

## АЛЛОПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Касымов А.А., Мусаев А. И., Жаманкулова М.К.

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

**Резюме:** Пролечено 13 больных с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 25 до 76 лет, среди них было 6 мужчин и 7 женщины. Всем была произведена герниопластика модифицированным методом.

**Ключевые слова:** полипропиленовая сетка, грыжи, вентральные, лечение, осложнения, аллопластика.

## ОПЕРАЦИЯДАН КИЙН ЧУРКУСУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОДО АЛЛОПЛАСТИКАНЫН КОЛДОНУЛУСУ

Касымов А.А., Мусаев А. И., Жаманкулова М.К.

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

**Корутунду:** 25 жаштан 76 жашка чейинки операциядан кийн чуркусу менен жабыркаган 13 оорулуу дарыланды, анын ичинен 6-эркек, 7-аял. Алардын баары биздин ооруканада жаныланган ыкмасы колдонулган.

**Негизги сөздөр:** чурку, дарылоо, кабылдоо, аллопластика.

## ALLOPLASTY OF HERNIAL HILUS IN POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Kasymov A.A., Mysaev A.I., M.K. Zhamankulova A.I.

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

**Resume:** We treated 13 patients aged 25 to 76 years with postoperative ventral hernia. There were 6 males and 7 females among them. Hernioplasty by modified method was performed in all the patients.

**Key words:** polypropylent mesh, hernia, ventral, treatment, complications, alloplasty.

Хирургическое лечение грыжи передней брюшной стенки до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Распространенность данного заболевания связана с увеличением количества и расширением объема операций на органах брюшной полости, ростом числа повторных операций, а также неуклонным ростом среди оперируемых больных лиц пожилого и старческого возраста [5, 14].

Результаты традиционной пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки местными тканями далеко не всегда бывают удовлетворительными. Пластика больших дефектов брюшной стенки обычно сопровождается натяжением, что приводит к рецидиву грыжи у 30—60% больных [1, 3, 8, 9, 12]. Внедрение в последние годы в хирургическую практику пластических материалов для ликвидации грыжевого дефекта привело к снижению частоты рецидивов до 3—6% [4, 6, 7, 10, 11].

Полипропиленовая сетка на сегодняшний день является практически идеальным материалом для герниопластики. Она может

противостоять инфицированию и удобна в обращении [2].

В настоящее время наиболее распространены две основные методики имплантации синтетической сетки: интра- и экстраперитониальная имплантация. Однако обе эти методики не лишены недостатков. В первом случае возможны образование спаек, кишечных фистул, пенетрация сетки в просвет кишечника, аррозия крупных сосудов. Эти осложнения являются специфическими для внутрибрюшного расположения трансплантата [5, 13, 15]. Вышеуказанное подчеркивает необходимость усовершенствования хирургической методики данной операции.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

**Материалы и методы:**

Начиная с ноября 2013 года, в хирургическом отделении ГКБ №1 было пролечено 13 больных с вентральными грыжами. Среди них было 6 мужчин и 7 женщины в возрасте от 25 до 76 лет. Из 13 больных 5 рецидивных грыж, включая 2 дважды рецидивные грыжи.

Большинство больных имели по несколько сопутствующих заболеваний. У 4 из них были КБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, у 1 — сахарный диабет, у 5 — ожирение II—III степени и у 2 — кожно-жировой “фартук”. Из 13 больных 5 были оперированы в прошлом по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 3 - деструктивного холецистита, 2 гинекологических заболеваний, и 3 перитонита. В 5 случаях (38%) наблюдения грыжи были рецидивными, а в 2 случаях (15%) дважды рецидивными.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ и флюорография органов грудной клетки), выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли размеры грыжевых ворот, характер содержимого грыжевого мешка и осуществляли осмотр органов брюшной полости для выявления сопутствующих заболеваний.

Средний размер грыжевых ворот составлял  $5,0 \times 5,0$  см. У 3 больных их размер превышал  $10,0 \times 10,0$  см. В качестве синтетического материала для пластики грыжевых ворот использована макропористая полипропиленовая сетка.

Все больные оперированы в плановом порядке по поводу неосложненных вентральных грыж, им произведена аллопластика с имплантацией эндопротеза on lay.

Доказано, что со временем размеры сетки уменьшаются, это происходит вследствие образования рубцовой ткани, впоследствии приводит к натяжению тканей и образованию рецидива грыжи по краям сетки.

В связи с этим в нашей клинике разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза. Он заключается в следующем: производим разрез кожи с подкожной клетчаткой над грыжевым выпячиванием, выделяем грыжевой мешок до грыжевых ворот. Далее вскрываем и обрабатываем грыжевой мешок, содержимое погружаем в брюшную полость. Затем устанавливаем полипропиленовую сетку в виде “заплаты” над апоневрозом мышц, при этом не натягиваем между собой края грыжевых ворот фиксируя узловыми швами по всему периметру сетки. Далее, дистальнее первичных швов на 2-3 см накладываем второй ряд узловых швов, не дублирующих первый ряд.

Операция заканчивается дренированием подкожно жировой клетчатки с наложением швов на нее и на кожу.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно. У больных с гигантскими грыжами проводилась предоперационная подготовка — ношение утягивающих бандажей, проводили дыхательную гимнастику.

Полипропиленовая сетка фиксируется двурядными узловыми швами, при этом закрытие грыжевого дефекта более герметично и нет условий для возникновения рецидива грыжи по периметру сетки в послеоперационном периоде.

### Результаты и их обсуждение:

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило гладко, без каких либо осложнений. Дренажи удалены на 3 сутки, и лишь у одного на 5, в связи с длительной лимфореей. Длительная лимфорея возможно была связана с длительным грыженосительством, в течение 6 лет. Такие осложнения как нагноение, серомы и инфильтрат послеоперационной раны не отмечены.

Температура тела оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$  отмечено лишь у одного больного.

С целью обезболивания в первые 2 суток после операции через дренажи каждые 6 часов больным вводили 10 мл 2% раствора лидокаина, что обеспечивало полноценную анальгезию области послеоперационной раны. Также применение местной анальгезии сократило прием наркотических и ненаркотических анальгетиков парентерально.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста и с ожирением: через 2-3 часа после выхода из наркоза разрешали ходьбу, через 6-8 часов — дыхательную гимнастику, повороты туловища, это стало возможным благодаря адекватному обезболиванию. Ранняя активизация благоприятно сказывалась на общем самочувствии больных, также позволило избежать осложнений со стороны дыхательной и свертывающей систем.

Через 20 дней после операции на контрольное обследование явились 11 больных, жалоб они не предъявляли, осложнения со

стороны раны не отмечены, также как рецидивы и отторжение аллотрансплантата. Больные в возрасте 65 лет и старше в послеоперационном периоде в посторонней помощи не нуждались, а пациенты до 65-летнего возраста выполняли прежнюю работу, т.е. трудоспособность больных возвращалась на раннем этапе послеоперационного периода.

## Выводы:

1. Аллопластика грыжевых ворот с применением сетчатых эндопротезов является эффективным методом лечения послеоперационных вентральных грыж, а модифицированный нами метод фиксации сетки уменьшает риск возникновения рецидива.

2. Введение 2% раствора лидокаина в область послеоперационной раны является эффективным методом обезболивания, что сократило в разы введение наркотических и ненаркотических анальгетиков парентерально.

3. Местное обезболивание послеоперационной раны дало возможность ранней активизации больных, что исключило возможность возникновения нежелательных осложнений со стороны дыхательной и свертывающей систем.

## Литература:

1. Андреев, С.Д. Принципы хирургического лечения послеоперационных грыж [Текст] / С.Д. Андреев, А.А. Адамян // Хирургия. – 1991. - № 10. – С. 114-120.
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. - № 6. – С. 76-78.
3. Быченков, В.П. Плановые грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.П. Быченков // Хирургия. – 1991. - № 5. – С. 87-89.
4. Бородин, И.Ф. Хирургия послеоперационных грыж живота [Текст] / И.Ф. Бородин. - Минск: Беларусь, 1986. – 159 с.

5. Егиев, В.Н. Ненатяжная герниопластика [Текст] / В.Н. Егиев // Медпрактика. – М., 2002. – С. 107-111.

6. Кирпичев, Ф.Г. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки [Текст] / Ф.Г. Кирпичев, Н.А. Сурков. – М., 2001. - 86 с.

7. Краснов, О.А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж с использованием полипропиленового эксплантата [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Краснов. - Кемерово, - 2000. - 21с.

8. Лукомский, Г.И. Перспективы развития абдоминопластики синтетическими протезами [Текст] / Г.И. Лукомский, А.М. Шулутоко, Н.В. Антропов. – Хирургия. – 1994. - № 4. – С. 53-54.

9. Тоскин, К.Д. Грыжи брюшной стенки [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М: Медицина, 1990. - 35с.

10. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж [Текст] / [И.М. Рольшиков, Ю.А. Кравцов, А.А. Григорюк и др.] // Хирургия. – 2001. - № 4. – С. 43-45.

11. Выбор методов пластики и пластических материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] / [В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Ю.А. Фурманов и др.] // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Матер. IV Международной конференции. – М., 2001. – С. 276-278.

12. Послеоперационные вентральные грыжи [Текст] / [Н.М. Скутельский, Д.У. Душак, Н.В. Падохоняк и др.] // Хирургия. – 1982. - № 5. – С. 57-60.

13. Биоматериалы для хирургического лечения послеоперационных грыж [Текст] / [Ф. Шумпелик, У. Клинге, С. Туткова и др.] // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Матер. IV Международной конференции. – М., 2001. – С. 158-160.

14. Bauer, J.J. Repair of large abdominal wall defects with expanded polytetrafluoroethylene [Text] / J.J. Bauer // Ann. Surg. - 1987. – Vol. 206, # 6. – P. 765-769.

15. Jones, J.W. Polipropylene mesh closure of infected abdominal wounds [Text] / J.W. Jones, G.J. Jurkovivich // Am. Surg. – 1989. - # 55. – P. 73.