

УДК 616.34-007.43-089.844

О.Ж. ТОКТОГУЛОВ

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

ПОЛИПРОПИЛЕНОВАЯ СЕТКА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Представлены результаты лечения 87 больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами. Пластика выполнялась в двух вариантах: полное замещение грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости и укрепление шва полипропиленовой сеткой. Выбор метода пластики зависел от показателей внешнего дыхания и коэффициента напряжения брюшной стенки.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, методы пластики, полипропиленовая сетка.

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) – довольно частое заболевание, требующее оперативного лечения, и их удельный вес среди всех брюшных грыж велик и уже занимает второе место после паховых грыж [6, 9]. Кроме того, частота не только не снижается, а отмечается увеличение числа больных с этой патологией.

Причины возникновения ПВГ многообразны. Многие исследователи отмечают, что увеличение частоты связано с ростом операций, выполненных в экстренном порядке, особенно если послеоперационный период осложняется нагноением раны, возникновением инфильтратов, пневмонии, пареза кишечника и др. [1, 2]. Имеет значение и выбор доступа. При больших традиционных лапаротомиях чаще возникают ПВГ, поэтому шли поиски использования минидоступа и лапароскопических операций, но по мере накопления клинического материала было установлено, что и после этих доступов возникают ПВГ, хотя и значительно реже [3, 4]. В этиологии ПВГ имеют значение шовный материал, способы завершения операции и наличие таких сопутствующих заболеваний, как ожирение, сахарный диабет, хронические бронхолегочные заболевания [6, 9, 10].

Лечение ПВГ остается одной из первостепенных проблем абдоминальной хирургии. Это обусловлено неудовлетворительными результатами операций. Предложено огромное количество методов пластики собственными тканями брюшной стенки, использование кожных лоскутов, но все они не лишены такого недостатка, как рецидив грыжи [6, 8].

В последние годы хирурги обратили внимание на материалы нового поколения, изготовленные из полипропилена, полиэфира, полилактина и др., которые обладают высокой устойчивостью к воздействию тканевых ферментов, прорастают тканями, увеличивая ее прочность, и они хорошо противостоят инфицированию [4, 5, 8]. Однако, несмотря на накопленный большой материал по использованию сеток в лечении ПВГ, окончательно еще не решены многие вопросы: выбор метода пластики в зависимости от размера грыж и их локализации, не решен вопрос о способах фиксации эндопротезов и не разработаны меры профилактики общих и местных осложнений после пластики.

Цель исследования – оценить результаты применения полипропиленовых сеток в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 87 больных с ПВГ с большими (58 чел.) и гигантскими грыжами (29 чел.). Женщин было 67 и мужчин – 20. Как женщины, так и мужчины чаще поступали в возрасте от 40 до 60 лет. При ознакомлении с давностью заболевания было отмечено, что чаще грыжи возникали в сроки до 3 лет, а

затем по увеличению срока после операции частота грыж уменьшалась. Мы проанализировали, после каких наших операций чаще возникали ПВГ, и при этом было установлено, что после холецистэктомии было 28 больных, аппендэктомии – 29, гинекологических операций – 29, эхинококкэктомии – 6 и небольшое число было после резекции желудка, ушивания перфоративных язв (соответственно по 3 и 2).

К большим грыжам относили больных, имевших грыжи размером от 15 до 30 см, к гигантским – более 30 см.

В обследовании больных помимо общеклинических (анализ крови и мочи, свертываемость крови, ЭКГ, флюорографии органов грудной клетки), а для выбора метода пластики исследовали показатели внешнего дыхания аппаратом спирометром ССП и коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки, разработанный А.Г. Хитарьяном и соавт. [7] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки:

$$K = \frac{(R/A - h)^2 - 1}{2,24(R-A-h)^2} \times P \sqrt{\pi A},$$

где:

P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости (πA). Если грыжа в эпигастрии, то P составляет 98, если в мезогастрии, то P – 245 πA , в гипогастрии – 392 πA ;

R – внешний радиус живота;

A – радиус грыжевого выпячивания;

h – средняя толщина брюшной стенки.

При коэффициенте до 2,09 пластику выполняли местными тканями с укреплением области шва полипропиленовой сеткой, а при K больше 2,10 использовали пластику полипропиленовой сеткой с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости.

В обследовании больных использовали УЗИ, при котором определяли размер грыж, грыжевых ворот и характер грыжевого содержимого, а также исследовали все органы брюшной полости и малого таза с целью выявления сочетанных заболеваний.

Результаты и обсуждение

Все 87 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом. После иссечения избытка кожи над грыжевым выпячиванием выделяли грыжевой мешок, вскрывали его и вправляли грыжевое содержимое. Если содержимым был сальник, то частично его резецировали. Это существенно уменьшало внутрибрюшное давление после вправления грыжевого содержимого. Грыжевой мешок частично иссекали, но стремились сохранить его большую часть и после вправления содержимого рассеченным грыжевым мешком прикрывали подлежащие к ране органы, а затем грыжевые ворота закрывали полипропиленовой сеткой, которую подшивали к выделенным краям апоневроза. Сетку фиксировали узловыми швами или обвивоч-

ным, но с дополнением ряда узловых швов. Стремилась сетку выкроить по размерам грыжевых ворот так, чтобы не было провисания ее и не было натяжения.

Из 87 больных показатель коэффициента напряжения брюшной стенки у 49 был выше 2,10 и низкие показатели внешнего дыхания, поэтому у них выполнено полное замещение грыжевых ворот полипропиленовой сеткой с сохранением объема брюшной полости, а у 38 показатели коэффициента были ниже 2,09. У них пластика выполнена местными тканями, но отмечалась атрофия мышц. При пластике мышцы расслаивались, поэтому мы считаем показанием для укрепления области ушитых грыжевых ворот использовать полипропиленовую сетку. Она фиксировалась так, чтобы по краям от шва сетка располагалась не менее чем на 2-3 см с каждой стороны. Это обеспечивало прочную защиту. Операцию заканчивали дренированием подкожной клетчатки двумя микроирригаторами в верхнем углу раны и двумя микроирригаторами в нижнем углу. Через верхние микроирригаторы орошали подкожную клетчатку и прилегающую сетку озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а через нижние микроирригаторы выполняли активную аспирацию отделяемого. Ежедневно осуществляли орошение на протяжении 3-4 дней, а затем удаляли сначала верхние микроирригаторы, а на следующие сутки – нижние. Это предотвращало возникновение воспалительных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Осложнения после операции имели место у 3 больных. У одной на 3-4 сутки возник парез кишечника, который был быстро ликвидирован медикаментозными средствами, и у 2 больных выявлена серома в подкожной клетчатке, которая была ликвидирована. Других осложнений мы не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило $10,4 \pm 0,97$ койко-дней.

В отдаленные сроки (до 2 лет) обследовано 67 больных (77%). Хорошие результаты (жалоб нет, трудоспособность сохранена, со стороны брюшной полости патологии не выявлено) отмечены у 59 (88,1%), у 8 (11,9%) – удовлетворительные (периодически отмечают боли в животе, снижение физической активности). Рецидива заболевания ни у одного больного не обнаружено.

Выводы

1. Показатели внешнего дыхания в сочетании с определением коэффициента напряжения брюшной стенки являются надежными критериями для выбора метода пластики грыжевых ворот.
2. Использование озонированных растворов для профилактики раневых осложнений при ПВГ обеспечивает предотвращение воспалительных осложнений в ране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агаев Б.А. Лапароскопическая пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах / Б.А. Агаев, Э.Г. Рустамов, Г.А. Рустамов // Хирургия. – 2009. – № 9. – С. 74-78
- 2 Андреев С.Д. Пластика обширных дефектов брюшной стенки биосинтетическими протезами / С.Д. Андреев, А.А. Адамьян // Хирургия. – 1993. – № 9. – С. 30-35
- 3 Белоконев В.И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 24-26
- 4 Борисов А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки / А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе // Вестник хирургии. – 2002. – № 1. – С. 76-78
- 5 Ермолов А.С. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами /

А.С. Ермолов, А.К. Алексеев, А.В. Упырев и др. // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 16-21

6 Жебровский В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, Ф.Н. Ильченко и др. // Вестник хирургии. – 1996. – № 6. – С. 105-108

7 Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли З.И., Ковалев С.А., Гущина Е.В. // Патент. – 2001. – Ru, А 61 В 17/00 №2199271

8 Янов В.Н. Анализ результатов 40-летнего применения погружного трансплантата в хирургической практике / В.Н. Янов // Клиническая хирургия. – 2003. – № 11. – С. 36

9 Cobb W.S. Laparoscopic repair of incisional hernias. IX / W.S. Cobb, K.W. Kercher, B.T. Heniford // Surg. Clin. North Am. – 2005. – Vol.85. – P. 91-103

10 Kissane N.A. A decade of ventral incisional hernia repairs with biologic acellular dermatol matrix: what have we learned? / N.A. Kissane, K.M. Itani // Plast. Reconstr. Surg. – 2012. – Vol. 130, No5. – P. 194-202

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.Ж. ТОКТОГУЛОВ

И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз Мемлекеттік медицина академиясы, №1 қалалық клиникалық аурухана, Бишкек қ., Қырғыз Республикасы

ҮЛКЕН ЖӘНЕ АЛЫП ВЕНТРАЛЬДЫ ЖАРЫҚТЫ ЖЕДЕЛ ЕМДЕУДЕГІ ПОЛИПРОПИЛЕН ТОРЫ

Өзектілігі: ОКВЖ емдеу абдоминальды хирургияның бірінші дәрежелі проблемалардың бірі болып қалады. Бұл қанағаттанарлықсыз операция нәтижелерімен шартталған.

Зерттеудің мақсаты – операциядан кейінгі вентральды жарықтарды жедел емдеудегі полипропилен торларының қолданылу нәтижелерін бағалау.

Материал және әдістер: Үлкен (58 адам) және алып жарықтармен (29 адам) ОКВЖ-ге шалдыққан 87 науқас бақыланды. Әйелдер 67 және ерлер – 20. Үлкен жарықтарға көлемі 15-30 см аралығындағы жарығы бар науқастар, алып жарықтарға көлемі –30 см-ден астам жарығы бар науқастар жатқызылды.

Нәтижелер мен талқылаулар: 87 науқастың ішіндегі 49 науқастың құрсақ қабырғасының күш салу коэффициентінің көрсеткіші 2,10-нан жоғары және сыртқы дем алу көрсеткіштері төмен болды, сондықтан құрсақ қабырғасының көлемін сақтай отырып, жарық қақпасы толығымен полипропилен торымен алмастырылған, ал 38 науқастың коэффициент көрсеткіші 2,09 –дан төмен болды. Оларда пластика жергілікті ұлпалармен орындалған.

Ешбір науқаста аурудың қайталануы байқалған жоқ.

Қорытындылар:

1. Құрсақ қабырғасының күш салу коэффициентін анықтаумен бірге сыртқы демалу көрсеткіштері жарық қақпаларының пластика әдісін таңдау үшін сенімді критерий болып табылады.

2. ОКВЖ кезінде жара асқынуының алдын алу үшін озондалған ерітінділердің қолданылуы жарадағы ісініп қызарып асқынулардың алдын алуын қамтамасыз етеді.

Негізгі сөздер: операциядан кейінгі вентральды жарық, пластика әдістері, полипропилен торы.

SUMMARY

O. Zh. TOKTOGULOV

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, City Clinical Hospital No1, Bishkek c., Kyrgyz Republic

POLYPROPYLENE MESH USED FOR THE SURGICAL MANAGEMENT OF LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS

Topicality: The treatment of postoperative ventral hernias remains one of the high-priority problems of abdominal surgery. This is due to the unsatisfactory results of operations.

The aim of the study was to evaluate the results of the application of polypropylene meshes in the surgical management of postoperative ventral hernias.

Material and methods: 87 patients with postoperative ventral hernias with large (58 pers.) and giant hernias (29 pers.) were observed. 67 of them were females and 20 – males. The patients with hernias the sizes of 15 – 30 cm were considered as having large hernias, and more than 30 cm – as giant ones.

Results and discussion: 49 of the 87 patients had the strain coefficients of the abdominal wall higher than 2.10 and

low results of the external respiration, thus a full replacement of the hernia orifices by polypropylene mesh with preserving the intra-abdominal volume was performed in them; and 38 patients had the coefficients lower than 2.09. The hernioplasty in them was performed with local flaps. No relapse was found in any patients.

Conclusion:

1. The results of the external respiration in combination with the determination of the strain coefficient of the abdominal wall are reliable criteria for the selection of the hernioplasty technique.

2. The use of ozonized solutions for the prevention of wound complications in postoperative ventral hernias provides the prevention of inflammatory complications in the wound.

Key words: *postoperative ventral hernias, hernioplasty techniques, polypropylene mesh.*

УДК 616.37-006.2-089

Д.С. ИБРАИМОВ

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наблюдали 24 больных с кистами поджелудочной железы, у 18 выполнено традиционное оперативное лечение (панкреатоцистогастротомия, панкреатоюноанастомоз на выключенной петле по Roux, наружное дренирование кисты поджелудочной железы) и 6 больным выполнено одномоментное двойное дренирование, осложнений после операции не наблюдали

Ключевые слова: поджелудочная железа, ложные кисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование, оперативное лечение.

Кисты поджелудочной железы не являются редкостью в абдоминальной хирургии [4, 7], причины их возникновения многообразны. Наиболее часто они формируются после перенесенного острого панкреатита [1, 2], в результате хронического воспалительного процесса поджелудочной железы [5, 6], а так же после травм. Ранее диагностика кист была сложна, но с появлением УЗИ значительно улучшилось выявление кист, а использование КТ, МРТ дают возможность определить не только размеры и локализацию, но и отношение кист к окружающим тканям, сосудам [3, 6, 8]. Лечение кист только оперативное, при применении медикаментозных средств рассасывание кист не наступает. В этом плане применяется наружное и внутреннее дренирование кист, но при их использовании не всегда удается добиться облитерации полости, идут поиски наиболее эффективных мер лечения.

Учитывая недостатки существующих методов оперативного лечения, нами усовершенствован способ одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы, прооперированы шесть больных с данной патологией. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Цель исследования – оценить эффективность применения способа одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением цистоеюноанастомоза на выключенной петле по Roux, конкретизировать его показания и провести сравнительный анализ с традиционными методами оперативного лечения.

Материал и методы

Под наблюдением в Городской клинической больнице №1 г. Бишкек находились 24 больных с кистозным поражением поджелудочной железы. Женщин было 9 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин 15 в возрасте от 36

до 83 лет. У большинства больных выявлены воспалительные кисты поджелудочной железы – 20, посттравматическая киста поджелудочной железы обнаружена у одной пациентки вследствие тупой травмы, а у одной больной диагностирован абсцесс головки поджелудочной железы. Опухолевые кисты поджелудочной железы имели место у двух больных, в одном случае цистаденома, а в другом выявлена цистаденокарцинома поджелудочной железы.

Давность заболевания составляла от 1,5 месяца до 2-х лет. Воспалительные кисты поджелудочной железы рассматривали как осложнения острого или хронического панкреатита. Ведущим этиологическим фактором панкреатита явилось систематическое употребление алкоголя, а у ряда больных, ранее не употреблявших алкоголь, острый панкреатит развился после приема обильной жирной и острой пищи.

Локализация кист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной.

В установлении диагноза кисты поджелудочной железы использовали следующий комплекс диагностических методов, включающий общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы (общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, С-реактивный белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методикам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Результаты и обсуждение

После обследования все больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Выбор доступа осуществлялся исходя из