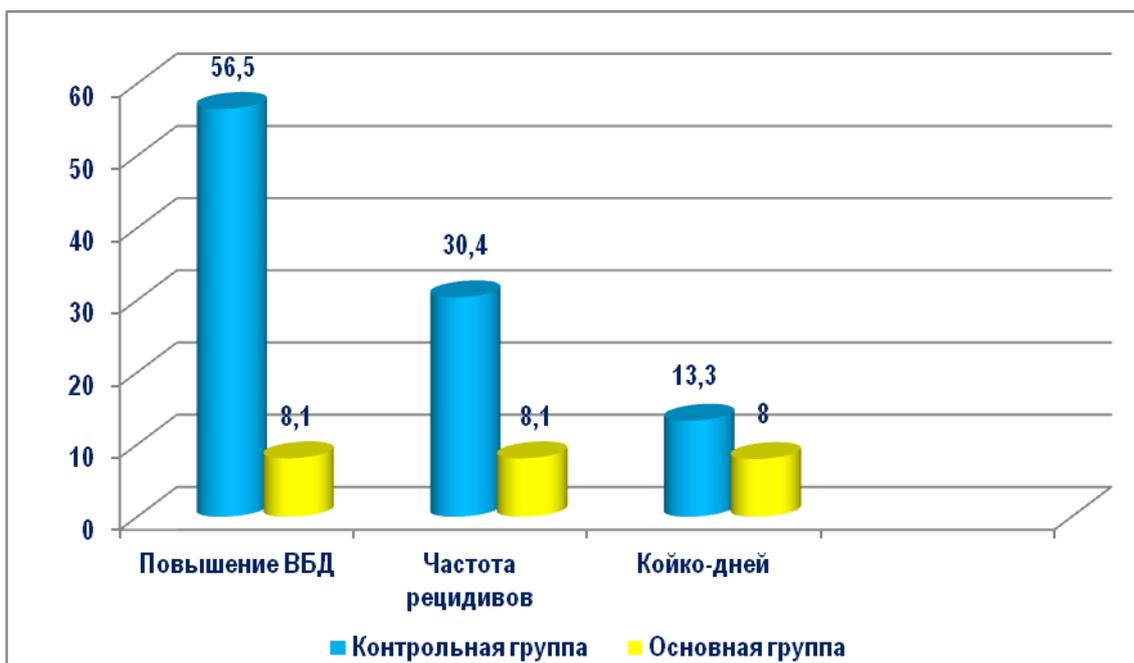


Рис. 2. Сравнительная характеристика критериев лечения исследуемых групп

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

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. Ануров М.В. Влияние структурных и механических свойств сетчатых эндопротезов на эффективность пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки: автореферат. канд. мед. наук. / М.В. Ануров. - М.: 2014.
2. Белоконев В.И., Пономарева Ю.В., Пушкин С.Ю. Возможные предикторы и морфологические аспекты развития серомы после пластики грыжи передней брюшной стенки. / В.И. Белоконев и др. // Новости хирургии. -2014.- С. 665-670.
3. Верещагин Д.М. Динамика раневого процесса при пластике послеоперационных грыж эндопротезом: дис. канд. мед. наук.- М., 2009. -153 с.
4. Гогия Б.Ш. Гибридная методика лечения послеоперационной вентральной грыжи. / Б.Ш. Гогия и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - С.24-30.
5. Гуляев М.Г. Профилактика и лечение рецидивных вентральных грыж после аутопластических и протезирующих вмешательств: автореф. дис.... канд. мед. наук. Самара, 2015.
6. Ермолов А.С. Выбор хирургической тактики в зависимости от величины вентральной грыжи и дефицита тканей брюшной стенки. / А.С. Ермолов и др. // Московский хирургический журнал. - 2018. - №3 (61), 78 с
7. Паршиков В.В. и др. Ретромускулярная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами по поводу грыж // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2012. - Т. 5. - № 1. - С. 213-218.
8. Суковатых Б.С. Профилактика послеоперационных вентральных грыж: современное состояние проблемы. / Б.С. Суковатых и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2016. - № 3. - С. 76-79.
9. Тимербулатов М.В. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы. / М.В. Тимербулатов и др. // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - № 8(5). - С. 101-107.
10. Ayik N et al., Long-term Outcome of Incisional Hernia Repairs Using the Erlangen Inlay Onlay Mesh (EIOM) Technique. J Surg Res., 2019, May 27;243:14-22.
11. Coda A., Lamberti S., Mortorana S., Classification of prosthetics used in hernia repair based on weight and biomaterial// Hernia, 2012. Vol. 16 (1). pp. 9-20.
12. Kroese L.F., et al. Primary and incisional ventral hernias are different in terms of patient characteristics and postoperative complications — A prospective cohort study of 4,565 patients. IntJSurg., 2018, Mar; no. 51: pp. 114-119 [https:// DOI: 10.1016/j.ijsu.2018.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.01.010).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Рузубов С.А., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.

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.

Ключевые слова: грыжи живота, рецидив, лечение.