

УДК 617.55-007.43

СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ПЛАСТИКЕ ПУПОЧНЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кривошѣков Е.П., Григорьев С.Г., Молчанов М.А., Григорьева Т.С.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России,
Самара, e-mail: walker02@mail.ru

В статье рассмотрен способ выполнения внутрибрюшинной пластики пупочных и вентральных грыж, его технические особенности, а также оценка результатов выполнения предложенного способа, сравнение его с ранее предложенными классическими методами выполнения герниопластики. Операция без мобилизации и удаления грыжевого мешка позволяет исключить лишнюю травматизацию тканей, а следовательно, снижает количество послеоперационных осложнений. Вскрывался только верхний полюс грыжевого мешка, который служил входом в брюшную полость. Внутрибрюшинную протезирующую пластику проводили изнутри грыжевого мешка. Применение внутрибрюшинной пластики давало возможность проведения операций из разрезов меньшей длины. При выборе доступа длину его определяли не по величине грыжевого мешка, а по размерам грыжевых ворот и в соответствии с ними. Операция через полость грыжевого мешка создавала вполне комфортные условия для выполнения внутрибрюшинной пластики из разреза, соответствующего размерам грыжевых ворот. При выполнении пластики не допускали контакта эндопротеза с подкожной клетчаткой. После фиксации эндопротеза над ним сшивали листки сохраненного грыжевого мешка. При этом брюшинную поверхность грыжевого мешка деэпителизировали и создавали плотное прилегание деэпителизированной брюшины к поверхности имплантата. Это имело значение для профилактики раневых осложнений. Внутрибрюшинная пластика позволила проводить операции без удаления грыжевого мешка, исключения травматичной его мобилизации, широкой диссекции подкожной клетчатки и уменьшения величины хирургических доступов.

Ключевые слова: вентральные грыжи, интраперитонеальная пластика, травматичность операции

A METHOD FOR REDUCING INTRAOPERATIVE INTRAPERITONEAL INJURY AND PLASTIC UMBILICAL HERNIAS

Krivoshhjkov E.P., Grigorev S.G., Molchanov M.A., Grigoreva T.S.

Medical University «Samara State Medical University» Ministry of Health of Russia,
Samara, e-mail: walker02@mail.ru

The article describes a method for performing intraperitoneal plastic umbilical and ventral hernias, its technical features, as well as evaluation of the performance of the proposed method, comparing it to previously proposed methods klassicheskimi perform hernia repair. Operation without the mobilization and removal of the hernia sac eliminates unnecessary trauma to the tissues, and thus reduces the number of postoperative complications. We reveal only the upper pole of the hernia sac, which serves as the entrance into the abdominal cavity. Intraperitoneal prosthetic plasty was performed inside the hernia sac. Intraperitoneal application of plastics enabled operations of the cuts at length. When you access its length is determined not by the value of the hernia sac and the size hernial ring and in accordance with them. Operation via the hernia sac cavity created quite a comfortable environment for the implementation of intraperitoneal plastic section corresponding to the size hernial ring. When the plastic endoprosthesis Avoid contact with subcutaneous fat. After fixation, the prosthesis over it sewed sheets stored hernia sac. In this case, the peritoneal surface of the hernia sac deepitelizirovali and created a dense presentation deepitelizirovanoy ventral to the surface of the implant. It was important for the prevention of wound complications. Intraperitoneal plastic allowed to conduct operations without removing the hernia sac, its exclusion traumatic mobilization wide dissection of the subcutaneous tissue and reduce the amount of surgical approaches.

Keywords: ventral hernia, intraperitoneal plastic, trauma surgery

Актуальность. Вмешательства при послеоперационных грыжах сопровождаются значительной интраоперационной травмой. Проводят апоневротическую, ретромускулярную и интраперитонеальную виды пластики. Апоневротическая и ретромускулярная пластика сопровождается широкими разрезами, значительной диссекцией тканей, дополнительным рассечением апоневроза (Тимошин А.Д. с соавт., 2003, Белоконев В.И. с соавт., 2005). Это предполагает высокую травматичность вмешательств. Каждый из способов герниопластик имеет свои особенности. Интраперитонеальный

подход к пластике создает условия проведения вмешательств со снижением операционной травмы.

Цель исследования

Изучить эффективность способов снижения травмы при интраперитонеальной протезирующей пластике вентральных грыж.

За период с 2009 по 2014 годы оперировано 96 больных с вентральными послеоперационными грыжами. Из них грыжи срединной локализации диагностированы у 71 человека. Для клинической характеристики грыж использовали классификацию

Shevrel-Rath (1999). Грыжи MW-1 обнаружены у 13 больных, MW-2 – у 22 пациентов, MW-3 – у 21 человека, грыжи MW-4 – у 15 больных. Размеры дефекта составили от 10 см² до 855 см². Рецидивных грыж было 15. Мужчины составили 32 больных, женщины – 39 человек. Возраст пациентов колебался от 19 до 77 лет.

Согласно разработанной технике операцию проводили без удаления грыжевого мешка. Это снижало травматичность вмешательства. Мобилизация грыжевого мешка сопровождается хирургическими действиями в рубцово изменённых тканях, широкой отслойкой подкожной клетчатки, повреждением лимфатических коллекторов, кровоточивостью тканей. При ушивании раны образуются «мёртвые пространства», длительно сохраняется лимфоррея, скопление жидкости в ране, возникает риск развития осложнений. Подготовка к пластике сопровождается освобождением апоневроза от подкожной клетчатки на 5–6 см в каждую сторону и широким рассечением апоневроза. Величина кожного разреза обычно превышает размеры грыжевого мешка (Тимошин А.Д. с соавт., 2003).

Операция без мобилизации и удаления грыжевого мешка позволяла исключить этот травматичный этап из хода вмешательства. Вскрывали только верхний полюс грыжевого мешка, который служил входом в брюшную полость. Внутривнутрибрюшинную протезирующую пластику проводили изнутри грыжевого мешка П-образными швами.

Применение внутрибрюшинной пластики давало возможность проведения операций из разрезов меньшей длины. При выборе доступа длину его определяли не по величине грыжевого мешка, который может быть намного больше грыжевых ворот, а по размерам грыжевых ворот и в соответствии с ними. Операция через полость грыжевого мешка создавала вполне комфортные условия для выполнения внутрибрюшинной пластики из разреза, соответствующего размерам грыжевых ворот. Такие ориентиры существенно уменьшали длину разреза, делая его более экономным.

В том числе применяли переменный доступ. Его использовали у больных с большими грыжевыми дефектами и незначительными избытками мягких тканей, не требующими иссечения. Делали два небольших разреза, из которых выполняли весь объём вмешательства. Через один из разрезов вводили имплантат и фиксировали его со стороны брюшной полости П-образными швами. Затем имплантат внутри брюшной полости перемещали и фиксировали через аперттуру другого разреза.

Смещаемость мягких тканей позволяла провести тоннелизацию имплантата и его поэтапную фиксацию под визуальным контролем. Такая техника была реализована у 8 больных с грыжами MW-4 и с незначительным избытком кожно-жировых тканей, не требующих их иссечения.

Удаление избытков мягких тканей у больных с большими грыжами проводили по заранее намеченным реперным линиям. Применяли бимануальное сведение противоположных сторон грыжевого мешка до их соприкосновения. Образованная складка соответствовала площади и объёму удаляемых тканей. Точки соприкосновения отмечали со стороны кожи грыжевого мешка, и они служили ориентиром для разрезов.

В дополнение к этому приему использовали среднюю линию живота, нанесенную ранее. Грыжевой мешок без значительного натяжения смещали в латеральную сторону и у основания грыжевого мешка на коже проводили линию, совпадающую со средней линией брюшной стенки. Затем, грыжевой мешок смещали в противоположную сторону и также отмечали среднюю линию на коже отведенного грыжевого мешка. Между этими линиями находилась искомая удаляемая часть мягких тканей. При иссечении их избытков края раны соответствовали средней линии и находились в состоянии адекватного сопоставления.

Кроме того, измеряли ширину передней брюшной стенки. Сантиметровой лентой охватывали брюшную стенку от задне-подмышечной линии с одной стороны до такой же линии с другой стороны. Несколько измерений проводили вне зоны грыжевого мешка. Полученную длину делили пополам. Она означала расстояние от задне-подмышечной линии до средней линии брюшной стенки. Эту половину расстояния откладывали на уровне грыжевого мешка, содержащего избыток тканей. От задне-подмышечной линии укладывали сантиметровую ленту, заходя на сторону грыжевого мешка и делая отметки на коже. Они соответствовали средней линии живота. Такие же отметки делали на противоположной стороне грыжевого мешка. После иссечения края раны совпадали со средней линией живота и при сшивании не испытывали натяжения. Измерения проводили в положении стоя и лежа.

По намеченным линиям единым блоком отсекали кожу, подкожную клетчатку и избытки грыжевого мешка. Предусматривали, чтобы противоположные стороны раны находились в состоянии адекватного сопоставления и натяжения. Это позволяло произвести сопоставление и сшивание каж-

дого слоя раны в отдельности. Линии и направление разреза часто зависят от формы грыжевых ворот, которая вынуждает применять фигурные или поперечные разрезы. При грыжевых воротах, ширина которых превышает их длину, рекомендуют поперечные или косые разрезы. По заживлении раны такие разрезы приобретают неэстетичный вид. В косметическом отношении срединные разрезы выглядят более предпочтительно.

При работе изнутри грыжевого мешка такой зависимости нет, поскольку нет необходимости в выделении грыжевого мешка, а его полость обеспечивала вполне адекватные условия для пластики при любой форме грыжевых ворот. Применение срединного доступа становилось рабочим стандартом и методом выбора. Поперечных доступов не применяли.

Окаймляющий разрез с рассечением тканей единым блоком позволял подойти к оболочкам грыжевого мешка и произвести его вскрытие в месте, свободном от припаянных петель кишечника. Изнутри грыжевого мешка было легче подойти к участкам, где припаянность органов и рубцовый процесс наиболее выражен и связан с отделением кишечника от истонченной кожи и грубого послеоперационного рубца. Выделенные кишечные петли освобождали от грубых сращений, петлевых деформаций и стриктурообразующих перетяжек. Широкого профилактического устранения межкишечного спаечного процесса не применяли.

При выполнении пластики не допускали контакта эндопротеза с подкожной клетчаткой. После фиксации эндопротеза над ним сшивали листки сохраненного грыжевого мешка. При этом брюшинную поверхность грыжевого мешка дезэпителизовали и создавали плотное предлежание дезэпителизованной брюшины к поверхности имплантата. Это имело значение для профилактики раневых осложнений.

Полученные результаты. Послеоперационный период протекал со слабо выраженными болями. С учетом слабого болевого синдрома физическую активность восстанавливали в день операции. Наркотических обезболивающих средств не применяли. Слабо выраженный болевой синдром связывали с применением операционных разрезов меньшей длины, выполнением операции без удаления грыжевого мешка и без широкой диссекции тканей, созданием механизма эластической разгрузки по линии фиксации имплантата.

Послеоперационные осложнения возникли у 6 (6,25%) больных: нагноение раны (п-1), инфильтрат (п-1), серома (п-1),

краевой некроз кожной раны (п-1), длительный парез кишечника (п-2). Внутривентральных осложнений не было.

Применяемые десквамация и перитонеодез грыжевого мешка позволяли исключить скопление жидкости в ране и избежать контакта имплантата с подкожной клетчаткой. Эффект оценивали по клиническим признакам и функции дренажей. Дренажирование применяли у 42 больных. В связи со скудным количеством отделяемого у 38 пациентов дренажи удалены на следующий день после операции. У 4 человек дренажная трубка удалена на 3 и 5 сутки после вмешательства. При ультразвуковом исследовании на 3 и 5 сутки после операции скопления жидкости в ране не обнаружено. Отдаленные результаты прослежены у 33 больных. Рецидивов не отмечено. Пациенты физически активны, работоспособность сохранена.

Выводы

Внутрибрюшинная пластика позволила проводить операции без удаления грыжевого мешка, исключения травматичной его мобилизации, широкой диссекции подкожной клетчатки и уменьшения величины хирургических доступов.

Список литературы

1. Белоконев В.И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж // Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. – Самара, ГП «Перспектива». – 2005. – 208 с.
2. Белоконев В.И., Бабаев А.П., Ковалева З.В., Афанасенко В.П., Николаев А.В. Пути снижения осложнений при герниопластике комбинированным способом. XI конференция «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 13–15.
3. Богданов В.Е., Цветков Б.Ю., Кривошеков Е.П. Результаты лечения больных с грыжами после лапароскопических операций. XI конференция «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 26–27.
4. Григорьев С.Г., Братичук А.Н., Кривошеков Е.П., Романов В.Е., Григорьева Т.С. Современные технологии в лечении грыж живота. – Самара: ОАО «Самарский Дом печати», 2007. – 128 с.
5. Григорьев С.Г., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С. Проблема сохранения пупка в хирургии послеоперационных вентральных грыж. XI конференция «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 41–42.
6. Григорьев С.Г., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С., Дмитриева И.А. Десквамация и перитонеодез грыжевого мешка при пластике послеоперационных грыж. Вестник хирургии Казахстана, тез. III конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии». – Алматы, 2012. – С. 248.
7. Григорьев С.Г., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С. Размещение и фиксация эндопротеза при пластике послеоперационных грыжах. Вестник хирургии Казахстана, тез. III конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии». – Алматы, 2012. – С. 248.
8. Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С., Григорьев С.Г., Костин А.Ю. Защита кишечника от контактной травмы при внутрибрюшинной пластике. Вестник хирургии Казахстана

на тез. III конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии». – Алматы, 2012. – С. 252.

9. Паршиков В.В., Медведев А.П., Самсонов А.А. Натяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки // Вестник хирургии. – 2010. – Т. 169, № 5. – С. 74–79.

10. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки // Тимошин В.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. – М.: «Триада-Х», 2003. – 144 с.

11. Тоскин К.Д. Способ мышечно-апоневротической пластики сложных грыж живота // Клиническая хирургия. – 1993. – № 2. – С. 9–10.

12. Itani K.M., Hur K.F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tps for the treatment of ventral incisional hernia // Arch.Surg. – 2010. – № 145 (4). – P. 322–328.

13. Flament J.B. Retro rectus approach to ventral hernia repair / J.B. Flament // Operative Techniques in General Surgery. – 2004. – V. 6 (3). – P. 165–178.

References

1. Belokonev V.I. Patogenez i hirurgicheskoe lechenie posleoperacionnyh ventralnyh gryzh // Fedorina T.A., Kovaleva Z.V., Pushkin S.Ju. Samara, GP «Perspektiva». 2005. 208 p.

2. Belokonev V.I., Babaev A.P., Kovaleva Z.V., Afanasenko V.P., Nikolaev A.V. Puti snizhenija oslozhenij pri gernioplastike kombinirovannym sposobom. XI konferencija Aktualnye voprosy gerniologii. M., 2014. pp. 13–15.

3. Bogdanov V.E., Cvetkov B.Ju., Krivoshhekov E.P. Rezultaty lechenija bolnyh s gryzhami posle laparoskopicheskij operacij. XI konferencija Aktualnye voprosy gerniologii. M., 2014. pp. 26–27.

4. Grigorev S.G., Bratijchuk A.N., Krivoshhekov E.P., Romanov V.E., Grigoreva T.S. Sovremennye tehnologii v lechenii gryzh zhivota. Samara: OAO «Samarskij Dom pečati», 2007. 128 p.

5. Grigorev S.G., Krivoshhekov E.P., Grigoreva T.S. Problema sohraneniya pupka v hirurgii posleoperacionnyh ventralnyh gryzh. XI konferencija Aktualnye voprosy gerniologii. M., 2014. pp. 41–42.

6. Grigorev S.G., Krivoshhekov E.P., Grigoreva T.S., Dmitrieva I.A. Deskvamacija i periotenodez gryzhevogo meshka pri plastike posleoperacionnyh gryzhah. Vestnik hirurgii Kazahstana tez. III kongressa hirurov Kazahstana s mezhdunarodnym uchastiem «Innovacii v hirurgii». Almaty, 2012. pp. 248.

7. Grigorev S.G., Krivoshhekov E.P., Grigoreva T.S. Razmeshhenie i fiksacija jendoproteza pri plastike posleoperacionnyh gryzhah. Vestnik hirurgii Kazahstana tez. III kongressa hirurov Kazahstana s mezhdunarodnym uchastiem «Innovacii v hirurgii». Almaty, 2012. pp. 248.

8. Krivoshhekov E.P., Grigoreva T.S., Grigorev S.G., Kostin A.Ju. Zashhita kishechnika ot kontaktnoj travmy pri vnutribrjushnoj plastike. Vestnik hirurgii Kazahstana tez. III kongressa hirurov Kazahstana s mezhdunarodnym uchastiem «Innovacii v hirurgii». Almaty, 2012. pp. 252.

9. Parshikov V.V., Medvedev A.P., Samsonov A.A. Nenatjazhnaja plastika v hirurgii gryzh brjushnoj stenki // Vestnik hirurgii. 2010. T. 169, no. 5. pp. 74–79.

10. Timoshin A.D. Hirurgicheskoe lechenie pahovyh i posleoperacionnyh gryzh brjushnoj stenki // Timoshin V.D., Jurasov A.V., Shestakov A.L. M.: «Triada-H», 2003. 144 p.

11. Toskin K.D. Sposob myshechno-aponevroticheskoj plastiki slozhnyh gryzh zhivota // Klinicheskaja hirurgija. 1993. no. 2. pp. 9–10.

12. Itani K.M., Hur K.F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tps for the treatment of ventral incisional hernia // Arch.Surg. 2010. no. 145 (4). pp. 322–328.

13. Flament J.B. Retro rectus approach to ventral hernia repair / J.B. Flament // Operative Techniques in General Surgery. 2004. V. 6 (3). pp. 165–178.

Рецензенты:

Григорьев С.Г., д.м.н., профессор-консультант-хирург ГБУЗ СО СГБ 7, г. Самара;

Иванов С.А., д.м.н., профессор кафедры хирургии ИПО СамГМУ, врач-хирург СОКБ им. В.Д. Середавина, г. Самара.