

ПЛАСТИКА РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 13 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ

М.Б. Скворцов

Иркутский государственный медицинский университет
Иркутская государственная областная клиническая больница
Институт хирургии ВСФ СО РАМН, Иркутск, Россия

PLASTY RECURRENT POSTOPERATIVE ABDOMINAL WALL HERNIA. CLINICAL AND ANATOMICAL OBSERVATION OF THE PATIENT AFTER 13 YEARS OF THE PLASTY

M.B. Skvortsov

Irkutsk State Medical University
Irkutsk State Regional
Clinical Hospital Surgery Institute ESB SD RAMS Irkutsk, Russia

РЕЗЮМЕ

Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки составляют 20–26% всех наружных грыж живота и развиваются у 10–32% оперированных на органах брюшной полости. Для них характерно быстрое увеличение размеров, велика частота осложнений. Стандартной операции нет. Рецидивы встречаются у 14–15%. Аутопластические способы герниопластики (фасциально-апоневротическая пластика) не всегда надежны и радикальны. Аллопластические методики получили широкое распространение и применяются у 75–85% оперированных в Европе и в США. Эти методы небезупречны — отмечены изменения свойств самих имплантатов и их капсулы: уменьшается их площадь, эластичность и прочность, осложнения — (спайки, свищи, болевой синдром и дискомфорт). Поэтому поиск радикальных способов остается актуальным. Приведено описание клинического наблюдения после успешной локальной фасциально-апоневротической пластики многократно рецидивировавшей послеоперационной грыжи передней брюшной стенки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Автор рекомендует более широкое использование описанного способа герниопластики.

Ключевые слова:

послеоперационные грыжи живота, рецидивы, локальная пластика.

ABSTRACT

Postoperative abdominal wall hernias account for 20-26% of all external abdominal hernias and occur in 10 - 32% of the patients operated on the abdominal organs. They are characterized by a rapid increase in size, high rate of complications. There is no standard operation. Relapses occur in 14-15%. Autoplastic ways by fascial-aponeurotic plasty are not always reliable and radical. Alloplastic methods have been widely spread and used in 75-85% of operated in Europe and in the USA. These methods are not flawless- changes of the implants properties and their capsule were marked — their size, flexibility and strength are decreased, complications — adhesions, fistulas, pain and discomfort. Therefore, the search for radical ways remains relevant. The description of the clinical follow-up after successful local fascial-aponeurotic plastic surgery of the repeatedly recurrent postoperative abdominal wall hernia.

CONCLUSION

The author recommends the wider use of the described method of hernioplasty.

Keywords:

postoperative abdominal hernia, relapse, local plasty.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют до 20–26% от всех наружных грыж живота, занимая по частоте второе место после паховых. Эти грыжи возникают на месте лапаротомических разрезов. В среднем ПОВГ развиваются у 10–32% оперированных на органах брюшной полости. Предложено около 200 способов оперативного лечения ПОВГ [1, 2], но остается высокой частота рецидивов (14–15%), а повторные операции сопровождаются увеличением размеров грыжи до 20–64% [1–3]. Во многом неудов-

летворительные результаты оперативного лечения ПОВГ связаны с неадекватным выбором способа герниопластики [1, 4]. Стандартной операции при послеоперационных грыжах нет [3]. Аутопластические фасциально-апоневротические способы — Мартынова, Напалкова, Сапезко, Мейо, Сабанеева–Монакова — не всегда надежны и достаточно радикальны [1]. Активное внедрение аллопластики в лечение вентральных грыж позволило значительно уменьшить число рецидивов [1, 2, 4, 5]. Доля аллопластических операций при

лечении грыж передней брюшной стенки к концу 2-го тысячелетия в США и Европе составляет 75–85 % от общего их числа [5]. Однако после их использования отмечают рецидивы, гнойные свищи послеоперационной раны, невралгию в зоне оперативного вмешательства и другие осложнения — до 32% [1–5]. Имплантаты претерпевают физические изменения: уменьшается их площадь, эластичность и прочность, меняются свойства капсулы вокруг имплантатов [1, 3–5], могут возникать прочные сращения с внутренними органами, массивный спаечный процесс и кишечные свищи [4, 5]. Клинические проявления при использовании имплантатов выражаются дискомфортом в животе и формированием хронического болевого синдрома [4, 5]. Эти изменения имплантатов в брюшной стенке «являются предметом активной дискуссии» [1, 3–5]. Изложенное требует поиска наиболее эффективных, физиологичных и надежных методов пластики послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Приводим одно из наших многочисленных клинических наблюдений.

Н-в С.М., 66 лет. Проживает в пос. 3. Иркутской области. Пенсионер. Явился по приглашению 22.01.2013 для осмотра и возможного обследования. Ранее в возрасте 53 лет лечился и оперирован в отделении грудной хирургии ИГОКБ с 15.11.1999 по 01.12.1999 (Ист. 6-ни № 25782) с диагнозом «рецидивная послеоперационная грыжа передней брюшной стенки». При поступлении предъявлял жалобы на наличие грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке, мешающего жить, выполнять физические нагрузки, имели место диффузные боли в эпигастрии, больше справа, боли в области грыжевого выпячивания и в нижней половине живота.

Анамнез заболевания. В 1981 г. с диагнозом «ножевое ранение живота» оперирован в больнице по месту жительства. После операции появилась грыжа передней брюшной стенки. По поводу этой грыжи оперирован там же — наступил рецидив, оперирован там же повторно, но вновь возник рецидив. В очередной раз оперирован в г. Ч. — выполнена пластика грыжи по П.Н. Напалкову. В 1991 г. вновь произошла травма — автомобильная, носившая сочетанный характер и сопровождавшаяся переломами костей голени с разрывом брыжейки кишки. Оперирован в районной больнице. Это была уже 5-я операция. В 6-й раз оперирован в специализированном отделении крупной больницы, повторно по поводу рецидивировавшей послеоперационной грыжи передней брюшной стенки. Тем не менее вскоре после этой операции вновь наступил рецидив, по поводу которого обратился в наше отделение и был госпитализирован 15.11.1999. Таким образом, всего с 1986 г. который до поступления к нам пациент перенес 6 операций на брюшной стенке и в брюшной полости по поводу травм живота, кишечной непроходимости, рецидивов грыжи передней брюшной стенки. Объективно: на передней брюшной стенке пальпаторно и визуально выявлен дефект апоневроза размерами 15х23 см. Через него при натуживании выступают вперед и пальпируются петли кишечника. Пальпация передней брюшной стенки умеренно болезненна, определяется локальная болезненность в правом подреберье. Положителен симптом кашлевого толчка. Признаков ущемления нет. При фиброгастроскопии: патологии в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке не найдено. На серии рентгеновских флюорогастроэнтерограмм с контрастированным кишечником выявлено скопление контрастной массы в тонкой кишке, смещенной в левую половину брюшной полости, с задерж-

кой эвакуации. При ультразвуковом сканировании живота выявлены камни желчного пузыря. Установлен диагноз: «послеоперационная рецидивная грыжа передней брюшной стенки, спаечная болезнь, хронический калькулезный холецистит».

18.11.1999 — операция (М.Б. Скворцов): герниолапаротомия, холецистэктомия, тотальный энтеролизис, герниопластика.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхняя срединная лапаротомия с иссечением старого кожного рубца, рубцов апоневроза и межмышечного апоневротического истонченного рубца в верхней половине белой линии живота. При этом отмечено наличие высланной эндотелием (макроскопически) полости между листками апоневроза с серозной жидкостью (вероятно, после пластики по Напалкову), размеры дефекта апоневроза — грыжевые ворота — составили 15х23 см. На уровне пупка обнаружен еще один дефект апоневроза диаметром до 5 см. В желчном пузыре — несколько мелких конкрементов диаметром 2–4 мм. Желчный пузырь мобилизован и удален от шейки с отдельной перевязкой *d. Cysticus et a. Cystica*. Восстановлена печеночно-дуоденальная связка, частично ушито ложе пузыря. К Винслову отверстию установлен дренаж который выведен через дополнительный разрез в правом подреберье. При осмотре тонкой кишки выявлено тотальное сращение петель ее между собой с образованием плотного конгломерата, оттесненного в левую половину живота вследствие сращения правой половины большого сальника с париетальной брюшиной правого бокового канала. Сальник мобилизован, измененная его часть отсечена и удалена. С техническими трудностями произведено тотальное разделение петель тонкой кишки. Выполнена блокада брыжейки кишки раствором новокаина 0,25% (130 мл). Назоинтестинальная интубация по И.Р. Житнюку. Гемостаз. По краю грыжевого отверстия выделены медиальные края влагалищ прямых мышц живота и вскрыты продольным разрезом, после чего выделены и разъединены передняя стенка апоневроза прямых мышц и задняя стенка вместе с брюшиной. Раздельно узловыми швами сшиты задняя стенка апоневроза вместе с поперечной фасцией и брюшиной, затем сшита передняя стенка апоневроза, также узловыми швами. Отмечено, что слои апоневроза несколько истончены. После сшивания апоневроза обе прямые мышцы живота интимно сблизилась между слоями ушитого апоневроза. Шов тканей брюшной стенки над апоневрозом, швы на кожу. Асептические наклейки. Описание препарата: Удален желчный пузырь. Он несколько увеличен, стенка истончена, в его просвете — камни. Пузырный проток сужен до полной непроходимости.

Иссечены также рубцы апоневроза передней брюшной стенки. Все направлено на гистологическое исследование. Диагноз подтвержден.

В послеоперационном периоде был непродолжительный эпизод воздушной эмболии через подключичный катетер. Он бесследно прошел в течение суток в палате интенсивной терапии. Выписан без осложнений 01.12.1999. Был осмотрен в августе 2006 г. Жалоб не предъявлял, рубец на передней брюшной стенке линейный, тонкий, подвижный, в удовлетворительном состоянии. Рецидива грыжи не отмечено. После нашей операции занимался гиревым спортом, штангой, настольным теннисом, волейболом, хоккеем. С 2006 г. занимается выращиванием и «воспитанием» орловских рысаков, выездкой их, сам был наездником. После операции работал председателем спорткомитета района, затем был первым заместителем главы администрации района. В возрасте 64 лет (в 2009 г.) ушел на пенсию. В настоящее время на госслужбе не

работает, у себя дома выращивает коней, быков, содержит пчел, занимается охотой, рыбалкой.

При явке 22.01.2013 жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Питается обычной пищей, стул ежедневный, кал оформлен. Объективно: правильного атлетического телосложения, гиперстеник. Активен. Кожа и видимые слизистые не изменены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Мышечная система выражена хорошо. Грудная клетка правильной формы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симметрична. При пальпации не напряжена, не болезненна. По средней линии от мечевидного отростка до пупка и чуть ниже него — тонкий линейный послеоперационный рубец. Рубец подвижен, без болезненности. При глубокой пальпации и при кашле дефекты на передней брюшной стенке и в области операционного рубца не выявляются. В день осмотра в отделении ультразвуковой диагностики произведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (врач Н.О. Красникова).

Заключение: выражены умеренные диффузные изменения в печени, поджелудочной железе, селезенке: — структура однородная, очаговые изменения не выражены. Микронекролитиаз. Кисты почек с обеих сторон. Область надпочечников визуально не изменена. Лимфоузлы не визуализируются. Свободная жидкость и ее локальные скопления в брюшной полости не выявлены.

Дополнительно: при локализации брюшной стенки в зоне послеоперационного рубца дефектов апоневроза не обнаружено (рис. 1). Пациент продемонстрирован на заседании общества хирургов г. Иркутска и области 13.02.2013. При обсуждении замечаний не было.

Цель демонстрации:

1. Показать возможность радикального излечения неоднократно рецидивирующей послеоперационной грыжи передней брюшной стенки путем пластики грыжевых ворот локальными собственными тканями пациента.

2. Послойное «анатомическое» сшивание апоневротических тканей позволяет получить хорошее срастание тканей передней брюшной стенки и на длительный срок (в нашем наблюдении — 13 лет) устранить грыжу передней брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. — 2005. — № 3. — С. 85–87.
2. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. — М.: Медицина, 1990. — С. 191–219.
3. Оперативная хирургия / Под общ. ред. проф. И. Литтмана. — Будапешт: Изд-во Акад. Наук Венгрии, 1985. — С. 363–364.
4. Егизев В.Н., Лядов В.К., Богомазова С.Ю. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование // Хирургия. — 2010. — № 10. — С. 36–41.
5. Егизев В.Н., Шурыгин С.Н., Чижов Д.В. Результаты применения методики Лихтенштейна при лечении паховых грыж // Хирургия. — 2012. — № 10. — С. 30–34.

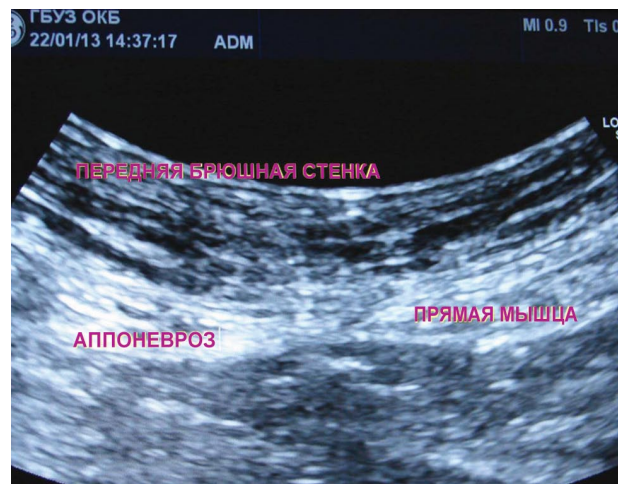


Рис. 1. Ультрасонограмма передней брюшной стенки Н-ва С.М. от 22.01.2013. Видна восстановленная средняя линия, по бокам от нее — восстановленные влагалища прямых мышц живота, в которых контурируются обе прямые мышцы живота. Соотношения близки к нормальным. При УЗ-осмотре на большом протяжении дефектов по средней линии не выявлено

ВЫВОДЫ

1. При рецидивных послеоперационных грыжах передней брюшной стенки по краю грыжевых ворот сохраняются естественные мышечно-апоневротические структуры передней брюшной стенки — влагалища прямых мышц живота и сами прямые мышцы.

2. После иссечения грыжевого мешка имеется техническая возможность выделить влагалища прямых мышц живота по периметру грыжевых ворот, расслоить их и при умеренном натяжении послойно сшить выделенные ткани — заднюю стенку апоневроза вместе с брюшиной, сблизить прямые мышцы живота и сшить переднюю стенку влагалищ прямых мышц живота. Это позволило излечить больного, избавив его от рецидива грыжи в течение многих лет и рекомендовать более широкое применение описанной методики.

Поступила 25.08.2013

Контактная информация:

Скворцов Моисей Борисович,

д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии
Иркутского государственного медицинского университета
e-mail: Skvortsov_mb@iokb.ru