

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ОБЪЕМА ПЛАСТИКИ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

А.И.Мусаев, О.Ж.Токтогулов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены критерии выбора способа пластики при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж у 82 больных. Критериями служили показатели внешнего дыхания, данные сонографии грыжи и антропометрии брюшной стенки.

Ключевые слова: вентральные грыжи, выбор способа пластики, оперативное лечение, осложнения.

ЧОҢ ЖАНА ИРИ ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ВЕНТРАЛДЫК ЧУРКУГА ПЛАСТИКАНЫН КӨЛӨМҮН ТАНДООНУН КРИТЕРИЙЛЕРИ

А.И.Мусаев, О.Ж.Токтогулов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: 82 оорулуунун чоң жана ири операциядан кийинки вентралдык чуркусуну пластиканы тандоонун критерийлери көрсөтүлдү. Критерий катары сырткы дем алуунун көрсөткүчтөрү, чуркунун сонографиясынын маалыматтары жана ич көңдөйүнүн антропотриясы колдонулду.

Негизги сөздөр: вентралдык чуркулар, пластиканы тандоо ыкмасы, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо.

THE CHOICE CRITERIONS OF THE PLASTY VOLUME IN BIG AND GIGANTIC VENTRAL HERNIAS

A.I. Musaev, O.J. Toktogulov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrghyz Republic

Resume: The choice criterions of the plasty methods in 82 patients with big and and gigantic postoperative ventral hernias are presented. External respiration indexes, hernias sonography data and abdominal wall anthropometry have been these criterions.

Key words: ventral hernias, choice method, plasty, surgical treatment, complications.

Введение. Увеличение числа и выбора пластики после операции может развиваться расширение объема хирургических вмешательств на органах брюшной полости, развитие послеоперационных раневых осложнений нередко ведет к возникновению больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, лечение которых представляет одну из первостепенных проблем хирургии. Это обусловлено не только частотой заболеваемости, но и неудовлетворительными результатами оперативного лечения. В лечении этой тяжелой группы больных для ликвидации грыжевых ворот используются собственные ткани различными методами (способ Мейо, Санежко, Троянова и др.), а в последние годы предложены сетки, изготовленные из полипропилена, пролена, при применении которых рецидив болезни возникает редко [1,4,9].

выбора пластики после операции может развиваться синдром интраабдоминальной гипертензии вследствие натяжения тканей брюшной стенки и перемещения в брюшную полость больших объемов грыжевого содержимого [3,5,6]. Следовательно, одной из задач при оперативном лечении вентральных грыж является определение оптимального объема пластики. В этом плане ряд исследователей ориентируются на показатели внешнего дыхания [2,3].

Г.И. Лукомский и соавт. [5] разработали специальную предоперационную подготовку с применением дозированной пневмокомпрессии с помощью противогрузочного костюма. Эффективность определяли по результатам теста на переносимость повышения внутрибрюшного давления. А.С.Ермолов и соавт. [4] разработали метод рентгенокомпьютерной герниоабдонометрии, но метод дорогос-

тоящий. Ряд исследователей [1,6] для профилактики повышения внутрибрюшного давления в момент операции определяли ширину грыжевых ворот, силу натяжения тканей и внутрибрюшное давление и на их основании судили о степени тяжести и определяли выбор пластики.

Однако, перечисленные методы довольно сложны, идут поиски более совершенных подходов к выбору пластики при больших и гигантских вентральных грыжах.

Цель работы – представить результаты послеоперационного лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами, у которых были использованы критерии выбора пластики.

Материалы и методы исследования. В данном сообщении мы не излагали технику оперативного лечения вентральных грыж, а основное внимание уделяли выбору объема пластики. Под наблюдением находилось 82 больных с вентральными грыжами, из них у 18 были гигантские грыжи, а у остальных – большие. При малых и средних размерах выполняли пластику собственными тканями и их в это сообщение не включали. По определению размера грыж мы пользовались классификацией, предложенной В.Н. Яновым [8]. К средним размерам относили грыжи с длиной грыжевого выпячивания от 5 до 10 см, к большим – от 11 до 30 см и гигантским – свыше 30 см, но мы еще учитывали и размеры дефекта брюшной стенки.

Возраст наблюдаемых нами больных колебался от 26 до 72 лет, женщин было 56 и мужчин – 26. Давность существования грыжи была от 6 месяцев до 6 лет. В прошлом перенесли операции по поводу аппендицита 21, холецистита – 18, эхинококкоза – 2, кишечной непроходимости – 4, перфоративной язвы желудка – 4, операции по поводу заболеваний женской половой сферы – 33.

При этом было установлено, что у большинства (56 чел.) из них послеоперационный период протекал с осложнениями (парез кишечника, пневмония, нагноение раны, инфильтрат), а у остальных – заболевание связано с ранним выполнением тяжелого физического труда.

Для выбора объема операции были выполнены следующие исследования:

1. Показатели внешнего дыхания – исследовались в покое и после вправления грыжевого содержимого при наличии вправимых

грыж, а при невправимых исследование выполнялось только в покое спирометром ССП.

2. УЗИ – определяли размер дефекта в мышечно-апоневротическом слое, длину грыжевого мешка, размер грыжевого мешка и характер содержимого.

3. Вычисляли коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки по А.Г. Хитарьяну и соавт. [7] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки: радиус живота, радиус грыжевого выпячивания, толщину брюшной стенки и степень дистрофических изменений (УЗИ). Коэффициент вычисляли по формуле:

$$K = \frac{(R/A-h)^2 - 1}{2.24((R/A-h)^2)} \times P \sqrt{\pi A}$$

P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости (πA). Если грыжа в эпигастрии, то P составляет 98, если в мезогастрии, то 245 πA , а если в гипогастрии, то 392 πA ; R – внешний радиус живота; A – радиус грыжевого выпячивания; h – средняя толщина брюшной стенки.

При коэффициенте до 2,09 считали возможным пластику местными тканями, а при K выше 2,10 необходима пластика с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. На основании выполненных исследований нами было установлено, что у 26 больных коэффициент интенсивности напряжения был выше 2,10, что явилось показанием для полного замещения дефекта брюшной стенки с сохранением объема брюшной полости. Им была выполнена пластика полипропиленовой сеткой (гигантская грыжа у 18 и большая у 16).

У 28 пациентов коэффициент напряжения не превышал 2,09, но в связи с дистрофическими изменениями тканей брюшной стенки выполнена пластика местными тканями с дополнительным укреплением полипропиленовой сеткой, которую фиксировали над апоневрозом, но с охватом ткани не менее 3 см с каждой стороны шва. У 30 больных при обследовании коэффициент интенсивности напряжения был меньше 2,09, ткани брюшной стенки без дистрофических изменений, им выполнена пластика местными тканями.

При пластике грыжевых ворот любым методом осматривали грыжевое содержимое и в большинстве случаев это был большой сальник,

либо часть его. Мы стремились частично резецировать сальник, чтобы уменьшить вправление грыжевого содержимого и при этом выполняли тщательный гемостаз.

После операции назначали дыхательную гимнастику и ее осуществляли под контролем врача. Стремилась к ранней активизации больных и назначали медикаментозное лечение сопутствующих заболеваний. Придавали значение положению больных в кровати.

Предоперационный период протекал, в основном, благоприятно, но у 2 больных с пластикой грыжевых ворот собственными тканями возник легкий парез кишечника. Его удалось быстро ликвидировать (назогастральный зонд с активной аспирацией, прозерин, ингаляции кислорода), а у остальных больных осложнений не наблюдали. Ни у одного не возникло дыхательной, либо сердечно-сосудистой недостаточности. Все выписаны на 8-10 сутки после операции, среднее пребывание в стационаре составило $8,4 \pm 0,91$ койкодень.

Таким образом, наши исследования показали возможность снижения осложнений после операций, выполненных во поводу больших и гигантских вентральных грыж с учетом критериев выбора объема пластики. Используя тесты на переносимость повышения внутрибрюшного давления, можно осуществить адекватный объем пластики (с сохранением объема брюшной полости или ее уменьшением). Методика А.Г. Хитарьяна и соавт. [7] в этом плане более проста, доступна и в то же время высокоинформативна.

Литература

1. Ботабаев С.И. Способ герниопластики при рецидивных вентральных грыжах [Текст] / С.И. Ботабаев, Б.Н. Нургалиев, Б.М. Гаулеулов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец.

вып. № 1. – С. 229-230.

2. Борисов А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст] / А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе // Вестник хирургии. – 2002. - № 1. – С. 76-78.

3. Григорьев Т.С. Способ пластики послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Григорьев Т.С., Григорьев С.Л., Кривошеков Е.В. // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С. 250-251.

4. Ермолов А.С. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами [Текст] / А.С. Ермолов, А.К. Алексеев, А.В. Упырев // Хирургия. – 2005. - № 8. – С. 16-21.

5. Лукомский Г.И. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Г.И. Лукомский, А.М. Шулутко, Н.В. Антропова // Хирургия. – 1995. - № 2. – С. 51-53.

6. Миронюк Н.В. Профилактика развития синдрома интраабдоминальной гипертензии в хирургическом лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / Н.В. Миронюк, А.А. Кононенко, М.К. Джакипов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С.206-207.

7. Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли Х.И., Ковалев С.А., Гушина Е.В. // Патент, 2001. RU A62 B 17/00 № 2199271.

8. Янов В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах [Текст] / В.Н. Янов // Хирургия. – 1975. - № 7. – С. 78-81.

9. Feifel G. Tradicion und Fortschritt in der Korrektur von grossen Nargenbruchen [Next] / G. Feifel // Langenbecks Arch. Chir. – 2005. – Bd. 380, # 5. – S. 247-249.