

Оценка современных методик хирургического лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки

Шапошников Вениамин Иванович, доктор медицинских наук, профессор
НОЧУ ВО Кубанский медицинский институт, Краснодар

Актуальность. В настоящее время, по причине увлечения молодого населения страны силовыми видами спорта, возросла распространенность грыж передней брюшной стенки. Этот фактор явился дополнительной нагрузкой на здравоохранение в плане лечения данного заболевания. Требуется сделать анализ эффективности наиболее распространённых методов грыжесечения, чтобы выработать наиболее приемлемый алгоритм операции их лечения. В доступной нам медицинской литературе подобного исследования не обнаружили. Описываются лишь отдельные способы операций без сравнительной характеристики.

Ключевые слова: грыжи, ущемление, пластика, эффективность, рецидив, профилактика.

Цель исследования. Произвести сравнительный анализ эффективности различных методик грыжесечения.

Материал и методики исследования. С 2010 по 2016 год в КГК БСМП находилось под наблюдением 2970 больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, из которых умерло 73 (2,45%). По характеру своего образования у всех этих пациентов грыжи были приобретенными. Их появление было связано, или с тяжелым физическим трудом, или занятием силовыми видами спорта. У 1147 (38,6%) пациентов грыжи были рецидивными, при этом удельный вес ущемлений при паховых грыжах составил 36% (441 наблюдение из 1226), вентральных – 47,5% (513 из 1084), пупочных - 27,1% (83 из 307), белой линии живота – 46,1% (110 из 240). Из 1084 больных с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей резекция кишки была произведена у 121 (11,1%), при этом у 118 по поводу её некроза, а у 3 – по причине прорастания тканей стенки кишки через ячейки пластмассовой сетки (ранее производилась пластика по Lichtenstein). Еще у 267 (24,6%) пациентов была удалена прядь сальника.

Анализ развития клинической картины заболевания у этих пациентов показал, у 90% из них вначале возникла частичная спаечная кишечная непроходимость, которая постепенно перерастала в острую непроходимость, то есть ущемление носило как бы каловый характер. Этим и объясняется жизнеспособность тканей при длительности заболевания больше 5-6 и даже 24 часов.

Главным патогенетическим фактором в развитии рецидива заболевания считают слабость соединительнотканых элементов в области послеоперационного рубца, что обусловлено нарушением трофики ткани, возникшей при повреждении нервных образований во время операции [3,4].

Заметную роль в этом патологическом процессе имеет и ожирение, которое манифестно проявляется в пожилом возрасте [5]. Так, при изучении у 233 пациентов (мужчин - 64, женщин - 169; средний возраст – $54,3 \pm 11,3$ лет) росто-массового коэффициента Кетле было установлено, что у женщин ожирение наблюдалось в 50,3%, а у мужчин - в 21%. Из других причин рецидива грыж, на которые наиболее часто указывают авторы работ, являются анатомическая особенность её локализации и местное состояние тканей, на которых производятся хирургические манипуляции [1,2].

Было также установлено, что в развитии рецидива срединных послеоперационных грыж метод пластики, а выполнялся он по способам Сапежко, Напалкова, Мейо, Шампюньера, не имеет особого значения.

Исходя из этого, созрела необходимость в разработке способа пластики передней брюшной стенки при огромных

вентральных грыжах за счет местных тканей с одновременной профилактикой развития острой спаечной кишечной непроходимости.

Учитывая эту клиническую необходимость, нами был разработан способ профилактической энтеропластики, которая предотвращает развитие кишечной непроходимости. Это достигается при помощи 2-4 продольных сквозных дренажных трубок, которые проводятся через бессосудистую часть брыжейки тонкого кишечника (патент РФ № 2071728), что позволяет надежно предупредить развитие ОКН. Метод с успехом был применен у 62 больных (рис.1).

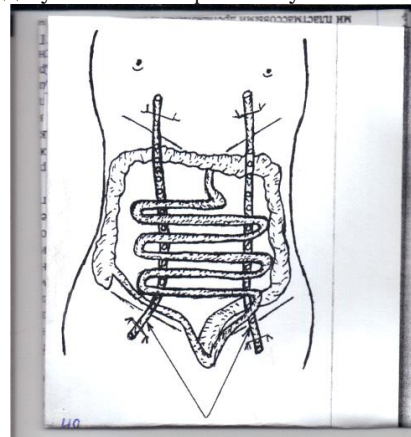


Рис. 1. Схема профилактической энтеростомии.

При гигантских вентральных грыжах для закрытия дефекта в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки стали использовать рубцовую ткань по методике, которая предоставлена на рисунке 2. Этот способ позволяет предупредить натяжение тканей, что является исключительно важным в вопросе предотвращения ишемии сшиваемых тканей. Эта методика с успехом была выполнена у 33 больных. В течение 5 лет рецидива не наблюдалось.

Обсуждение результатов лечения. Из 441 пациента, который поступил на лечение в отделение с рецидивной ущемленной паховой грыжей, определить характер первичной хирургической тактики лечения удалось лишь у 231 человека. При этом оказалось, что из них у 206 (89%) ранее была осуществлена пластика передней стенки пахового канала (в подавляющем большинстве наблюдений по Жирар-Кимбаровскому), а у 25 (11%) – задней (по Бассини). Можно предположить, что укрепление задней стенки этого канала почти в 9 раз снижает риск возникновения рецидива данного заболевания. Из этой группы пациентов резекция петли тонкой кишки произведена в 9,5% наблю-

дений (у 42 из 441), сигмовидной (с наложением колостомы) – в 2%(у 9), пряди большого сальника – в 29,9% (у 132). При отсутствии же гнойно-деструктивного процесса в мягких тканях, преимущественно осуществляли пластику задней стенки пахового канала или по Кукуджанову, или по Постемпскому в модификации Воскресенского и Горелика, или «без натяжения» по Lichtenstein с использованием синтетической сетки (этот метод с успехом выполнен у 26 пациентов).

Выводы. Установлено, что шивание с натяжением разнородных тканей является главной причиной развития дистрофии, которая и ведет к рецидиву грыжи. Если в патогенезе рецидива паховых грыж ведущее значение имеет слабость задней стенки пахового канала, то и укреплять надлежит именно эту стенку.

При выборе способа пластики нужно так же учитывать и наличие у пациента ожирения, если оно есть, то наиболее рационально выполнить у него метод «без натяжения» за счет местных рубцовых тканей или по Lichtenstein с использованием синтетической сетки, которая оказывает существенную помощь в достижении поставленной цели, то есть прочности, но при этом необходимо исключить её прямой контакт со стенкой тонкой и толстой кишок. Для профилактики ОКН целесообразно использовать энтеропликацию при помощи сквозных дренажных трубок, проведенных через брыжейку тонкой кишки, как показано на рисунке 1.

Литература:

1. Винник Ю.С. Анатомическая и клиническая характеристика у больных с паховыми грыжами /Ю.С.Винник, С.И. Петрушенко, Р.А. Пахомова и др. // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3- С.33-35.
2. Гуменюк С.Е. Профилактика эвентраций и послеоперационных вентральных грыж при ушивании брюшной стенки // С.Е.Гуменюк, Е.Ю.Гладкий, А.В. Губиш и др. // Кубанский научный медицинский вестник. 2013.№3 –С.52-54
3. Савельев В.С. Ущемленная грыжа / В.С.Савельев, А.И.Кириенко, А.А. Матюшенко //Руководство по неотложной хирургии брюшной полости, под редакцией В.С.Савельева. «Триада-Х», Москва. 2006, С. 209-240
4. Нестеренко Ю.А. Наружные брюшные грыжи/ Ю.А.Нестеренко // Клиническая хирургия под редакцией Ю.М.Панцырева. Москва. Медицина, 1988. С.203-209.
5. Хаткова М.Д. Ошибки и осложнения оперативного пособия при паховых грыжах у гериатрических больных // М.Д. Хаткова, Ю.П.Савченко, С.Р.Федосов // Кубанский научный медицинский вестник, 2007, № 4-5. С.163-165

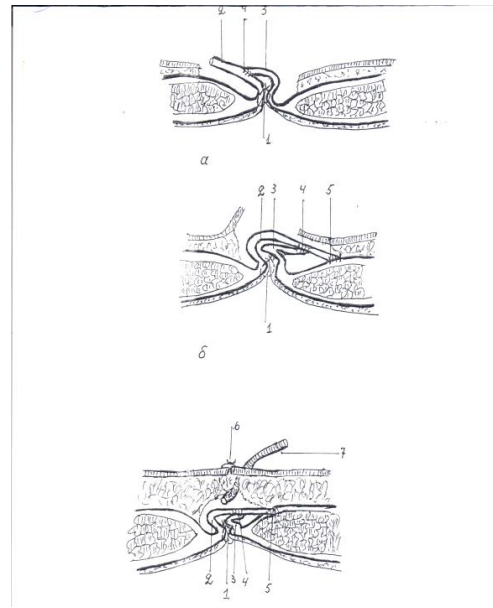


Рис.2. Пластика местными тканями огромных вентральных грыж; а - создан козырёк из рубцовых тканей, б – козырёк подшит к одной из стенок раны, а затем перегнут и подшит (в) к другой стенке раны. В глубину раны вставлена тонкая трубочка для оттока детрита.