

**ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

Касымов А.А., Мусаев А.И.

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

Резюме. Даны результаты использования полипропиленовой сетки в пластике брюшной стенки у 119 больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. Осложнения после операции отмечены у одного (пневмония), что составило 0,84%. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: грыжи послеоперационные, рецидив, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, осложнения.

**КАЙРА КАЙТАЛАНГАН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ КУРСАК ЧУРКУНУН
ПЛАСТИКАСЫ**

Касымов А.А., Мусаев А.И.

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

Корутунду. 119 бейтаптын кайра кайталанган операциядан кийинки курсак чуркунун пластикасында медициналык полипропилендик торчонун колдонуудагы жыйынтыгы берилди. Операциядан кийин кабылдоо бир бейтапта аныкталды (пневмония), ал 0,84% түздү. Өлгөн учур болгон жок.

Негизги сөздөр: чурку, дарылоо, кабылдоо, аллопластика, оорунун кайталынышы.

**PLASTY OF ABDOMINAL WALL IN RECURRENCE POSTOPERATIVE
VENTRAL HERNIAS**

Kasymov A.A., Mysaev A.I.

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

Resume. There are results of polypropylent mesh using in plasty of abdominal wall of 56 patients with recurrens postoperative ventral hernias. There was only one complication (pneumonia), it consist 0,84%, without fatal outcome.

Key words: polypropelent mesh, hernia, ventral, treatment, complications, recurrence.

Введение.

Одной из важных проблем абдоминальной хирургии является лечение послеоперационных вентральных грыж, частота которых продолжает увеличиваться [3, 2, 4]. Это обусловлено тем, что все чаще и чаще возникают обширные, травматичные операции, возникновение пареза кишечника после этих операций является одной из причин возникновения послеоперационных вентральных грыж. Имеют значение и такие осложнения как серома, гематома и нагноение послеоперационных ран. В лечении послеоперационных вентральных грыж используется аутопластика брюшной стенки в различных вариантах, а также аллопластика с применением синтетических материалов [1, 5, 6, 7]. Однако все они не лишены такого недостатка как рецидив заболевания, частота которого колеблется от 20 до 54%. Необходимо отметить, что использование эндопротезов при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах существенно снизило частоту рецидива, тем не менее, окончательно проблема не решена.

Имеющиеся публикации основаны на небольшом клиническом материале, без освещения отдаленных результатов, поэтому трудно судить о целесообразности применения того или иного метода. Продолжаются разработки новых методов пластики и совершенствование уже существующих.

Цель работы: улучшить результаты лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы исследования.

В настоящей статье опубликованы результаты лечения 119 больных с рецидивными послеоперационными

вентральными грыжами, 63 из которых проведена аутопластика с традиционным методом фиксации аллотрансплантата – эта группа явилась для нас контролем. Основную группу составили 56 больных, которым проведена аллопластика с применением модернизированного метода фиксации полипропиленовой сетки. Распределение больных по полу и возрасту даны в таблице 1.

Из вышеуказанного следует, что рецидивом послеоперационных вентральных грыж страдают преимущественно люди старше 60 лет, больше женского пола.

При обследовании больных было выяснено, что грыжи рецидивировали дважды у 19, трижды - 1. Впервые рецидив наблюдался у 99 больных. Фактором возникновения рецидива грыж послужили нагноение раны у 4, гематома в области раны - 3, пневмония - 1, парез кишечника возник у 5. Рецидив грыжи в первые 6 месяцев после операции возник у 72, в течение года - 18, от одного года до двух лет - 23, а у остальных (6 чел) позже 2 лет после операции.

Грыжи средних (10 см) размеров были у 66 (55,4%), больших (до 20см) - 41 (34,6%) и гигантских (более 20 см) - 12 (10%) больных. При анализе операций выполненных до первой операции было установлено, что чаще грыжи возникали после операций выполненных у женщин по поводу гинекологических операций, после холецистэктомии, аппендэктомии и после заболеваний брюшной полости осложненных перитонитом.

В обследовании больных в момент поступления помимо общеклинических методов (анализ крови

Таблица 1.
Распределение больных по полу и возрасту

Группы	Пол	Всего		из них в возрасте				
		абс.	%	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60 лет
Контрольная	Муж.	29	46,1	1	1	3	2	22
	Жен.	34	53,9	-	2	4	5	23
Основная	Муж.	25	44,6	-	1	4	7	13
	Жен.	31	55,4	2	2	6	7	14
Итого	Муж.	54	45,4	1	2	7	9	35
	Жен.	65	54,6	2	4	10	12	37
Всего	абс.	119		3	6	17	21	72
	%	100,0						

электрокардиограмма (ЭКГ), свертываемость крови, флюорография органов грудной клетки) выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов и грыжевого мешка с целью исключения другой патологии внутренних органов и определения характера содержимого, размера грыжевых ворот. После операции УЗИ выполнялось для своевременного выявления осложнений, который проводился на аппарате фирмы "Logic" конвексным и линейным мультислотными датчиками 35-50-70 МГц.

Результаты и их обсуждения.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. К выбору пластики грыжевых ворот подошли строго индивидуально. При грыжах средних размеров удавалосьшить грыжевые ворота через все слои брюшной стенки узловыми швами, но учитывая, что это рецидив и наличие уже изменившихся тканей в области ворот, мы обязательно укрепили область шва дополнительными шовным материалом. Мы использовали макропористые монофиламентные полипропиленовые сетки фирмы "Stericat Gutstring LTD". Сетку брали таких размеров, чтобы она охватывала расстояние от шва не менее 3 см, укладывали на область шва и фиксировали к апоневрозу. Подкожную клетчатку дренировали микроиригатором и удаляли после прекращения выделений. Всем больным с целью профилактики гнойновосполительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно.

При грыжах больших размеров, после выделения грыжевого мешка вскрывали его, сращения рассекали, грыжевое содержимое вправляли в брюшную полость, грыжевой мешок рассекали, избыток его иссекали и ушивали. Полипропиленовую сетку выкраивали по размеру грыжевых ворот, фиксировали к грыжевым воротам непрерывным обивным швом с добавлением узловых. Добавочные узловы швы предотвращают дислокацию сетки в случае ослабления или прорезывания обивного шва. Подкожную клетчатку дренировали двумя микроиригаторами, один раз в сутки орошали озонированным раствором и удаляли после прекращения отделяемого. Контроль УЗИ для выявления участков скопления жидкости.

При гигантских послеоперационных грыжах пластику всегда выполняли с сохранением объема брюшной

полости для предотвращения таких осложнений, как парез кишечника, острая легочно-сердечная недостаточность.

Нами усовершенствован метод пластики:

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. Грыжевой мешок обрабатывался путем образования дубликатуры брюшины. Затем устанавливали полипропиленовую сетку в виде «заплаты», при этом не натягивая между собой края грыжевых ворот, фиксируем узловыми швами по периметру сетки. Далее дистальнее первичных швов на 2-3 см, накладываем второй ряд узловых швов, не дублирующих первый ряд швов (удостоверение на рационализаторское предложение № 12 от 280114).

Схематический рисунок усовершенствованного метода:

Использование нашего подхода к выбору пластики позволило добиться хороших результатов. В период операции осложнений не наблюдали. Ближайший послеоперационный период осложнился пневмонией у одного больного (0,84%). У остальных после операции течение заболевания проходило гладко, без каких либо осложнений.

Что касается болевого синдрома в послеоперационном периоде, то лишь в первые сутки назначали кетонал 2.0 внутримышечно, а в следующие сроки больные в обезболивающих средствах не нуждались. Температура тела оставалась в пределах нормы.

В послеоперационном периоде всем больным производили ультразвуковое мониторирование операционной раны для контроля трансудации жидкости.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста: через 2-3 часа после выхода из наркоза разрешали ходьбу, через 6-8 часов дыхательную гимнастику, повороты туловища.

Пребывание больных в стационаре составило 6.4 койко дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты в период от 6 до 12 месяцев исследованы у 79 больных, рецидива заболевания не обнаружено.

Таким образом, наши исследования показали, что улучшения результатов оперативного лечения рецидивных послеоперационных грыж можно добиться строгом дифференцированном подходе к выбору пластики грыжевых ворот.

Литература:

1. Агаев, Б.А. Лапароскопическая пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах [текст] / Б.А. Агаев, Э.Г. Рустамов, Г.А. Рустамов//Хирургия.-2009.-№9.-С.74-78

2. Андреев, С.Д., Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. [текст]/С.Д. Андреев, А.А. Адамян //Хирургия.-1991.-№10.-с.114-120

3. 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.-с76-78

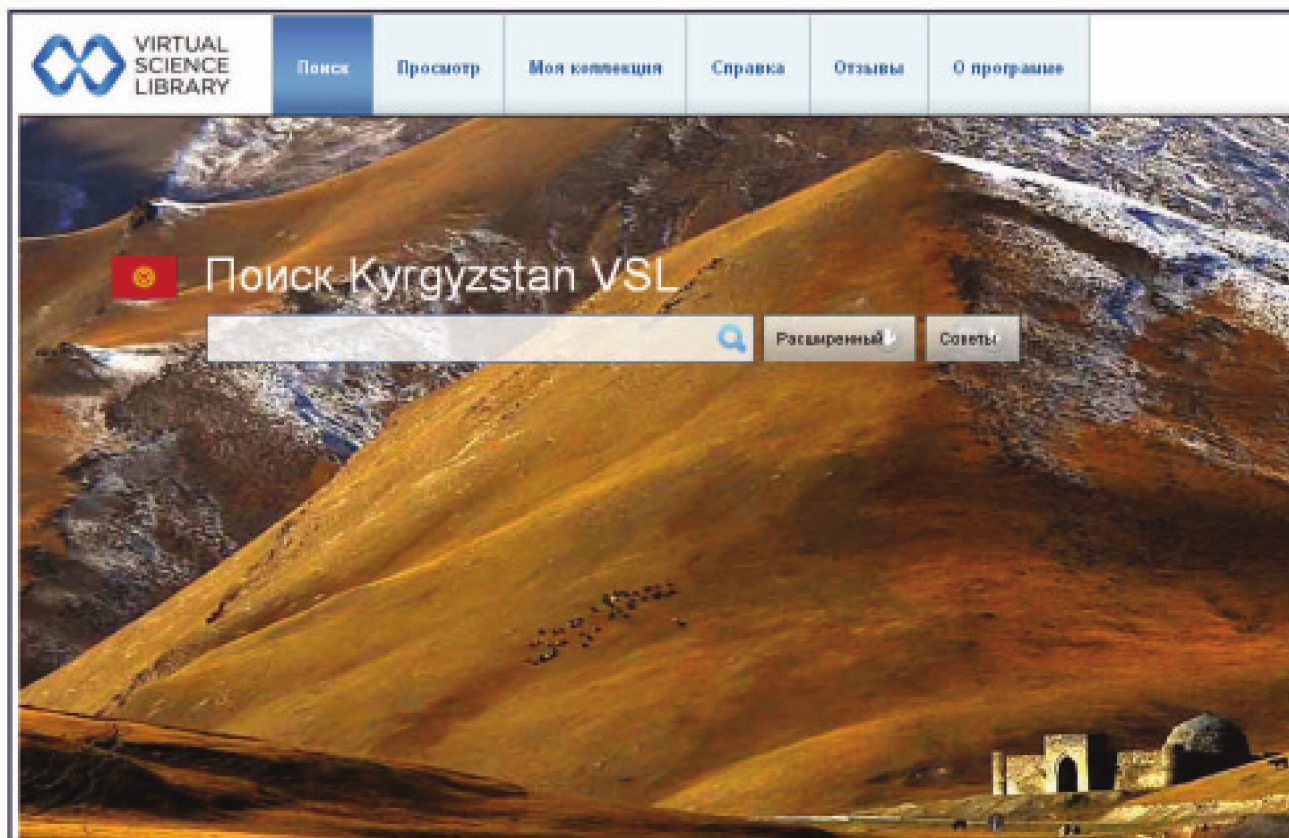
4. Ботезату, А.А. Аутодермапластика как альтернатива аллопластическому протезированию передней брюшной стенки[текст]/А.А. Ботезату//Вестник хирургии.-2012.-№1.с.102-105.

5. Нелюбин, П.С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами[текст]/П.С. Нелюбин, Е.А. Галота, А.В. Тимошин// Хирургия.-2007.-№7.-с.69-74

6. Майстренко, Н.А. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, возможности прогноза и путь профилактики[текст]/ Н.А. Майстренко, А.Н. Ткаченко//Вестник Хирургии.-1998.-№4.-с.130-135

7. Cassar,K. Surgical treatment of incisional hernia[текст]/К. Cassar//Br.y. surg.-2007.-№9.-с.534-545

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.