

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Ю.И. КАЛИШ, Л.З. АМЕТОВ, А.Р. ШАЮСУПОВ

Immediate results of allogemiooplasty at patients with strangulated ventral hernias

Y. I. KALISH, L. Z. AMETOV, A. R. SHAYUSUPOV

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Изучены ближайшие результаты аллогерниопластики с использованием лазеров у больных с ущемленными грыжами. С 2005 по 2007 гг. прооперирован 31 пациент с ущемленными вентральными и паховыми грыжами. У 20 грыжи были послеоперационными. В 12 случаях отмечен рецидив заболевания после ранее перенесенных герниопластик. Размер грыжевых ворот в среднем составил $121 \pm 9,2 \text{ см}^2$. В 9 случаях выполнена резекция ущемленного органа. Перед установкой протеза зону имплантации и мобилизованную клетчатку облучали расфокусированным лучом CO_2 лазера. Имплантация сетки проводилась в надпоясничной позиции (23), предперитонеальной (3), интраабдоминальной (1), в 3 случаях выполнена операция Лихтенштейна. В 2 наблюдениях отмечено нагноение послеоперационной раны без отторжения имплантата. Рана зажила вторичным натяжением. В остальных случаях рана зажила первичным натяжением. При ущемленных грыжах аллопластика является операцией выбора и позволяет ликвидировать дефект без натяжения. Использование высокоэнергетических лазеров на этапах операции позволяет проводить имплантацию протеза на фоне воспалительных изменений грыжевого мешка и окружающих тканей (за исключением флегмоны), возникающих вследствие кишечной непроходимости или некроза содержимого грыжевого мешка.

Immediate results of allogemiooplasty with the use of laser at patients with strangulated hernias were studied. From 2005 to 2007 thirty one patients with strangulated ventral hernias and inguinal hernias have been operated on. Twenty patients had postoperative hernias. In twelve cases relapse happened after the hernioplasties conducted before. The size of the hernial hilus on average was $121 \pm 9,2 \text{ cm}^2$. In nine cases resection of the strangulated organ was performed. Before placing prosthetic device, zone of implantation and mobilized cellular tissue were irradiated with the defocused CO_2 laser beam. The implantation of the allogenic graft was carried out in over-aponeurotic position (23 cases), fore-peritoneal position (3 cases), intraabdominal position (1 case), and in 3 other cases operation of Lichtenstein was realized. In two cases of all festering of the postoperative wound without allograft rejection was observed. The wound healed by secondary intention. In the rest of the cases the wound healed by primary intension.

In cases of strangulated hernias alloplasty is the operation of choice, and it allows liquidating the defect without tension. Usage of the highly-energetic lasers on certain stages of operation allows to carry out the allogenic graft implantation despite the inflammatory modifications of the hernial sac and surrounding tissues (excluding the phlegmon), which appeared as a result of intestinal obstruction, or necrosis of the hernial bag contents.

Ущемленные грыжи занимают третье место среди причин оперативных вмешательств в экстренной хирургии. Высокая послеоперационная летальность, которая колеблется от 10 до 30% [5, 10, 17], обусловлена рядом объективных причин. Известно, что исход лечения ущемленной грыжи прямо пропорционален времени, прошедшему от момента ущемления до обращения в лечебное учреждение. Большое значение имеет возраст пациентов, наличие сопутствующих заболеваний. Ущемление полых органов (16–21%) зачастую осложняется острой кишечной непроходимостью, либо некрозом ущемленной петли с развитием перитонита, в диагностике которых основными методами являются рентгеноскопия и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости [1, 6, 7, 9, 10, 14].

При оперативном лечении ущемленной грыжи важен выбор способа закрытия дефекта брюшной стенки, часто проводимого в инфицированных условиях. Традиционная «натяжная» пластика грыжевых ворот местными тканями, к сожалению, эффективна лишь при небольших грыжах и у лиц молодого и среднего возраста [15]. У пациентов с обширными, гигантскими и, как правило, рецидивными грыжами, наиболее часто осложняющимися ущемлением, возврат заболевания достигает 40–60% [3, 4, 12, 13].

Компрессирующая, натяжная аутопластика при гигантских и «невмещающихся» грыжах подчас приводит к развитию фатального абдоминального компартмент-синдрома (АКС) [16]. Поэтому у этих больных целесообразнее применять герниопластику «без натяжения» с применением современных полимерных материалов.

Считают, что использование трансплантатов увеличивает риск возникновения раневых осложнений, а в ряде случаев возможно их отторжение [11, 18].

Хирургическое лечение грыж в условиях инфицирования – наиболее сложная проблема герниологии, связанная с высоким риском развития раневой инфекции, вследствие рецидива грыжи [9].

Целью нашего исследования явилось изучение ближайших результатов аллогерниопластики и использования лазерных технологий у больных с ущемленными грыжами.

Материал и методы

В отделении лазерной хирургии РСЦХ им. акад. В. Вахидова с 2005 года у больных с ущемленными грыжами используется аллогерниопластика пропиленовым эндопротезом. В 2005 – 2007 гг. нами прооперирован 31

пациент, из них 5 мужчин и 26 женщин. Средний возраст – 56±2,3 года. 9 пациентов доставлены машиной скорой помощи, 17 обратились самоотеком и у 5 ущемление наступило в стационаре. В сроки до 12 часов от начала ущемления в клинику поступили 6 больных, от 12 до 24 ч – 10, спустя сутки – 10. Среднее время от момента ущемления до обращения в стационар составило 34,2±4,8 часа. У 19 (61%) больных имелись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз, сахарный диабет и др. У 4 пациентов отмечалась сопутствующая хирургическая патология органов брюшной полости и малого таза: хронический калькулезный холецистит у 2, фибриомы матки у 2. Одним из факторов, предрасполагающих к образованию грыжи, является избыточная масса тела. Ожирением различной степени страдали 25 (80,6%) больных, из них I степени – 6 (24%), II – 9 (36%), III – 10 (40%).

С послеоперационной вентральной грыжей (ПВГ) было 20 (65%) больных: 6 – с обширной, 14 – с гигантской. С пупочной грыжей было 7 (22,6%), с паховой грыжей – 4 (12,4%) больных.

У 8 (40%) пациентов с ПВГ в анамнезе имелось раневое осложнение, связанное с ранее перенесенной операцией. У 12 (39%) больных отмечен рецидив заболевания после «натяжных» методов герниопластики.

При поступлении больным проводилось стандартное обследование (клинико-биохимические анализы, функциональное и рентгенологическое исследование), а также УЗИ содержимого грыжевого мешка и размеров дефекта апоневроза. У всех пациентов имелась клиника кишечной непроходимости, которая подтверждена рентгенологическим исследованием органов брюшной полости в 13 случаях. Всем проводили УЗИ, на котором визуализировали содержимое грыжевого мешка, наличие или отсутствие грыжевых вод и размер дефекта апоневроза.

Результаты и обсуждение

Больные оперированы в режиме повышенного соблюдения всех правил антисептики, заключающихся в антибиотикопрофилактике, обкладывании раны и грыжевого мешка тампонами, смоченными в антисептических растворах.

После выделения и вскрытия грыжевого мешка в 81% случаев отмечалось испечение грыжевых вод. В грыжевом мешке имелись явления воспаления, характеризующиеся отеком и инфильтрацией стенок мешка. Визуально оценивалось состояние грыжевого мешка и грыжевых ворот. Размер грыжевых ворот колебался от 35 до 200 см², в среднем 121±9,2 см². У 6 больных обнаружены лигатурные гранулемы, а у одной пациентки осумкованный туберкулез.

Ущемленными были большой сальник (9), тонкая кишка (17), толстая кишка (2). В связи с этим выполнены резекция некротизированного сальника (5), тонкой кишки (4). В 3 случаях произведены симультанные операции: холецистэктомия (2) и экстирпация матки по поводу фибриомы, осложненной кровотечением (1).

Всем больным с пупочными и послеоперационными вентральными грыжами перед имплантацией сетки апоневроз и мобилизованную подкожно-жировую клетчатку облучали углекислотным лазером в расфокусированном режиме на установке «Скальпель-1»,

мощность 25 Вт, время экспозиции 1 с на 1 см². Обнаруженные лигатурные гранулемы обрабатывались углекислотным лазером до карбонизации и испарения.

Герниопластика с имплантацией полипропиленового эндопротеза («Ethicon», «Эфил») произведена в различных позициях: в надпоясничной (23), передпоясничной (3) и интраабдоминальной (1). В 3 случаях по поводу рецидивной паховой грыжи выполнена операция Лихтенштейна. 1 больному с гигантской пахово-мошоночной грыжей имплантация протеза была противопоказана ввиду развившейся флегмоны грыжевого мешка.

Операция заканчивалась дренированием подкожно-жирового пространства над сеткой по Редону. Дренажи удалялись на 4-е сутки.

В послеоперационном периоде на 4-, 7- и 10-е сутки проводили УЗИ послеоперационной раны. У 4 больных выявлены экзонегативные, жидкость содержащие очаги. В 1 случае отмечалась длительная экссудация из послеоперационной раны с расхождением кожных швов. В 2 наблюдениях имело место нагноение послеоперационной раны, которая зажила вторичным натяжением. Отторжения имплантата не было. У остальных пациентов рана зажила первичным натяжением. Послеоперационная летальность составила 6,5%. Причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии на фоне проводимой антикоагулянтной терапии.

Решение об оперативном лечении ущемленной грыжи принималось на основании субъективных (боль в области грыжи, болезненность при пальпации грыжевого мешка) и объективных признаков (клиника острой кишечной непроходимости). Однако определение наличия или отсутствия ущемления кишки или пряди сальника у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией не всегда возможно [9].

В наших наблюдениях рентгеноскопия органов брюшной полости подтвердила клинику острой кишечной непроходимости у 13 из 31 больного. УЗИ выявило экссудат в грыжевом мешке и содержимое (петля кишечника, сальник).

Использование синтетических трансплантатов при герниопластике «без натяжения» позволяет избежать образования дефицита брюшной полости, и тем самым, предотвратить кардиогуморальные расстройства в послеоперационном периоде без специальной адаптационной подготовки больных, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями.

Для профилактики микробной контаминации предложены различные способы, из которых традиционной является антибиотикотерапия. Разработаны схемы использования антибиотиков до операции с продолжением антибиотикотерапии в послеоперационном периоде [2, 8].

Однако широкая мобилизация подкожно-жировой клетчатки приводит к нарушению крово- и лимфообращения, расстройству микроциркуляции, что не позволяет достичь должной концентрации антибиотиков в зоне имплантации [2].

Использование высокоэнергетического углекислотного лазера (CO₂) интраоперационно позволяет достичь бактерицидного эффекта в ране, а его работа в одномодовом режиме (гауссова мода) стимулирует процессы регенерации, что приводит к ускоренной

интеграции сетки в окружающие ткани.

У больных с ущемленными вентральными грыжами применение углекислотного лазера позволяет выполнить имплантацию протезов. При этом воспалительные изменения, развивающиеся на фоне острой кишечной непроходимости или вследствие некроза содержимого грыжевого мешка (за исключением флегмоны), не являются противопоказанием к аллогерниопластике и имплантации протезов из полипропилена.

Выполнение симультанных операций оправдано, так как избавляет от необходимости повторного вмешательства и возможных осложнений, позволяет достичь одномоментного излечения двух и более заболеваний.

Выводы

1. При ущемленных обширных, гигантских, рецидивных вентральных грыжах операцией выбора является аллогерниопластика.

2. Показанием к использованию трансплантата служит невозможность ликвидировать дефект без натяжения.

3. Надапоневротическая (onlay) установка протеза при пластике ущемленных грыж наиболее оправдана с практической точки зрения как требующая меньшей затраты времени.

4. Использование высокоэнергетических лазеров у больных с применением аллогерниопластики в условиях инфицирования снижает число раневых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атаев С.Д., Абдуллаев М.Р., Атаев Д.С. Ущемленные грыжи, осложненные острой кишечной непроходимостью. Новые технологии в хирургии: Тез. докл. междунар. хир. конгресса 2005; 388.
2. Гостищев В.К., Смелянский В.В. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии. Хирургия 1997; 8: 11-15.
3. Египев В.Н. и др. Натяжная герниопластика. М Медпрактика 2002.
4. Еркин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д., Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. СПб 1999; 201-209.
5. Киритов С.В. Ультразвуковая диагностика ущемленных грыж живота. Новые технологии в хирургии. Тез. докл. междунар. хир. конгресса - 2005; 406.
6. Коненко Н.Г., Кашенко Л.Г., Бутаев В.И. и соавт. Ущемленные грыжи брюшной стенки. Новые технологии в хирургии: Тез. докл. междунар. хир. конгресса 2005; 407.
7. Костюченко А.Л., Бельских А.Н., Тулупов А.Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. СПб Фолиант 2000.
8. Мариев А.И., Ушаков Н.Д., Шкриков В.А., Иванова А.М. Послеоперационные вентральные грыжи. Петрозаводск 2003.
9. Нестеренко Ю.А., Швский О.Л., Результаты лечения ущемленных грыж. Хирургия 1993; 9: 26.
10. Петрова Е.А., Зуева Л.Л., Еремин С.Р., Колосовская Е.Н. Эпидемиологический анализ возникновения случаев инфекции в области хирургического вмешательства после операции грыжесечения. Амбулаторная хирургия 2002; 1: 68-70.
11. Саенко В.Ф., Бемянский Л.С., Манойло Н.В. Современные направления открытой пластики грыжи

брюшной стенки. Клин хир 2001; 6: 59-64.

12. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 1: 11-14.

13. Харитонов С.В., Кузнецов Н.А., Зинякова М.В. Ультразвуковое исследование в оптимизации диагностики ущемленных грыж передней брюшной стенки. Новые технологии в хирургии: Тез. докл. междунар. хир. конгресса 2005; 445.

14. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яценко М.Н. и др. Брюшные грыжи. Киев Здоров'я 1995.

15. Bailly J., Schmidbauer S., Hallfeldt K. The use of an underlay polypropylene mesh in complicated incisional hernias: successful French surgical technique. Minerva Chir 2001; 56 (1): 111-117.

16. Millikan K.W., Deziel D.J. The management of hernia. Consideration in cost effectiveness. Surg Clin N Amer 1996; 76(1): 105-116.

17. Schupelick., Klinge U. Intermediate follow-up results of sublay polypropylene repair in primary and recurrent incisional hernias. In: Incisional hernia; Ed. V. Schupelick, A.N. Kingsnorth. Berlin - Heidelberg: Springer-Verlag 1999; 313-322.

18. White T.J., Santos M.C., Thompson J.S. Factors affecting wound complications in repair of ventral hernias. Am Surg 1998; 64 (3): 276-280.

Жисилган вентрал чурралари

бўлган беморларда

аллогерниопластика амалиётининг

яқин муддатлардаги натижалари

Ю.И. Калиш, Л.З. Аметов, А.Р. Шахсупов

Акад. В. Вахидов номли Республика

ихтисослаштирилган хирургия маркази

Жисилган чурралари бўлган беморларда лазер ёлланган молда бажарилган аллогерниопластика амалиётининг яқин муддатлардаги натижалари гртаниди. 2005-2007 йиллар мобайнида ушбу касаллик бўйича жами 31 беморда операция бажарилган. Шу жумладан 20 нафар беморда операциядан кейинги чурралар бўлган, 12 молда эса - аввал бажарилган герниопластикадан снг рецидив кузатилган.

Чурра дарвозасининг глчами гртача 121±9,2 см² бўлган 9 нафар беморда исилган аъво резекция иилинган. Протезни грнатишдан олдин имплантация соласига ва мобилизация иилинган тгималарга СО₂-лазернинг фокусизлантирилган нури билан ишлов берилган. 23 беморда тгр апоневроз устига, 3 беморда корин пардаси устига ва 1 та молда интраабдоминал позицияга грнатирилган. Бундан ташқари 3 молда Лихтенштейн операцияси бажарилган. Амалиётдан снгги даврда 2 молда операциядан кейинги жарохатнинг йиринглаши ва уларнинг иккиламчи битиши йайд этилган.

Жисилган чурраларда аллопластика амалиёти операциянинг танланган усули рисоибланади ва нусонни йгйиш имконини беради. Операция босилчларида юйори энергияли лазердан фойдаланиш протез имплантациясини ичак туттилиши ёки чурра йопчаси ичдаги аъзонинг некрози натижасида юзага келадиган чурра йопчаси ва унинг атрофидида тгималарининг яллиланиши шароитида (флегмонадан ташқари) дам бажариш имконини беради.