

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.34-007.431-031

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ

С.Ю. Муравьев¹, А.В. Федосеев¹, С.С. Авдеев, А.И. Газуани¹, Е.В. Стрекалов²

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань (1)
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Рязань (2)

В статье описаны результаты исследования биомеханики пупочного кольца у больных с пупочной грыжей малых и средних размеров. В ходе работы установлено постоянство его формы и размеров, что, по мнению авторов, патогенетически оправдывает применение протезирующих методик. Предложен, разработанный авторами, метод внутривисцерального протезирования с умбиликопластикой для хирургического лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: пупочная грыжа, рецидив, биомеханика пупочного кольца, внутривисцеральное протезирование, умбиликопластика.

Необходимость дальнейшего изучения проблемы лечения пупочных грыж подтверждается малой освещенностью данного вопроса в современной литературе. За первые десять лет существования Российского общества герниологов,

данной категории пациентов посвящено 10 сообщений в журнале «Герниология» и материалах конференции «Актуальные вопросы герниологии», то есть всего 1,8% от общего количества публикаций (табл. 1).

Таблица 1

*Динамика публикаций о пупочных грыжах
Российского общества герниологов за 2002-2011 гг.*

Год	Всего публикаций	Публикации про пупочные грыжи
2002	69	0
2006	49	0
2008	62	2
2009	76	1
2010	122	2
2011	176	5

По данным авторов частота рецидивов после лечения пациентов с пупочными грыжами колеблется от 2,8% до 22%, в среднем составляя 10,3%. Частота рецидивов в РФ представлена в таблице 2.

По литературным данным в России за период с 2002 по 2012 гг. распространенность пластики пупочного кольца местными тканями в среднем составила 61,6%, а применения сетчатых имплантатов – 51,6%.

Цель исследования: разработка мининвазивного и патогенетически обоснованного метода коррекции пупочного кольца.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе кафедры общей хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Таблица 2

Частота рецидивов после лечения пациентов с пупочной грыжей

Автор	Год публикации	Частота рецидива
А.В. Подергин, В.Л. Хальзов [4]	2006	2,8%
Ботезату А.А. [1]	2010	20%
Ждановский В.В. и соавт. [2]	2006	4,05%
Власов В.В. и соавт. [3]	2006	4,3%
Седов В.М. и соавт. [5]	2010	22%

Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В исследование было включено 45 пациентов с пупочными грыжами, проходивших плановое оперативное лечение. Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 11,4$ года ($M \pm \sigma$). Период грыженосительства в среднем составил $13,4 \pm 6,1$ года ($M \pm \sigma$). В исследование включены 22 пациента с грыжевым выпячиванием малых (до 3 см) и 23 пациента с грыжей средних размеров (3-5 см).

В предоперационном периоде всем обследуемым пациентам выполнялось ультразвуковое сканирование пупочной грыжи. Исследование проведено на аппарате Siemens Acuson X300 с разрешением 10 МГц у пациентов, лежащих на спине, в двух позициях: в покое и при напряжении прямых мышц (положение с поднятой головой). Оценивались: форма и размеры пупочного кольца. Грыжесечение завершалось протезированием пупочного кольца и умбиликопластикой по методике кафедры (приоритетная справка №2013141762 от 10.09.2013 г.). В качестве сетчатого имплантата использовалась полипропиленовая сетка.

Результаты и их обсуждение

В ходе ультразвукового сканирования пациентов выделены две формы грыжевого мешка: грушевидная и куполообразная.

У больных с грушевидной формой грыжевого мешка размеры грыжевых ворот (пупочного кольца) в покое варьировали от 0,8 до 3,2 см, при средних значениях – $1,96 \pm 1,24$ см. При физической нагрузке среднее значение составило $1,84 \pm 0,86$ см.

У больных с куполообразной (натянутой над грыжевыми воротами) формой грыжевого мешка высота «купола» в по-

кое варьировала от 1 см до 3 см, что в среднем составило $1,91 \pm 0,98$ см. Ширина грыжевого мешка при повышении внутрибрюшного давления не изменялась, и в среднем составила $2,94 \pm 1,47$ см.

Независимо от тренированности исследуемого человека, изменения в размерах пупочного кольца в покое и при напряжении мышц брюшной стенки изменялись незначительно. По результатам исследования выявлено, что у человека при напряжении прямых мышц отмечается сужение пупочного кольца, которое в среднем составляет $0,41 \pm 0,22$ см ($M \pm \sigma$).

Таким образом, постоянство формы пупочного кольца, сохраняющееся при напряжении прямых мышц живота, подтверждает оправданность протезирования пупочного кольца.

В лечении пациентов с пупочной грыжей малых и средних размеров мы используем методику лечения, разработанную нами на базе кафедры общей хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оперативное пособие выполнялось преимущественно под местной (инфильтрационной 0,5% раствором новокаина; круговой блокадой наропином концентрацией 7,5 мг/мл) или проводниковой (спинномозговой) анестезией.

Способ протезирования осуществляется следующим образом: производим циркулярный разрез кожи в пределах пупочного кольца с иссечением кожных

излишков (рис. 1). При манипуляциях с грыжевым мешком, для минимальной травматизации мягких тканей, на края сформированного доступа накладываем четыре лигатуры-держалки. Тупым и ост-



Формирование доступа к грыжевому мешку

рым путем тщательно, но максимально сохраняя апоневротический слой, выделяем грыжевой мешок до его основания. Затем его вскрываем и погружаем содержимое в брюшную полость (рис. 2).

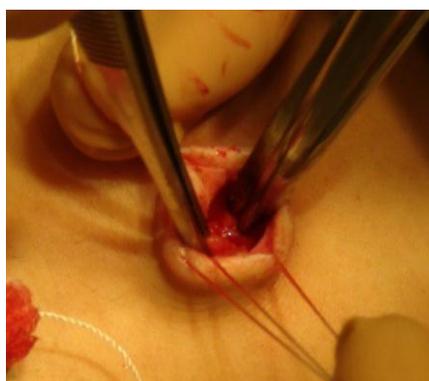


Рис. 1. Манипуляции с грыжевым мешком

Сам грыжевой мешок резецируем у шейки, с погружением его культи в подапоневротическое пространство. Аккуратно отделяем брюшину от

апоневроза, освобождая его край на 1 см (рис. 3). Эта величина соответствует сухожильным волокнам пупочного кольца.

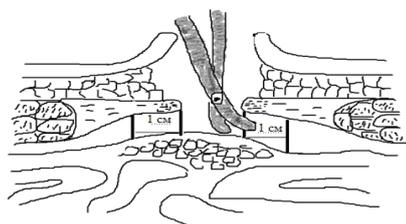


Рис. 3. Формирование площадки для имплантации эндопротеза

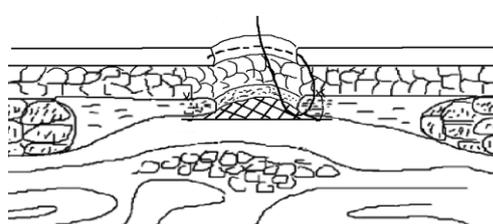


Рис. 4. Фиксация эндопротеза

Следующим этапом сетчатый имплантат выкраиваем по размеру пупочного кольца, с учетом границ отслоенного апоневроза. Затем располагаем его под пупочным кольцом в преперитонеальном пространстве, фиксируя за апоневроз контралатерально четырьмя П-образными швами (рис. 4).

края сформированного доступа накладываем внутрикожный кисетный шов, используя рассасывающийся шовный материал. В завершении один конец нити пропускаем через апоневроз края пупочного кольца (рис. 5). При затягивании нитей происходит одновременное сведение кожных краев доступа с их погружением. Таким образом, образуется пупочная кожная складка, имитирующая естественную (рис. 6).

В завершении операции формируем новый пупок. Умбиликопластика подразумевает следующие моменты. На

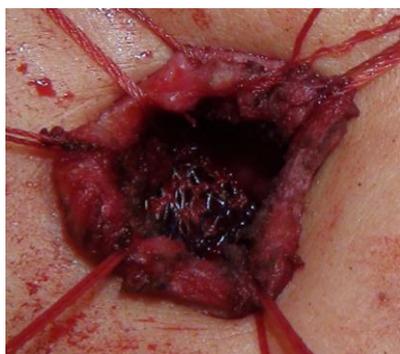


Рис. 5. Формирование кожной складки



Рис. 6. Вид после операции

Длительность операции составила 20-45 минут, что в полной мере соответствует требованиям амбулаторной службы. При лечении с стационаре в течение 1-3 дней контролируется заживление раны, состояние швов, после чего пациент выписывается домой. Обезболивание в послеоперационном периоде производится по требованию пациента, в среднем составляя 1-2 инъекции кеторолака (кеторол) 1,0 в/м в сутки.

Длительность наблюдения за прооперированными пациентами на данном этапе составляет от 0,5 до 6 лет. Осложнений и рецидивов мы не наблюдали. При этом ни один из пациентов в отдаленном периоде не отмечал боль или чувство инородного тела в зоне послеоперационного рубца.

Выводы

1. Вопросы лечения пациентов с пупочной грыжей в России на сегодняшний день являются актуальными, так как частота рецидивирования пупочного грыженосительства сохраняется высокой – 2,8-22%.

2. Пупочное кольцо ригидно. При сокращении прямых мышц наблюдается сужение пупочного кольца, в среднем лишь на $0,41 \pm 0,22$ см, а при их расслаблении пупочное кольцо восстанавливает свою форму.

3. Любые модификации пластики местными тканями ликвидируют пупочное кольцо, что сопровождается натяжением тканей и может приводить к рецидиву заболевания. Учитывая этот факт,

методом выбора в лечении пациентов с пупочной грыжей должно быть протезирование пупочного кольца.

4. Ввиду малоинвазивности, отсутствия необходимости применения наркоза, сокращения сроков временной нетрудоспособности и отличного косметического эффекта методика внутривентрального протезирования с умбиликопластикой может быть применима для лечения больных с грыжами малых и средних размеров, как в условиях стационара, так и амбулаторного центра.

Литература

1. Ботезату А.А. Хирургическое лечение пупочных грыж у взрослых / А.А. Ботезату // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2010. – С. 51-53.
2. Ждановский В.В. Амбулаторный опыт использования трехмерных конструкций при лечении паховых и пупочных грыж / В.В. Ждановский // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2006. – С. 87-90.
3. К ретромускулярной аллопластике грыжевых ворот пупочной грыжи / В.В. Власов [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2006. – С. 44-47.
4. Подергин А.В. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой / А.В. Подергин, В.Л. Хальзов // Вестник герниологии / под ред. А.Д. Тимошина, А.Л. Шестакова. – М., 2006. – Вып. 2. – С. 149-152.

5. Седов В.М. Послеоперационные вентральные грыжи / В.М. Седов. – СПб.: Человек, 2010. – 162 с.
6. Хирургическое лечение ущемленных грыж / А.П. Власов [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2002. – С. 9-10.

**MODERN TECHNOLOGIES OF TREATMENT OF PATIENTS
WITH UMBILICAL HERNIA**

S.Y. Muraviev, A.V. Fedoseev, S.S. Avdeev, A.I. Gazuani, E.V. Strekalov

This article describes the results of research of an umbilical ring biomechanics in patients with umbilical hernia of the small and medium sizes.

During work constancy of its form and the sizes is established that, according to the authors, pathogenetic justified of the use of prosthetic techniques. Proposed and developed by authors the method of intraumbilical preperitoneal prosthetics for surgical treatment of patients with this pathologies.

Keywords: umbilical hernia, recurrence, biomechanics of the umbilical ring, intraumbilical preperitoneal prosthetics, umbiloplastics.

Федосеев А.В. – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: 8 (4912) 76-55-18.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com.

Муравьев С.Ю. – канд. мед. наук, доц. кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: 8 (4912) 76-55-18.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com.

Авдеев С.С. – ординатор 2 года обучения кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: 8 (4912) 76-55-18.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com.

Газуани А.И. – очный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: 8 (4912) 76-55-18.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com.

Стрекалов Е.В. – хирург отделения лапароскопической хирургии, врач приемного покоя ГБОУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Рязани.

390013, г. Рязань, ул. Дзержинского, 11.

Тел.: 76-45-97.