



## ПРИМЕНЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Абдуллаев Д.С., Бектуров Ж.Т., Самаков А.А., Мамбетов А.А., Бектуров Ж.Ж., Сагынбаева Ж.Т., Осмонбекова Н.С.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Прооперированы 86 больных с грыжами брюшной стенки, которым произведена пластика грыжевых ворот с применением полипропиленовых сеток. Паховые грыжи имелись у 21 больных, из них рецидивные - у 7. С вентральными грыжами оперированы 65 больных, в том числе с послеоперационными 50, среди которых с рецидивными было 19. При паховых грыжах у 12 больных использовали метод Лихтенштейна, у 5 больных метод Дарси и у 4 больных с двухсторонними паховыми грыжами модифицированный метод Стоппа. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. При срединных вентральных грыжах после иссечения кожи с подкожной клетчаткой вместе с послеоперационным рубцом и грыжевым мешком, производили рассечение полутора листков апоневрозов наружной и внутренней косых мышц с обеих сторон по Рамирес, что позволило сшить внутренние края прямых мышц без натяжения непрерывно полипропиленовой нитью край в край и ликвидировать диастаз до 20 см. Сверху накладывали полипропиленовую сетку "On lay", подкожную клетчатку дренировали 1 - 2 дренажами с присоединением их к вакуумной системе. В послеоперационном периоде у 6 больных констатирована серома, у 2 больных отмечено нагноение подкожной клетчатки и заживление раны вторичным натяжением. Срок пребывания в стационаре больных вентральными грыжами в среднем не превышал 10-12 суток, при паховых грыжах 7-8 суток.

**Ключевые слова:** грыжи передней брюшной стенки, паховая грыжа, вентральная грыжа, послеоперационная грыжа, рецидивная грыжа, полипропиленовая сетка, грыжесечение, пластика грыжевых ворот.

## СИНТЕТИКАЛЫК ПРОТЕЗДЕРДИ КУРСАКТЫН ЧУРКУСУН ЖАМАГАНГА КОЛДОНУУ

Абдуллаев Д.С., Бектуров Ж.Т., Самаков А.А., Мамбетов А.А., Бектуров Ж.Ж., Сагынбаева Ж.Т., Осмонбекова Н.С.

*И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы. КР СМ Улуттук хирургия борбору, Бишкек, Кыргызстан*

**Корутунду.** Курсак чуркусу бар 86 оорулуунун дарты алынып, жырыгы полипропилен торчосу менен жамалган. Чурайында чуркусу бар 21 оорулуунун 7-инде операциядан кийинки чурку болгон. Курсактын алдыңкы бетинин чуркусу менен 65 оорулуу операция болгон, 50 ооруда операциядан кийинки чурку болсо, алардын ичинен 19-да кайрадан пайда болгон чурку болчу. Чурайында чуркусу бар оорулардын 12-не Лихтенштейн ыкмасы менен операция жасалса, 5-не Дарси ыкмасы менен, эки тарабында чурай чуркусу бар 4 ооруга Стоппа ыкмасы менен жасалган. Операциядан кийин бул ооруларда кабылдоолор болгон эмес.

Курсактын алдыңкы бетинин тең ортосундагы операциядан кийинки чуркунун үстүндөгү терини астындагы майы менен жана операциядан калган тырыгы менен алып салып, курсактын сырткы кыйгач кеткен булчуңдарын чырымга өткөн жеринен эки тараптан тең Ramirez ыкмасы менен тилгенде, курсактын түз кеткен булчуңдарынын ички четтерин бири- бирине тигип, туурасы 20 сантиметрге чейин жеткен жырыкты полипропилен жиби менен оңой эле тепчип жапса болот. Үстүнө полипропилен торчосун "On lay" ыкмасы менен жамап, терисин жабардан мурун теринин астына 1-2 пластик түтүкчөлөрдү калтырып соруп туруучу системага кошулат. Операциядан кийинки мезгилде 6 оорунун тери астына сары суу толгон, 2 оорунун жарасы иридеп бүткөн. Оорулардын ооруканада жаткан күндөрү, курсактын алдынкы бетинин чуркусуна операция болгондордо 10-12 күндөн, чурай чуркусуна операция болгондордо 7-8 күндөн ашкан эмес.

**Негизги сөздөр:** курсактын чуркусу, курсактын алдынкы бетинин чуркусу, чурайдын чуркусу, операциядан кийин пайда болгон чурку, кайрадан пайда болгон чурку, полипропилен торчосу, чуркуну алып салуу, чуркунун жырыгын жамоо.



## THE USE OF SYNTHETIC PROSTHESIS (POLYPROPYLENE MESH) FOR THE ABDOMINAL HERNIAPLASTY

Abdullaev D.S., Bekturov Z.T., Samakov A.A., Mambetov A.A., Bekturov Z.Z., Sagynbaeva Z.T., Osmonbekova N.S.

Department of clinical surgery with course of operative surgery KSMA, National Surgery Center under the Ministry of Health, Kyrgyz Republic.

**Summary.** 86 patients with front abdominal hernia have been operated for hernioplasty with usage of polypropylene meshes. 21 patient had inguinal hernia among them 7 patients with recurrent hernia. 65 patients have been operated with ventral hernia, among them 50 patients with post-operational hernia and 19 with recurrent hernia. Liechtenstein method was applied on 12 patients with inguinal hernia, Dancy method was applied on 5 patients with inguinal hernia and modified Stopp method was applied on 4 patients with double inguinal hernia. Complications in post-operational period were not found. In the case of medial ventral hernia after excision of skin with hypodermic tissue coupled with post-operational scar and hernial sac the dissection of 1/2 of leaf of external and internal oblique muscles aponeurosis on either sides was made by Ramirez method, this made it possible to suture without intention the inner sides of rectus muscle uninterruptedly by polypropylene thread by edge to edge and to liquidate diastasis of aponeurosis up to 20 cm. The "On lay" polypropylene mesh "On lay" was laid over and sutured; the hypodermic tissue was drained with 1-2 drainages with connection to vacuum system. In post-operational period in 6 patients were stated a seroma and in 2 patients it was observed with hypodermic tissue suppuration and wound healing with secondary intention. Hospital stay term of patients with ventral hernia was in average not more than 10-12 days, with inguinal hernia - 7-8 days.

**Key words:** front abdominal hernia, inguinal hernia, ventral hernia, postoperative hernia, recurrent hernia, polypropylene mesh, herniotomy, hernioplasty.

Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки остается одной из актуальных проблем в хирургии. Около 10—15% всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, составляют грыжесечения (4, 6). Результаты оперативного лечения оставляют желать лучшего, так как частота послеоперационных рецидивов колеблется в пределах 5—20%. Общеизвестно, что одной из главных причин рецидивов является натяжение сшиваемых неполноценных, истонченных анатомических структур [1].

В 1970 г. Лихтенштейн предложил методику грыжесечения для всех паховых грыж без натяжения тканей путем вшивания полипропиленового сетчатого протеза [7]. Метод заключается в имплантации протеза под семенной канатик с целью укрепления задней стенки пахового канала. После обработки грыжевого мешка моделированный соответственно площади задней стенки пахового канала сетчатый протез подшивается к паховой связке, надкостнице лобковой кости и апоневрозу внутренней косой мышцы живота. Пластика завершается ушиванием листков апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком. Образуется свободная от натяжения адаптация тканей, т. е. операция является более физиологичной и радикальной. Автор на 1000 операций не наблюдал ни одного рецидива. Многие авторы подтверждают преимущество этой простой и эффективной методики. Оказалось, что частота рецидивов составила 0 - 0,7%, инфекционных осложнений 0 - 0,5%, отторжения протезов не наблюдалось, сроки реабилитации в 2 раза короче, чем при традиционных методах.

Необходимость применения синтетической заплатки возникает в связи с увеличением частоты повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полост-

ти и соответствующим ростом развития послеоперационных грыж. Около 10 % лапаротомий сопровождается развитием послеоперационной грыжи. Особенно остро проблема устранения послеоперационной грыжи касается лиц пожилого и преклонного возраста с сопутствующими и фоновыми заболеваниями. У этой категории больных пластика собственными тканями сопровождается повышением внутрибрюшного давления. Это представляет известный риск из-за возможного развития осложнений со стороны сердца и легких. В то же время, натяжение собственных неполноценных тканей брюшной стенки грозит их расхождением и развитием рецидивной грыжи [2].

Не менее остро стоит техническая проблема устранения больших и гигантских послеоперационных грыж на фоне ожирения, сахарного диабета. В таких ситуациях выполнить радикальное оперативное вмешательство и устранить грыжу собственными тканями представляется возможным. У данного контингента, как правило, слои брюшной стенки непригодны для аутопластики либо из-за их истончения, перерождения, либо из-за их дефицита после иссечения рубцового поля большой площади. Требуется искусственная защита в виде заплатки для закрытия образованного дефекта брюшной стенки, [8]. Дубликатура апоневроза (фасции) или их сопоставление, считавшиеся "золотым стандартом" в лечении послеоперационных вентральных грыж до 1990-х годов, из-за высоких частот рецидивирования от 25 до 69 %, согласно рекомендациям экспертов герниологов XX Международного конгресса Европейского общества по грыжам (GREPA 1998 г.), должно использоваться только при небольших послеоперационных грыжах [9].



Используемый для пластики грыж синтетический материал должен отвечать необходимым требованиям и обладать биосовместимостью, прочностью, резистентностью к инфекции [3]. Такие свойства имеют монофиламентные полипропиленовые сетки. Эндопротезы из полипропилена общепризнаны как высококачественные, отвечающие всем современным требованиям. Естественно, что шовный материал должен отвечать тем же физико-химическим характеристикам [5].

За последние годы в Национальном хирургическом центре МЗ КР нами оперированы 86 больных грыжами брюшной стенки, у которых для пластики были использованы синтетические материалы. Показаниями к их применению являлись паховые, послеоперационные и рецидивные грыжи.

Возрастной состав больных: до 50 лет - 34, старше 50 лет - 54, в том числе старше 60 - 23 человека. Паховые грыжи имелись у 21 больных, из них рецидивные — у 7. С вентральными грыжами было оперировано 65 больных, в том числе с послеоперационными грыжами 50, среди которых с рецидивными грыжами.

Перед операцией больным проводилось необходимое клиническое обследование. При выявлении тяжелых сопутствующих заболеваний, представляющих высокий операционный риск, оперативное вмешательство считали непоказанным. Предоперационная подготовка заключалась в проведении гигиенических мероприятий, очищения кишечника (фортранс, дюфалак). С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений непосредственно перед операцией больному вводили антибиотик цефалоспоринового ряда третьего поколения и метронидазол. После операции инъекции антибиотиков продолжали на протяжении 5 суток.

Методика операции при срединных вентральных грыжах заключалась в следующем. Оперативное вмешательство осуществляли поэтапно с соблюдением четких последовательных действий. Иссекали кожу с подкожной клетчаткой в проекции грыжевого выпячивания вместе с послеоперационным рубцом. Выделение грыжевого мешка и его вскрытие обычно сопровождаются обширным отслоением краев кожной рапы и обнажением апоневроза брюшной стенки вокруг грыжевых ворот. Иссекали грыжевой мешок. Далее апоневроз рассекали по средней линии вверх и вниз через все мелкие дефекты, если таковые имелись. Как правило, края апоневроза в области грыжевых ворот представляют собой грубые, рубцово-измененные жгуты, непригодные для пластики и содержащие дремлющую инфекцию. Их следует мобилизовать из рубцов и иссечь. К грыжевому мешку и грыжевым воротам нередко бывают припаяны слепая кишка, петли кишечника. Последние необходимо отделить так широко, чтобы можно было произвести пальцевую ревизию брюшной стенки изнутри, для определения возможных дополнительных дефектов в апоневрозе. Если имелся спаечный процесс в брюшной полости, с частичным нарушением проходимости кишечника, то их тоже устраняли.

Далее отсепаровывали кожу передней брюшной стенки вместе с подкожной клетчаткой латерально с обеих сторон и производили рассечение полутора листов апоневрозов наружной и внутренней косых

мышц, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота в эпимезогастррии, с обеих сторон по Рамирес, что позволяет значительно уменьшить ширину грыжевого дефекта и сшить внутренние края прямых мышц практически без натяжения и тяжелых дыхательных расстройств в послеоперационном периоде и позволяет ликвидировать диастаз до 20 см [10]. Края грыжевого дефекта ушивали непрерывно полипропиленовой нитью край в край. Сверху накладывали полипропиленовую сетку "On lay" и фиксировали к апоневрозу передней брюшной стенки по краям непрерывным швом полипропиленовой нитью и несколькими узловыми. П - образными швами фиксировали по центру. Края сетки должны заходить за края ушитых грыжевых ворот на 5-6 см. Иссекали свободные края кожи с подкожной клетчаткой с обеих сторон, чтобы их можно было сшить без натяжения. Перед зашиванием брюшной раны подкожную клетчатку обязательно дренировали 1 - 2 дренажами с присоединением их к вакуумной системе типа Редон.

Из 65 пациентов, оперированных с применением полипропиленовой сетки, в послеоперационном периоде у 6 констатирована серома. У 2 больных отмечено нагноение подкожной клетчатки с расхождением краев апоневроза. У одного из них операция, направленная на устранение грыжи, сочеталась с иссечением огромного жирового фартука. В этом наблюдении имело место нагноение операционной раны с обнажением части площади сетчатого протеза. Регулярные промывания раны антисептическими растворами с введением в нее тампонов с мазью на водорастворимой основе (левомеколь) позволили купировать гнойное воспаление клетчатки. Рана зажила вторичным натяжением без рецидива грыжи. В другом наблюдении лечение нагноившейся раны сопровождалось частичным иссечением трансплантата и рана зажила также без рецидива грыжи.

При паховых грыжах у 12 больных использовали метод Лихтенштейна, у 5 больных произвели пластику из миниразреза по Дарси под местной анестезией и у 4 больных с двухсторонними паховыми грыжами производили закрытие внутреннего отверстия пахового канала модифицированным методом по Стоппа через поперечный разрез над лоном по Пфаненштилю [9].

У пациентов с паховой грыжей, оперированных с применением полипропиленовой сетки, послеоперационных осложнений не наблюдалось. Срок пребывания в стационаре больных вентральными грыжами в среднем не превышал 10 - 12 сут, при паховых грыжах 7-8 сут.

Приобретенный нами опыт использования синтетического материала для пластики грыж брюшной стенки свидетельствует о том, что данная технология, несомненно, более радикальна при лечении этого заболевания. Она позволяет устранять практически любые грыжи независимо от их размера и анатомического состояния тканей, расширяет показания к операции у больных с сопутствующим или фоновым заболеванием. Однако следует отметить, что все этапы операции - препаровка тканей, мобилизация слоев брюшной стенки, сама пластика - очень кропотливы и длительны по времени, требуют определенного навыка. Продолжительность оперативных вмешательств у больных с вентральной грыжей колебалась от 2 до 4 ч.

Мы считаем, что такие операции должна осуществлять постоянная бригада высококвалифицированных хирургов. Препятствием к внедрению новых технологий в хирургическое лечение грыж брюшной стенки является высокая стоимость расходного импортного материала (синтетическая сетка, шовный материал).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И. и соавт. «Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж», Самара, 2005.
2. Ботезату А. А. Хирургическое лечение больших и гигантских срединных послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки. Автореф. дисс. к.м.н., Москва. 2004.
3. Гостевский А.А. Обоснование и оценка эффективности новых материалов и методов новых материалов и методов в лечении послеоперационных вентральных грыж. Автореф. дисс. д.м.н., Санкт-Петербург. 2008.
4. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. М. Медпрактика. 2002.
5. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев И.В., др. Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 3: 18-21.
6. Жебровский В.В., Хирургия грыж живота. МИА, 2005.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М: Триада Х 2003. 144.
8. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 1: 11-14.
9. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Дисс. д. м. н. М., 2002.
10. Ramirez O.M., Giroto J.A. Closure of chronic abdominal wall defects: the components separation technique. In: R. Bendavid et al. (eds). Abdominal wall hernias: principles and management. New York: Springer-Verlag 2001; 487-496.