

Лебедева О.Д., Козлов В.В., Лосев Р.З., Хмара М.Б., Гнилосоыр П.А.

Выбор метода пластики при грыжах различной локализации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Цель – изучить операции, при которых применяется пластика синтетическими сетками. Предмет исследования – хирургические операции, при которых применяется пластика местными тканями и синтетическими сетками. Задачи исследования: провести анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыж; выявить зависимость постановки аллотрансплантатов от конкретных хирургических ситуаций; определить, в каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой. Материал и методы исследования - истории болезни пациентов, оперированных по поводу грыж. Результаты. Исследование было проведено на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева. Проанализированы операционные журналы в период с начала 2015 года по август 2017 год. Выводы: 1. Подход к лечению грыж должен быть индивидуальным и учитывать совокупность различных факторов, прежде всего: коэффициент натяжения; нарушение кровообращения в тканях; размеры грыжевых ворот. 2. Предпочтительным является лечение в плановом порядке, в связи с тем, что мы имеем возможность полностью обследовать пациента. 3. Выбор метода пластики остается открытым. Появляются новые методы пластики, виды сеток, новые возможности, новые варианты эндоскопических операций и лапароскопической герниопластики, которые требуют изучения и нуждаются в анализе полученных результатов.

Ключевые слова: герниология, грыжи, лапароскопическая герниопластика**Введение**

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) встречаются у 20–22% больных. В современных научных исследованиях по герниологии грыжа понимается как общее заболевание, при котором кроме изменений брюшной стенки наблюдаются изменения во внутренних органах. При пластике грыжевых ворот местными тканями неизбежно натяжение тканей, приводящее к повышению внутрибрюшного давления.

Основой биомеханической концепции патогенеза ПВГ является представление о том, что мышцы — это не пружина и не резина, а живой биологический орган со своими законами существования. Мышцу нельзя растянуть, ее можно только разорвать. Таким образом, основой биомеханической концепции является положение о том, что измененные мышцы брюшной стенки нельзя сближать с натяжением.

Поэтому вызывают интерес вопросы: в каких случаях стоит применять пластику аллотрансплантатом и при каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой.

Несмотря на достижения в лечении грыж, многие вопросы герниологии остаются нерешёнными и спорными, следовательно, разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения и диагностики грыж определяют актуальность данной проблемы, ее большое социальное значение. В связи с этим актуальность исследования не вызывает сомнений.

Цель: изучить операции, при которых применяется пластика синтетическими сетками.**Задачи исследования:**

1. провести анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыж;
2. выявить зависимость постановки аллотрансплантатов от конкретных хирургических ситуаций;
3. определить, в каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой.

Материал и методы

Истории болезни пациентов, прооперированных по поводу грыж. Предмет исследования – хирургические операции, при которых применяется пластика местными тканями и синтетическими сетками.

Исследование было проведено на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева. Проанализированы операционные журналы в период с начала 2015 года по август 2017 год.

Результаты и обсуждение

Больных с грыжами было выявлено 294. Прооперировано было 224 пациента (55%). 70 пациентов (45%) не были прооперированы в силу разных причин: во-первых, пациенты, у которых было невозможно выполнить оперативное вмешательство в связи с наличием сопутствующих заболеваний, таких как сосудистая патология, ИБС, патология желудочно-кишечного тракта; во-вторых, пациенты, которые находились в стационаре по поводу другого заболевания, а грыжа была выявлена случайно.

Таблица 1. Структура оперативных вмешательств

	Экстренные	Плановые
Паховые (108)	64%	36%
Пупочные (54)	80%	20%
Послеоперационные (47)	62%	38%
Бедренные (11)	100%	-
Грыжи б.л.ж (4)	25%	75%

Таблица 2. Пластика грыж

	Экстренные		Плановые	
	Местными тканями	Трансплантат	Местными тканями	Трансплантат
Паховые (108)	62%	2-2%	33%	3%
Пупочные (54)	80%	-	20%	-
Послеоперационные (47)	45%	17%	17%	21%
Бедренные (11)	90%	10%	-	-
Грыжи б.л.ж (4)	25%	-	75%	-

Из 224 больных экстренно было прооперировано 124, а планово - 100. Все пациенты с плановым грыжесечением были дообследованы, выполнялись общестационарные исследования, такие как УЗИ ОБП, обследование предстательной железы (см. табл. 1). У пациентов с сопутствующей патологией, например с легочной недостаточностью, выполнялась спирография, УЗИ сердца. При отсутствии противопоказаний больные были прооперированы. В экстренном порядке оперативное лечение выполнялось по жизненным показаниям, дообследование пациента не проводилось.

Из них:

- паховые 108 (48%),
- пупочных-54 (24%),
- послеоперационных грыж 47 (21%),
- бедренных-11(5%),
- грыжи белой линии живота 4 (2%).

При выборе герниопластики учитывались следующие параметры:

- размер грыжевых ворот
- локализация грыжи.

Интраоперационно:

- состояние апоневроза,
- состояние мышц брюшной стенки,
- параметры натяжения тканей,
- внутрибрюшное давление.

В зависимости от наличия тех или иных факторов использовалась полипропиленовая сетка или дефект был закрыт местными тканями.

Самые часто встречающиеся грыжи – паховые. Их было выявлено 108 (48%). Из них пластикой по Потемскому закончились 88 (82%), по Бассини 13 (12%), синтетическая сетка была установлена в 5 (5%) случаях (все грыжи являлись рецидивными). Пластика по Жирару-Спасокукоцкому была применена в 2 случаях (1% (см. табл. 2).

Из всех проведенных герниопластических операций оперативных вмешательств по поводу пупочных грыж было 54(24%). Ущемленных пупочных грыж, прооперированных способом Мейо, было сделано в экстренном порядке 43(86%) и в плановом - 11(14%).

При лечении послеоперационных 47 (21%) грыж были применены следующие варианты лечения: пластика местными тканями 28 (59%), постановка полипропиленовой сетки 18(38%), один случай гигантской послеоперационной грыжи, при котором была проведена пластика по Голубеву(3%). Два оперативных вмешательства были проведены в экстренном порядке.

В 26 случаях (55%) при послеоперационных грыжах местными тканями в плановом порядке было прооперировано 8 пациентов (30%), в экстренном порядке 18 (70%).

47 (21%) оперативных вмешательств по поводу послеоперационных грыж закончились постановкой полипропиленовых аллотрансплантатов 18 (38%). Из них в экстренном порядке 10 (56%) и в плановом порядке было прооперировано 8 (44%).

Основными причинами применения полипропиленовых сеток для укрепления передней брюшной стенки явились: средний коэффициент натяжения 2 (11%), высокий коэффициент натяжения – 3 (17%), слабость передней брюшной стенки 3 (17%) и наличие нескольких дефектов или одного большого 10 (55%).

Бедренные грыжи 11 (5%) чаще всего оперировали по методу Бассини-10 (90%), и в сложном случае была установлена сетка 1(10%).

Грыж белой линии живота было 4(2%), дефекты были закрыты местными тканями.

В послеоперационном периоде пациентам после планового оперативного вмешательства проводилась антибактериальная терапия. Пациентам, прооперированным в экстренном порядке, проводилось дообследование, антибактериальная терапия с целью профилактики развития вторичной инфекции.

Осложнения. Летальных случаев не было. Отмечались аллергические реакции на инородное тело при постановке синтетических аутоотрансплантатов. Выявленная аллергическая реакция проявлялась сыпью в области послеоперационного шва. После лечения глюкокортикостероидами реакция была купирована. Всем больным устанавливались активные дренажи, однако у некоторых больных отмечалась длительная экссудация, что удлиняло время их пребывания в стационаре.

У одной больной на третьи сутки после грыжесечения на фоне гипертонического криза развилось кровотечение, что потребовало удаления надпоясничной гематомы в последующем.

Заключение

1. Подход к лечению грыж должен быть индивидуальным и учитывать совокупность различных факторов, прежде всего:

- коэффициент натяжения;
- нарушение кровообращения в тканях;

- размеры грыжевых ворот.
- 2. Предпочтительным является лечение в плановом порядке, в связи с тем, что мы имеем возможность полностью обследовать пациента.
- 3. Выбор метода пластики остается открытым. Появляются новые методы пластики, виды сеток, новые возможности, новые варианты эндоскопических операций и лапароскопической герниопластики, которые требуют изучения и нуждаются в анализе полученных результатов.

Литература

1. Расстегаев А. В. Выбор способа устранения послеоперационной вентральной грыжи /Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. - С.-Петербург: 2009.
2. Швачко С. А. Использование полипропиленовых эксплантантов в неотложной хирургии грыж брюшной стенки / Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. – М.: 2008.
3. Агафонов О. И. Выбор оперативного лечения послеоперационных грыж и грыж белой линии живота / Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. - Смоленск: 2011