ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Рагимов В.А.¹, Рагимли Ш.И.¹

¹Азербайджанский медицинский университет, ул. Бакиханова 23, Баку, Азербайджан

Резюме: Хирургическое лечение больных с грыжами передней брюшной стенки остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. По поводу грыж, ежегодно в мире выполняются более 20 млн. операций. Актуальность и сложность проблемы состоят в том, что неадекватно выполненная операция по устранению грыжи, приводит к рецидиву заболевания в 14-54% случаев. Цель работы состоит в изучении результатов оперативного лечения больных с вентральными грыжами с применением сетчатых эндопротезов. Использованы результаты ретроспективного анализа 437 герниопластик, выполненных при грыжах различных локализаций за период с 2010 по 2014 г. Больные были классифицированы по локализации грыж и разделены на группы в зависимости от способов аллопластики. Продолжительность наблюдения за больными, оперированными применением полипропиленовой сетки составила от 6 месяцев до 3 лет. Был проведен анализ осложнений, развившихся после аллопластики паховых, послеоперационных, пупочных грыж и грыж белой линии живота. Наш клинический опыт подтверждает, что операция Лихтенштейна по праву считается в настоящее время «золотым стандартом» лечения паховых грыж. Однако, применение полипропиленовых сеток при лечении паховых грыж приводит к развитию осложнений в ранах после операции. Размещенный рядом с полипропиленовой сеткой лоскут брюшины играет роль внутреннего дренажа, предотвращает развитие в ранах сером. Использование нового приема аллопластики паховых грыж позволило снизить количество послеоперационных осложнений. Так же наилучшие непосредственные и отдаленные результаты дает аллопластика по способу sublay. У больных с послеоперационными грыжами оперированных методом sublay рецидивов не наблюдалось и у них отмечалось наилучшее качество жизни.

Ключевые слова: вентральная грыжа, аллопластика, эндопротез, onlay, sublay, inlay, Лихтенштейн, серома.

THE USE OF MESH ENDOPROSTHESIS IN SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIA

Ragimov V.A.¹, Ragimli Sh.I.¹

¹Azerbaijan Medical University, Bakikhanov Street 23, Baku, Azerbaijan

The resume: Surgical treatment of patients with ventral hernias remains an urgent problem in abdominal surgery. More than 20 million operations are performed annually in the world for hernias. The urgency and complexity of the problem is based on the fact that inadequately performed surgery leads to a recurrence of the disease in 14-54% of cases. The aim of the work is to study the results of surgical treatment of patients with ventral hernias using mesh endoprotheses. The results of a retrospective analysis of 437 hernioplasty performed with hernias of various localizations for the period from 2010 to 2014 were used. Patients were classified by hernia localization and divided into groups depending on the methods of alloplasty. The duration of observation of patients operated by using polypropylene mesh ranged from 6 month to 3 years. An analysis of the complications that developed after alloplasty of the inguinal, postoperative, umbilical hernias and hernias of the linea alba was carried out. Our clinical experience confirms that the operation of Liechtenstein is rightly considered to be the “gold standart” for the treatment of inguinal hernias. However, the use of polypropylene mesh in the treatment of inguinal hernias leads to the development of postsurgical wound complications. Placed next to the polypropylene mesh peritoneum flap plays the role of internal drainage, prevents the development of seromas in the wound. The use of a new inguinal alloplasty technique reduced the number of postoperative complications. Also, the best immediate and long-term results are obtained by alloplasty using a sublay method. In patients with postoperative hernias operated by sublay method, no recurrences were observed and they showed the best quality of life.

Key words: ventral hernia, retrospective studies, inguinal hernia, herniorrhaphy, polypropylenes, endoprotheses, seroma, surgical mesh, prosthesis design

Введение. Хирургическое лечение больных с грыжами передней брюшной стенки остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. По поводу грыж, ежегодно в мире выполняются более 20 млн. операций, что составляет от 10 до 21% всех оперативных вмешательств вообще [1, 2, 3]. Актуальность и сложность проблемы состоят в том, что неадекватно выполненная операция по устранению грыжи, приводит к рецидиву заболевания в 14-54% случаев [4, 5]. В поисках путей уменьшения частоты рецидивов I.L.Lichtenstein и соавт. разработали концепцию «ненатяжной» методики, что позволило уменьшить число рецидивов при лечении паховых и вентральных грыж [6, 7]. Укрытие дефекта апоневроза при вентральной грыже синтетическим протезом, наиболее рациональный способ герниопластики. При этом не возникает натяжения собственных тканей организма, протез прорастает прочной соединительнотканной капсулой, в послеоперационном периоде практически отсутствуют боли в зоне операции, наступает более ранняя трудовая реабилитация пациента [8].

При аллопластике возможны три способа расположения протеза по отношению к мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки: на апоневроз (onlay), под апоневроз (sublay), замещая дефект апоневроза (inlay) [9, 10]. Таким образом, при наличии многочисленных описаний разных способов размещения протеза при аллопластике грыжи отсутствуют четкие показания к их применению и единое мнение о предпочтении расположения имплантата в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Изучить результаты оперативного лечения больных с вентральными грыжами с применением сетчатых эндопротезов.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2010 г в хирургическом отделении городской клинической больницы №2 имени Эфендиева и за период с 2010 по 2014 г в хирургическом отделении больницы Азводстрой, являющихся базами кафедры III хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета, выполнены 437 герниопластик при грыжах различной локализации. При этом у 275 (62,93%) больных имели место паховые грыжи, у 86 (19,68%) - пупочные грыжи, у 67 (15,33%) - послеоперационные грыжи, у 6 (1,37%) - грыжи белой линии живота и у 3 (0,69%) больных бедренные грыжи. Из них у 226 (51,72%) выполнены герниопластики с применением сетчатых эндопротезов. Для аллопластики применялись сетчатые полипропиленовые эндопротезы фирмы «Этикон» размером от 6–11 см до 30–30 см. Эндопротез фиксировали по общепринятому способу узловыми или непрерывными полипропиленовыми швами.

Паховый канал протезировали способом Лихтенштейна, который выгодно сочетает простоту выполнения и надёжность. Однако, при этом, вокруг синтетического материала развивается тканевая реакция, сопровождающаяся выделением большого количества серозного экссудата, и формируются серома. Для устранения этого осложнения аллопластики, Мошкова Т.А., Олейник В.В. модифицировали способ Лихтенштейна и разработали методику внутреннего дренирования области протеза. («Способ пластики паховых грыж» патент на изобретение РФ №2300322 от 10.06.2007 г.) [11]. Для изучения эффективности традиционных и модифицированных способов аллопластики паховых грыж, мы сравнили результаты лечения в двух группах больных. Из произведенных 121 аллопластик по поводу паховых грыж традиционная методика способом Лихтенштейна была применена в 1-й контрольной группе 69 (57,02%) больных. Во 2-й группе, у 52 (42,98%) больных для аллопластики мы применили, модифицированную методику Мошковой Т.А.

По поводу послеоперационных, пупочных грыж и грыж белой линии живота аллопластики выполнены у 105 больных. Метод sublay был применен у 77 (73,33%) больных, inlay – 7 (6,67%), onlay – 21 (20%). У 89 (84,77%) больных - с выраженным

подкожно-жировым слоем рану дренировали по Радону. Из них у 75 (84,27%) больных дренаж помещали в месте расположения протеза, а у 14 (15,73%) в подкожно-жировом слое. Средняя длительность нахождения дренажа в ране составляла 3-4 суток. В послеоперационном периоде у этих больных производили посуточный учет количества и характера раневого отделяемого. Введение антибиотиков широкого спектра действия начинали до операции и продолжали в течение 4-5 суток после нее.

Результаты и обсуждение. Мы провели анализ осложнений, развившихся после аллопластики паховых, послеоперационных, пупочных грыж и грыж белой линии живота. Использование нового приема аллопластики паховых грыж позволило снизить количество послеоперационных осложнений. Всем больным на 5-7-е сутки после аллопластики паховых грыж мы произвели УЗИ операционных ран. Среди 52 (42,98%) обследованных больных, у которых при аллопластике паховых грыж использовали вышеописанный прием с применением лоскута брюшины, скопления серозной жидкости в операционной ране не отмечено ни в одном случае. Напротив, среди 69 (57,02%) больных, оперированных обычным способом, без формирования внутреннего дренажа у 8 (11,59%) больных в операционных ранах обнаружено скопление серозной жидкости. Это объясняется дренирующим действием лоскута брюшины, прилежащего к полипропиленовой сетке. За счет улучшения течения раневого процесса у больных 2-й группы сократилось среднее время пребывания в стационаре, также констатировано уменьшение длительности болевого синдрома после операции и более быстрая реабилитация.

Из 21 больных с послеоперационными грыжами, у которых полипропиленовая сетка была размещена над ушитыми грыжевыми воротами (способ onlay), осложнения в ране развились у 4 (19,05%) человек. Применение этого способа требует обнажения апоневроза на значительном протяжении с отделением подкожно-жировой клетчатки и пересечением большого количества лимфатических и кровеносных сосудов. При этом полипропиленовая сетка контактирует всей поверхностью с подкожно-жировой клетчаткой. Это создает благоприятные условия для развития в ране сером. Для их ликвидации использовали пункции под контролем УЗИ. Способ inlay был использован у 7 пациентов: полипропиленовую сетку фиксировали вокруг грыжевых ворот. Имплантат отграничили от подкожно-жировой клетчатки и внутренних органов брюшиной грыжевого мешка. У 1 больного нагноилась рана, а у другого больного образовалась серома. Мы старались ограничить выполнение пластики этим способом. Способ sublay был применен у 77 (73,33%) больных. Полипропиленовые протезы размещали над ушитой брюшиной, в предбрюшинной клетчатке под ушитыми грыжевыми воротами. У 1 больного нагноилась

рана. Длительность пребывания больных в стационаре после операции в среднем составила 5 дней .

Заключение. Наш клинический опыт подтверждает, что, операция Лихтенштейна по праву считается в настоящее время «золотым стандартом» лечения паховых грыж. Этот способ аллопластики прост, дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Однако, применение полипропиленовых сеток при лечении паховых грыж приводит к развитию осложнений в ранах после операции. Размещенный рядом с полипропиленовой сеткой лоскут брюшины играет роль внутреннего дренажа, всасывает продуцируемую тканями организма под воздействием протеза серозную жидкость. Это предотвращает развитие в ранах персистирующих сером, которые являются наиболее частыми осложнениями после аллопластики паховых грыж. Так же наилучшие результаты дает аллопластика по способу sublay. Показания к надапоневротическому размещению протеза (способ onlay) должны быть ограничены, способ может применяться лишь при небольших размерах протеза. Ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде дает возможность своевременно выявить и эвакуировать серомы, а в случае их инфицирования - выполнить санацию.

Список литературы:

1. Жолтиков В.В. Современные варианты паховой герниопластики у больных пожилого и старческого возраста. Клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Петербург. гос. мед. академия им. И.И.Мечникова. СПб, 2005, 25 с.
2. Курбонов К.М. Оптимизация диагностики и хирургического лечения паховых грыж // Вестник герниологии: Сб. науч. тр. М., 2004, с. 75-77
3. Милюков В.Е., Кисленко А.М. Этиология и патогенез первичной и рецидивной паховой грыжи // Клинич. медицина. 2005, №10, с.10-15
4. Korenkov M, Paul A, Sauerland S et al., Classification and surgical treatment of incisional hernia: results of an experts meeting // Langenbacks Arch. Surg., 2001, Vol. 386, p. 65-73
5. Vries Reilingh, T.S. H. van Goor, Rosman C. [et al.], "Components separation technique" for the repair of large abdominal wall hernias // J. Am. Coll. Surg., 2003, Vol. 196, p. 32-37
6. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia, Surg. Clin. North.Am. 1993, 73, p. 529
7. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., The tension free hernioplasty, Amer.J.Surg., 1989, vol. 165, p.369-371

8. Гадиев С.И., Джалилов Р.Ш., Аллопластика при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки, журнал Хирургия Азербайджанской Республики, г. Баку. 2005, №2, с. 20-23
9. Сурков Н.А., Заринская С.А., Виссарионов В.А. и др. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пролена в эксперименте. Анналы пластической, реконс-структивной и эстетической хирургии, 2002, №1, с. 52-61
10. Чистяков А.А., Богданов Д.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. М: Медицинское информационное агентство, 2005, 104 с.
11. Мошкова Т.А. Новые аспекты аллопластики грыж брюшной стенки. Диссертация доктор медицинских наук. Санкт-Петербург, 2009, 278 с.

Информация об авторах:

Рагимов Валех Аладдин оглы, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней III, Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, AZ1025, г. Баку, Низаминский район, пр. Бабек 111а. тел.: +994124703684, +994559346609, +994503525428, e-mail: rehimbuba@mail.ru.

Рагимли Шабнам Ибрагим кызы, ассистент кафедры хирургических болезней III, Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, AZ1000, г. Баку, Несиминский район, ул. М.Джафарова 10. тел.: +994125305347, +994558575409, email: sh.rehimli@gmail.com