

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОД- И НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

В.В.ТИТОВ, А.Л.ШЕСТАКОВ, А.Г.ИНАКОВ, И.И.КАЛАЧЕВ, А.Д.ТИМОШИН

Comparative assessment of infra- and over-aponeurotic plastics of the front abdominal wall at patients with the postoperative ventral hernias

V.V.TITOV, A.L.SHESTAKOV, A.G.INAKOV, I.I.KALACHEV, A.D.TIMOSHIN

ГУ Российской научный центр хирургии РАМН им. акад. Б.В. Петровского, Москва

В статье проведено сравнение двух методик пластики передней брюшной стенки (над- и подапоневротической) у 60 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Авторы пришли к выводу, что сетчатый протез предпочтительно располагать подапоневротически. Это позволяет значительно снизить количество местных осложнений, сократить сроки госпитализации и реабилитации больных как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Пластика с надапоневротической фиксацией протеза должна стать резервной и выполняться только по строгим показаниям при невозможности подапоневротического расположения протеза.

Given article provides comparative assessment of two methods of the front abdominal wall plastics (infra- and over-aponeurotic). Study group consists of sixty patients with the postoperative ventral hernias. The authors arrived to the conclusion that allogenic graft should be placed in infra-aponeurotic position. It allows to reduce considerably the number of local complications as well as the periods of hospitalization and both immediate and follow up rehabilitation. Plastics which supposes over-aponeurotic fixation of the prosthesis should become a second priority and should be conducted on the basis of strict prescription in case when infra-aponeurotic placement of the prosthesis is impossible.

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж – актуальная проблема абдоминальной, реконструктивной и косметической хирургии. Разнообразие используемых традиционных способов грыжесечения, а также появление новых методов и применение различных сетчатых протезов диктуют необходимость алгоритма выбора оптимальной операции для конкретного больного.

В настоящее время существует три основных варианта расположения протеза при пластике послеоперационной грыжи передней брюшной стенки. При над-апоневротической методике, или «onlay» производится сшивание дефекта апоневроза край в край, а затем поверх шва укладывается протез (для этого подкожная клетчатка отсекается на 5–6 см в каждую сторону) и подшивается к апоневрозу. Подапоневротическая (ретромускулярная и предбрюшинная) методика, или «sublay» заключается в том, что края апоневроза после фиксации протеза к брюшине или к задней стенке влагалища прямых мышц живота сшиваются между собой край в край. Под методикой «inlay» понимается пластика дефекта брюшной стенки протезом (частично или полностью) без его закрытия тканью апоневроза. Этот вариант применяется в основном в тех случаях, когда свести края грыжевых ворот невозможно или опасно из-за возможности развития сердечно-легочных осложнений, связанных с уменьшением объема брюшной полости, особенно у пациентов с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями.

Мы провели сравнение двух методик пластики передней брюшной стенки: над- и подапоневротической, поскольку в обоих случаях дефект апоневроза ушивается край в край.

Ранее считалось, что наиболее предпочтительным является способ надапоневротической фиксации полипропиленового протеза. Эта методика проста, однако ей присущ ряд недостатков, которые могут привести к увеличению количества раневых осложнений. Мы считаем, что с точки

зрения частоты развития послеоперационных осложнений абсолютно безопасен и более физиологичен способ «sublay». При данной методике отсутствует необходимость мобилизации краев апоневроза, которая в свою очередь может приводить к микроциркуляторным нарушениям в тканях и формированию достаточно большой остаточной полости.

В настоящее время в мировой практике «золотым стандартом» считается рандомизированное контролируемое исследование с двойным или тройным «слепым» контролем. Оно относится к так называемому I классу исследований, результаты которого не вызывают сомнений. Мы провели оценку результатов не только ретроспективного, но и двойного слепого рандомизированного исследования, воспользовавшись методом конвертов, при котором участники рандомизированно распределялись по группам. Конверты были перемешаны, брались по порядку и вскрывались третьим лицом непосредственно в ходе операции.

Все больные до операции были предупреждены о том, что метод пластики будет выбран во время операции. Пациенты имели право сами выбирать метод лечения либо отказаться от участия в исследовании. В наших исследованиях таких случаев не возникало.

Все пластики выполнялись сетчатыми полипропиленовыми протезами фирмы Этикон. В качестве шовного материала использовался полипропилен. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную и противовоспалительную терапию, у них применялись эластичные биндажи.

Материал и методы

В отделении общей амбулаторной хирургии ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН в 2004 – 2007 гг. в двойном слепом рандомизированном исследовании

участвовали 60 больных, из них 47 (78,3%) женщин и 13 (21,7%) мужчин, средний возраст 56,5±1,7 года, которых разделили на 2 группы по 30 в каждой в зависимости от размещения протеза: над- или под апоневрозом.

В 1-ю группу вошли 21 женщина и 9 мужчин, средний возраст 57,2±1,5 года, во 2-ю – 22 женщины и 8 мужчин, средний возраст – 55,7±1,9 года (P>0,05).

Размеры грыж оценивались по классификации К.Д.Тоскина, В.В.Жебровского. Группы различались между собой по количеству грыж различных размеров (P>0,05).

Сопутствующие заболевания в ходе предоперационного обследования были выявлены у 47 больных. У 25 (40,0%) это была гипертоническая болезнь, нередко сочетающаяся с хронической ишемической болезнью сердца. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы имела место у 3 (5,0%) обследованных, 17 (28,3%) пациентов страдали ожирением различной степени.

В предоперационном периоде у всех пациентов исследовали функцию внешнего дыхания. Существенных различий между группами не наблюдалось (P>0,05).

Таким образом, обе группы пациентов были практически однородными по составу, возрасту и полу, размерам грыж, характеру сопутствующих терапевтических заболеваний, что доказывает их сопоставимость, а следовательно, результаты проведенного рандомизированного исследования достоверны и не должны вызывать сомнений.

Результаты и обсуждение

Результаты лечения оценивались по количеству общих и местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и результатам исследования в отдаленном послеоперационном периоде. Хорошим результатом считалось отсутствие рецидива грыжи и жалоб, связанных с выполненной герниопластикой, удовлетворительным – отсутствие рецидива грыжи, но сохранение жалоб, связанных с протезирующей операцией, плохим – рецидив грыжи.

Осложнения общего характера наблюдались у 1 (3,3%) пациента после наднапоневротической пластики. У него развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, которая была вылечена консервативными мероприятиями.

Местные осложнения имели место у 11 больных. У 5 (16,7%) больных 1-й группы наблюдалась длительная экссудация из раны, у 2 (6,7%) сформировалась серома, у 1 (3,3%) гематома послеоперационной раны, у 2 (6,7%) – нагноение послеоперационной раны. Во 2-й группе гематома послеоперационной раны отмечалась только у 1 (3,3%).

Таким образом, после наднапоневротических пластик осложнений было значительно больше, чем после пластик с подапоневротическим размещением протеза (P<0,05).

Результаты оперативного лечения в сроки от 5 месяцев до 3-х лет прослежены у 54 (90,0%) больных. Хорошие результаты получены у 41 (75,9%), удовлетворительные – у 12 (22,2%) больных, рецидив грыжи выявлен у 1 (1,9%) пациента после наднапоневротической пластики. У 6 (10,0%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось.

На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что сетчатый протез предпочтительно располагать подапоневротически. Это позволяет значительно снизить количество местных осложнений, сократить сроки госпитализации и реабилитации больных как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Пластика с наднапоневротической фиксацией протеза должна стать резервной и выполняться только по строгим показаниям при невозможности подапоневротического расположения протеза. Сопутствующие заболевания и избыточная масса тела не должны являться абсолютными противопоказаниями к операции, необходима лишь тщательная подготовка таких больных.

Операциядан снггги вентрал чуррала беморларда олдинги иорин девори апоневроз ости ва усти пластикасини иёсий баюлаш

В.В.Титов, А.Л.Шестаков, А.Г.Инаков,
И.И.Калачев, А.Д.Тимошин

Россия тиббиёт фанлари академиясининг
акад.Б.В.Петровский номли Россия хирургия илимий
маркази, Москва ш.

Маюлада операциядан снггги вентрал чурраси бглан 60 беморда иорин олдинги девори пластикасининг икки услуби иёсланган. Муаллифлар хулосаси бгйича, тгрпа гхшаш протезни апоневроз остига грнатиш авзалрои бглан. Бу мажаллий асоратлар сонини бир мунча камайтиради, госпитализация ваитини, операциядан снггги яин ва узои реабилитация ваитини иисартиради. Протезни апоневроз усти пластикаси билан грнатиш усули зазирада бглиши ва фаиат протезни апоневроз ости пластикаси билан грнатиш имконияти бглмаганда игллаш тавсия этилади.