

УДК 616-007.43-089.844

**ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С
УЩЕМЛЕННЫМИ ОБШИРНЫМИ И ГИГАНТСКИМИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ**

Фатхутдинов И.М., Красильников Д.М.

*ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социального
развития»*Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Сложной проблемой ургентной хирургии является выбор способа закрытия дефекта брюшной стенки при ущемлении обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения ущемленных обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж во многом обусловлены, выбором неадекватного способа операции - пластики грыжевого дефекта местными тканями. Вследствие чего возникает реальная угроза повышения внутрибрюшного давления, ограничения подвижности диафрагмы с развитием дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности, присоединением тромбоэмболических осложнений. Применение в неотложной хирургии не натяжных методов герниопластики с использованием полипропиленовой сетки при обширных и гигантских грыжах позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

Ущемленные послеоперационные вентральные грыжи составляют 2,2 – 10% от общего количества ущемленных грыж [13]. Одной из нерешенных проблем ургентной хирургии является выбор способа закрытия дефекта брюшной стенки при ущемлении обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж [12]. Тем более, что 70 % больных с обширной и гигантской послеоперационной вентральной грыжей составляют лица пожилого и преклонного возраста с сопутствующими заболеваниями, при наличии возрастных дегенеративных изменений тканей [4]. Закрытие больших дефектов в подобной ситуации собственными тканями без их натяжения не представляется возможным, вследствие чего возникает реальная угроза повышения внутрибрюшного давления, ограничения подвижности диафрагмы с развитием дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности, присоединением тромбоэмболических осложнений [8]. Послеоперационная летальность достигает 21% [2, 10, 12]. Неудовлетворительные результаты хирургического

лечения ущемленных обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж во многом обусловлены выбором неадекватного способа операции - пластики грыжевого дефекта местными тканями [1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14]. В связи с чем, возникает необходимость поиска и внедрения не натяжных способов пластики ущемленных обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж [3, 15].

Среди достижений последних лет в хирургии следует признать технологию протезирования брюшной стенки сетчатыми синтетическими полипропиленовыми имплантатами, которые обладают эластичностью, биологической и химической инертностью, пористостью, легкостью стерилизации, механической прочностью, онкоустойчивостью [4, 5, 6]. Ряд авторов сообщают о применении не натяжной герниопластики в плановой хирургии больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж [1, 5].

С января 2005 по сентябрь 2007 года в клинике хирургии №1 наблюдалось 15

пациентов с ущемлёнными обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. В тринадцати наблюдениях грыжа была после срединной лапаротомии, в двух случаях после доступа в правом подреберье. Обширными и гигантскими мы считаем грыжи, занимающие три и более областей передней брюшной стенки. Данную группу составили трое мужчин и двенадцать женщин в возрасте от 49 до 73 лет, поступившие в период от 4 часов до суток после ущемления грыжи, которым была проведена не натяжная герниопластика полипропиленовой сеткой. Группу сравнения составили 10 пациентов в возрасте от 42 до 72 лет, поступившие в сроки от 3,5 часов до суток после ущемления. Во всех наблюдениях грыжевой дефект располагался по срединной линии. Из них мужчин было 2, женщин 8, находившихся на лечении с января 2003 по декабрь 2004 годы с ущемлёнными обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, которым выполнялась пластика собственными тканями.

В качестве имплантата мы использовали полипропиленовую сетку отечественного производства фирмы – ООО «Линтекс». В ходе операции не натяжной герниопластики полипропиленовой сеткой выделение и отсечение грыжевого мешка выполняется с таким расчетом, чтобы закрыть дефект передней брюшной стенки.

У 4 пациентов сетка была уложена на апоневроз, с предварительной отсепаровкой подкожной жировой клетчатки с наложением двухрядного узлового шва атравматическими нитями (первый от края нитью №5, второй №3 или №4). Операция завершалась дренированием подкожной клетчатки резиновыми выпускниками, которые удалялись на 3 сутки.

У 6 пациентов полипропиленовая сетка 30 на 30 см. укладывалась на большой сальник, после фиксации последнего к передней брюшной стенке для исключения контакта сетки с органами брюшной полости, с наложением однорядного узлового шва, в последующем имплантат укрывался оставшимся грыжевым мешком.

В 5 наблюдениях определялся малый размер сальника, после ушивания

брюшины производилась мобилизация заднего листка влагалища прямых мышц живота и сетчатый эксплантат укладывался под прямую мышцу затем фиксировался.

В группе сравнения выполнялась натяжная герниопластика собственными тканями «край в край», с нанесением насечек на передний листок влагалища прямой мышцы живота в шахматном порядке.

В группе пациентов, которым выполнялась не натяжная герниопластика полипропиленовой сеткой, летальные исходы не наблюдались. В группе сравнения умерло 3 пациента, в связи с развившейся дыхательной недостаточностью и тромбоэмболическими осложнениями.

В заключение следует отметить, что внедрение в неотложную хирургию не натяжных методов герниопластики при обширных и гигантских грыжах позволяет улучшить результаты хирургического лечения и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Борисов А.Е., Малкова С.К., Тодидзе В.В. // Вест. хирургии. 2002. №6. С. 76-78.
2. Ботезату А.А., Грудко С.Г. // Хирургия. 2006. №8. С. 54-58.
3. Галимов О.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. и др. // Хирургия. 2005. №3. С. 56-58.
4. Гузеев А.И. // Хирургия. 2004. №9. С.47-49.
5. Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Емельянов С.И., и др. // Натяжная герниопластика М. Медпрактика. 2002. 148 с.
6. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В., и др. // Хирургия. 2005. №8. С. 16-21.
7. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. // Вест. хирургии. 2005. №6. С. 33-37.
8. Лубянский В.Г., Насонов С.В., Кожемяцкий В.М., и др. // Хирургия. 2004. №11. С.22-25.
9. Сеидов В.Ф. // Хирургия. 2004. №11. С. 26-29.
10. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., и др. // Вест. хирургии. 2005. №3. С. 85-87.

11. Синенченко Г.И., Ромашкин – Тиманов М.В., Курыгин А.А. // Вест. хирургии. 2006. №1. С.15-17.
12. Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валуйская Н.М., и др. // Вест. хирургии. 2005. №6. С. 38-41.
13. Госкин К.Д., Жебровский В.В. // Грыжи брюшной стенки М. Медицина. 1990. 272 с.
14. Федоров И.В., Воронин В.Н., Воронин А.В., и др. // Казанский мед. журнал. 2006. №3. С. 226.
15. Черепанин А.И., Фатхудинова Ю.А., Королева Т.В. // Хирургия. 2006. №12. С. 37-38.

HERNIOPLASTY METHOD CHOICE IN PATIENTS WITH INCARCERATED VAST AND GIANT INCISIONAL HERNIA

Fatkhutdinov I.M., Krasilnikov D.M.

Kazan state medical university

One of the most complicated problems of emergent surgery is the choice of closure of the abdominal anterior wall defects after hernia incarceration and after gigantic postoperative ventral hernias. Unsatisfactory results of surgical treatment of incarcerated hernias and giant postoperative ventral hernias to a large extent are due to inadequate choice of surgical tactic – plasty of the anterior wall defects by using local tissues. Thus there is a real threat of intra-abdominal pressure elevation, restriction of diaphragm movement with development of respiratory and cardiovascular insufficiency, and with thromboembolism complications. Usage of nonstrain methods of hernia plasty in emergency surgery with polypropylene mesh in extensive and giant hernias makes it possible to improve the results of surgical treatment.