

УДК 617.55-007.43

ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ АТЕНЗИОННАЯ ПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ **© Алибегов Р.А.¹, Мелконян С.С.²**

¹Смоленская государственная медицинская академия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск, ул. Фрунзе, 40

Резюме: В статье представлены результаты хирургического лечения 68 пациентов с пупочной грыжей. Основную группу составили 32 пациента, оперированных оригинальным чреспупочным доступом с интраперитонеальной имплантацией эндопротеза Реперен. Группу контроля составили 36 пациентов, оперированных традиционными методами Mayo и Сапезко. Установлено, что предложенный способ обладает рядом преимуществ: малая травматичность, менее выраженный послеоперационный болевой синдром, лучшие косметические результаты. Интраперитонеальная пластика брюшной стенки эндопротезом Реперен может быть широко применена в оперативном лечении пупочных грыж.

Ключевые слова: пупочные грыжи, чреспупочный доступ, интраперитонеальная имплантация, эндопротез Реперен

INTRAPERITONEAL TENSION-FREE PLASTICS IN UMBILICAL HERNIA **Alibegov R.A.¹, Melkonyan S.S.²**

¹Smolensk State Medical Academy, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²Smolensk City Clinical Hospital N1, Smolensk, Frunze St., 40

Summary: Results of surgical treatment of 68 umbilical hernia patients are presented in the paper. 32 of the investigated patients were operated with transumbilical access with intraperitoneal implantation Reperen. The control group consisted of 36 patients, operated with conventional methods. The proposed method has a number of advantages. They include low traumatism, cosmetic surgery, and slight postsurgical pain syndrome. Intraperitoneal plastics of the abdominal wall with implants Reperen can be applied in umbilical hernia.

Key words: umbilical hernia, transumbilical access, intraperitoneal plastic, implantation of Reperen

Введение

Пупочные грыжи составляют 11,7% от всех оперированных наружных грыж живота и занимают второе место по частоте после паховых грыж [11, 12]. Основными операциями, которые до настоящего времени применяют для лечения пупочных грыж, являются аутопластические способы Mayo и Сапезко.

С 2010 г. в клинике ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска стали применять ИРОМ-пластику при лечении пупочных грыж с чреспупочным доступом с сохранением грыжевого мешка. Метод отличается меньшей травматичностью, хорошими ближайшими, отдаленными результатами и косметическим эффектом, при котором доступ к грыжевому мешку осуществляется продольным разрезом через пупок, пластика выполняется сетчатым эндопротезом Реперен интраперитонеально с сохранением грыжевого мешка.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку результатов лечения больных с пупочными грыжами, оперированных чреспупочным доступом с интраперитонеальной пластикой эндопротезом Реперен и традиционными способами Mayo и Сапезко.

Методика

Представлены результаты лечения 68 пациентов с вправимыми и невправимыми (в том числе ущемленными) пупочными грыжами за период с 2010-2013 гг. В исследование вошли пациенты от 25 до 84 лет, 45 женщин (66%) и 23 мужчин (34%). Все больные были разделены на 2 группы. У пациентов обеих групп изучались анамнестические данные (длительность грыженосительства, наличие условий труда, связанных с тяжелой физической нагрузкой), проводилось физикальное

обследование, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография (ЭКГ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости по показаниям. Наличие сопутствующих заболеваний у пациентов отражено в табл. 1.

Табл.1. Характеристика сопутствующих заболеваний в группах больных

Сопутствующая патология	Контрольная группа, (n=36)	Основная группа, (n=32)
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	15	12
Ожирение	4	7
Желчекаменная болезнь	-	3
Язвенная болезнь	1	-
Гепатит, асцит	2	1
Хронические обструктивные болезни легких	1	1
Комбинированная грыжа	1	-
Абдоминоптоз	1	-
Сахарный диабет	2	2
Сочетанная патология	6	6

Тактика ведения послеоперационного периода была активной. Больным уже на 2-е сут. разрешали активные движения, дыхательную гимнастику. В обеих группах для оценки выраженности болевого синдрома мы использовали известную в России визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) [14], также сравнивали необходимость назначения сильных анальгетиков, длительность пребывания в стационаре, наличие осложнений в области раны, выраженность послеоперационного кожного рубца. В послеоперационном периоде рекомендовали ношение бандажа до 1 мес. и ограничение физических нагрузок до 2 мес. Все пациенты находились под наблюдением после операции в сроки от 1 до 10 мес. Жалоб со стороны послеоперационного рубца больные не предъявляли, рецидивов грыж в обеих группах не отмечено.

1-ю группу (n=36) составили пациенты, которым мы выполняли грыжесечение традиционными методами Мауо и Сапезко. Техника указанных операций соответствует описанию их в «Атласе оперативной хирургии грыж» под руководством В.Н. Егиева [11]. Операции проводились чаще всего под перидуральной или общей анестезией.

2-ю группу (n=32) составили пациенты, оперированные чреспупочным доступом с интраперитонеальной пластикой сетчатого эндопротеза Реперен.

Техника выполнения. Чаще всего применяли перидуральную анестезию. При небольших пупочных грыжах возможна местная анестезия, при больших, осложненных грыжах – общее обезболивание. Операцию мы начинали с продольного разреза через пупок. С косметических целей обязательно нужно стремиться сохранить пупок (рис. 1, 2).

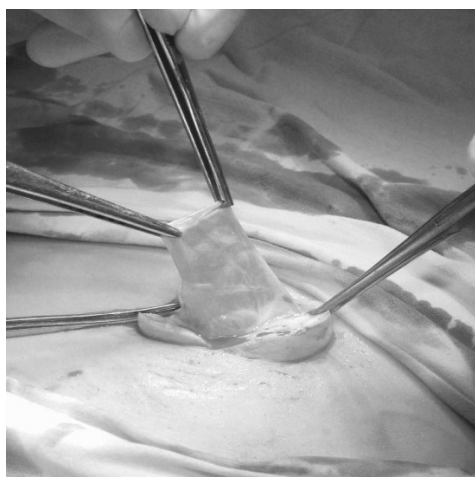
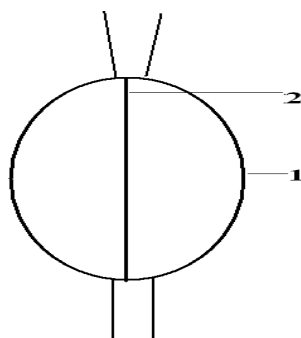


Рис. 1. Вид раны на этапе чреспупочного доступа. Выделен грыжевой мешок



Рис

2. Схематическое изображение чреспупочного доступа. 1 – пупок; 2 – разрез через пупок

Выделяли, вскрывали грыжевой мешок. При наличии в грыжевом мешке содержимого, последнее вправляли в брюшную полость, при необходимости – резецировали. Вскрытая полость грыжевого мешка представляет хороший обзор для хирургических манипуляций, разделения спаек и освобождения грыжевых ворот от фиксированных органов. Освобожденная полость использовали в качестве раневой апертуры для выполнения пластического этапа операции. Работа внутри грыжевого мешка удобна, поскольку нет нависания подкожной жировой клетчатки, которая при этом практически не травмируется. Сохраненный грыжевой мешок не препятствовал протезирующей пластике, которую выполняли под визуальным контролем. Способ интраперитонеальной пластики и сохранение грыжевого мешка позволяли нам исключить столь нежелательный контакт подкожной клетчатки с поверхностью эндопротеза. Последний моделировали несколько больших размеров, чем площадь грыжевых ворот. Захождение эндопротеза за края дефекта составлял 2-3 см. Далее интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез Реперен, по периметру фиксировали узловыми П-образными швами к брюшине. Данный эндопротез интенсифицирует репаративные процессы в зоне имплантации, соответствует таким требованиям как биоинертность, прочность, эластичность, гидрофобность, устойчивость к воздействию биологически активных и агрессивных жидкостей, антиадгезивность, обладает «памятью формы», не сокращается в размерах [15, 17, 18, 20, 21]. Поверх эндопротеза ушивали пупочное кольцо отдельными узловыми швами. Операцию завершали наложением швов на кожу пупка (рис. 3).

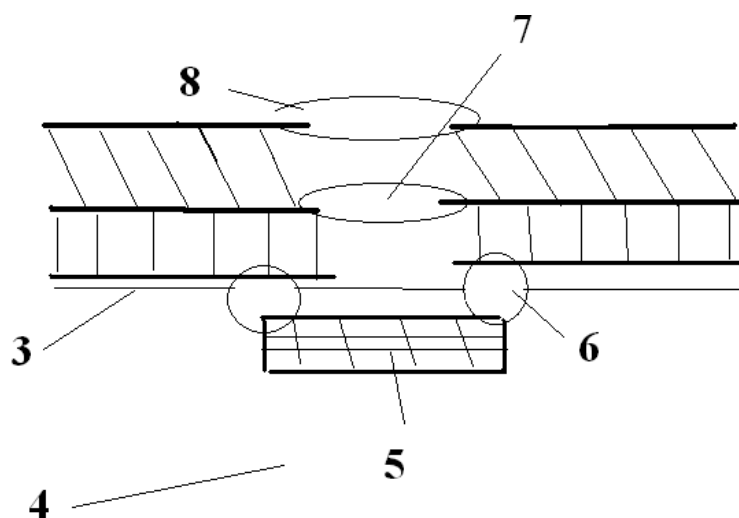


Рис. 3. Схематическое изображение расположения сетчатого эндопротеза интраперитонеально. 3 – брюшная; 4 – брюшная полость; 5 – сетчатый эндопротез; 6– узловые швы, фиксирующие эндопротез к брюшине; 7 – швы на апоневроз; 8 – швы на кожу

Результаты исследования

В 1-й группе по способу Маюо было прооперировано 29 пациентов (81%), по способу Сапезко прооперировано 7 пациентов (19%). Из них в плановом порядке прооперировано 29 пациентов (81%) и в экстренном порядке 7 пациентов (19%). В послеоперационном периоде отмечалась необходимость назначения помимо НПВС более сильных анальгетиков – трамадола 5% 2мл 2-3 раза в день, а иногда промедола – 2% 1мл 1-2 раза в день. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале колебалась от 4 до 6 баллов. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 7-8 дней. Швы снимали на 7-е сут. после операции. Кожные рубцы на передней брюшной стенке более выраженные, чем у пациентов 2-й группы. У 2-х пациентов (6,9%), оперированных в экстренном порядке, отмечалось нагноение послеоперационной раны, в связи с чем проводилась антибактериальная терапия, местная физиотерапия. Раны заживали вторичным натяжением. Пациентов выписывали из стационара на 8-9 сут. в удовлетворительном состоянии.

Во 2-й группе в плановом порядке оперировано 28 пациентов (87%), 4 пациента (13%) оперировано в экстренном порядке. В 1-е сут. после операции назначали постельный режим. На 2-е сут. больные самостоятельно вставали, передвигались по палате, обслуживали себя. При этом рекомендовалось ношение абдоминального бандажа. В качестве обезболивания в послеоперационном периоде назначали кеторол 30 мг 1 раз в день. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале пациентами отмечалась как «слабые» и «умеренные», что соответствовало 2-3 баллам. Послеоперационный период у пациентов данной группы протекал без осложнений. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 2-4 дня. Швы снимали на 7-е сут. в поликлинике по месту жительства. После снятия швов кожные рубцы в глубине пупка были практически не заметны (рис. 4).



Рис. 4. Рубец в области пупка через год после лечения (отмечен линией)

Обсуждение результатов исследования

Существует ошибочное мнение, что лечение пупочных грыж уже решенный вопрос, а применяемые рутинные оперативные вмешательства обеспечивают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты [2]. Однако, по данным литературы, рецидивы после лечения пупочных грыж традиционными методами составляют от 1 до 30% [5, 9, 12, 22, 24, 26, 30]. В 1901 г. американский врач Маюо предложил способ лечения пупочных грыж, идея которой заключается в создании дубликатуры из белой линии живота швом, который накладывают в поперечном направлении [11]. Недостатком способа Маюо является то, что белая линия живота не суживается, а наоборот расширяется. Деформируются и прямые мышцы, что является в

функциональном отношении невыгодным. При необходимости расширения доступа приходится пересекать мышцы, сосуды и нервы околопупочной области, формируется выраженный кожный рубец на передней брюшной стенке. Кроме того, следует отметить, что этот метод не устраняет диастаз прямых мышц [16]. В 1900 г. К.М. Сапежко предложил так называемую «сюртучную» пластику по аналогии с полами сюртука, которые застегиваются один на другой. При этом методе выполняют продольный разрез с обходом пупка слева, предполагается перестройка всей белой линии живота, накладывают П-образные швы на апоневрозы с захватом медиальных краев прямых мышц живота, при этом создают дубликатуру апоневроза и прямых мышц живота, что также сопровождается травматизацией последних [11]. При данном способе также формируется выраженный кожный рубец передней брюшной стенки.

В хирургическом лечении грыж брюшной стенки ведущие позиции заняла ненатяжная пластика с имплантацией сетчатого эндопротеза, что позволило существенно улучшить результаты и в несколько раз уменьшить частоту рецидивов [1, 4]. Всё большее распространение получает методика IPOM (intraperitoneal onlay mesh) – способ пластики брюшной стенки, который подразумевает доступ в брюшную полость (эндоскопический или открытый), интраперитонеальное размещение сетки с полным перекрытием имеющегося дефекта [3]. Основным материалом для ненатяжной пластики является полипропилен. В литературе описано формирование тонкокишечных и толстокишечных свищей, развитие кишечной непроходимости после применения такой сетки [18, 23, 25, 27, 29]. Известны следующие направления профилактики осложнений IPOM: новая техника изоляции, противоспаечные покрытия, современные синтетические материалы и альтернативные способы фиксации эндопротеза. Для отграничения сетки от петель кишечника используют большой сальник, отсепанованную брюшину, грыжевой мешок [6, 7, 8]. Многие авторы убеждены, что опасность контакта сетки с внутренними органами явно преувеличена, а внутрибрюшинное расположение сетки не ассоциировано с формированием кишечных свищей [19, 31].

Предложенный нами способ лечения пупочных грыж с использованием чреспупочного доступа и с интраперитонеальной пластикой эндопротеза Реперен по сравнению с традиционными методами Мауо и Сапежко является малотравматичным, более косметичным, щадящим по отношению к тканям, поскольку не травмируются мышцы, сосуды и нервы околопупочной области, не иссекается грыжевой мешок. Благодаря этому метод дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Выводы

1. Интраперитонеальная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами является простым и надежным способом в лечении пупочных грыж.
2. Отсутствие способности к сокращению в размерах эндопротеза из Реперена, а также его антиадгезивное свойство сводит к минимуму риск развития рецидива заболевания и интраабдоминальных осложнений, что позволяет чаще применять данный эндопротез в лечении пупочных грыж.
3. Чреспупочный доступ в лечении пупочных грыж является малотравматичным, и обеспечивает хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периодах.

Литература

1. Аверьянов М.Ю., Гаар Е.В., Горохов В.Н. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота // *Соврем. технол. мед.* – 2011. – №3. – С. 39-43.
2. Адамян А.А., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. Хирургическое лечение больных с грыжами белой линии живота и пупочными грыжами // *Герниология.* – 2008. – №4. – С. 25-26.
3. Беляев М.В., Осипов С.В., Поздняков И.В. Интрабрюшинная лапароскопическая пластика паховых грыж // *Герниология.* – 2009. – №3. – С. 6.
4. Винник Ю.С. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки. – Красноярск, 2011. – 260 с.
5. Воскресенский П. В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. – Москва: Медицина, 1965. – 326 с.
6. Григорьев С.Г. Новое и старое в проблеме обработки грыжевого мешка при паховых, пупочных и послеоперационных вентральных грыжах // *Вестн. эксперим. клин. хирургии.* – 2011. – №2. – С. 264-268.

7. Григорьев С.Г. Особенности внутрибрюшного эндопротезирования пупочных и послеоперационных вентральных грыж // Вестник Нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – №2. – С. 63-67.
8. Григорьева Т.С. Способ защиты кишечника от контактной травмы при интраперитонеальной пластике грыж передней брюшной стенки // Мат. 8-й конф. «Актуальные вопросы герниологии». – М. – 2011. – С. 65-66.
9. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоров'я, 2001. – 227 с.
10. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. – М.: Практика, 2002. – 148 с.
11. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 228 с.
12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь: Бизнес Информ, 2002. 438 с.
13. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М: МИА, 2005. – 400 с.
14. Жудро А.А. Острая боль в хирургической практике и её количественная оценка // Мед. новости. – 2007. – №7. – С. 12-18.
15. Клише У., Конце И., Ануров М. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) // Мат. конф. «Актуальные вопросы герниологии». – Москва. – 2002. – С. 21.
16. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.
17. Мизуров Н.А., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф. Применение синтетического полимера Реперен в лечении грыж // Нижегород. ведомости медицины. – 2007. – №4. – С. 39-40.
18. Романов Р.В., Паршиков В.В., Градусов В.П. Экспериментально-клиническое обоснование применения синтетического материала Реперен в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки // Нижегород. мед. журнал. – 2008. – №1. – С. 53-59.
19. Самсонов А.А. Применение полипропиленовой сетки для интраперитонеальной пластики при ущемленных грыжах // Герниология. – 2009. – №3. – С. 42.
20. Треушников В.М. Основные принципы создания биосовместимых имплантатов // Нижегород. ведомости медицины. – 2007. – №6. – С. 46-55.
21. Успенский И.В. Полимерные сетки «Реперен» // Нижегород. ведомости медицины. – 2006. – №1. – С. 8-9.
22. Arroyo A., Garcia A., Perez F. Randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults // Br. J. Surg. – 2001. – V.88. – P. 1321-1323.
23. Basoglu M. Late complications of incisional hernias following prosthetic mesh repair // Acta Chir. Belg. – 2004. – N4. – P. 425-428.
24. Bowley D.M.G., Kingsnorth A.N. Umbilical hernia, Mayo or mesh? // Hernia. – 2000. – N4. – P. 195-196.
25. Foda M., Carlson M.A. Enterocutaneous fistula associated with ePTFE mesh: case report and review of the literature // Hernia. – 2009. – N3. – P. 323-326.
26. Garcia-Urena M., Rico P., Seoane J. Hernia umbilical del adulto // Cir. Espanol. – 1994. – V.56. – P. 302-306.
27. Nicolson A. Colovaginal fistula: a rare long-term complication of polypropylene mesh sacrocolpopexy // J. Obstet. Gynaecol. – 2009. – N5. – P. 444-445.
28. Novotny T. Evaluation of a knitted polytetrafluoroethylene mesh placed intraperitoneally in a New Zealand white rabbit model // Surg. Endosc. – 2012. – N7. – P. 1884-1891.
29. Seker D. Long-term complications of mesh repairs for abdominal-wall hernias // J. Long Term Eff. Med. Implants. – 2011. – P. 3.
30. Venclauscas L., Silanskaite J., Kiudelis M. Umbilical hernia: factors indicative of recurrence // Medicina (Kaunas). – 2008. – V.44, N11. – P. 855-859.
31. Vrijland W.W. Intraperitoneal polypropylene mesh repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula // Br. J. Surg. – 2000. – N3. – P. 348-352.

Информация об авторах

Алибегов Расул Абакарович – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России, заведующий хирургическим отделением ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: alibegov-rasul@mail.ru

Мелконян Сергей Сосович – врач-хирург хирургического отделения ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: sergeymelkonyan9@gmail.com