

*Олимов А.Б. магистр
Жураев Г.Г. ассистент
Холматов М.Т. магистр
Комилжонов А.Э. магистр
Кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Резюме. Грыжесечение является одной из наиболее распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляя 10-21% от общего числа операций (Бородин И.Ф. и соавт.. 1986). К сожалению, далеки от совершенства результаты лечения, так как рецидивы заболевания наблюдаются в 15-20%, а при сложных формах грыж (больших косых и прямых паховых, рецидивных, скользящих, послеоперационных) - в 30-45% случаев (Жебровский В В., 2002; Alvares D. et al., 1974).

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, аллопластика, бронхолегочные осложнения, легочно-сердечная недостаточность, лазер гелий-неоновый.

*Olimov A.B. master
Zhuraev G.G. assistant
Kholmatov M.T. master
Komilzhonov A.E. master
Department of General Surgery
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan*

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT METHODS OF HERNIOPLASTY FOR POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Summary. Hernia repair is one of the most common operations in abdominal surgery, accounting for 10-21% of the total number of operations (Borodin I.F. et al. 1986). Unfortunately, the results of treatment are far from perfect, since relapses of the disease are observed in 15-20%, and in complex forms of hernias (large oblique and direct inguinal, recurrent, sliding, postoperative) - in 30-45% of cases (Zhebrovsky V.V. , 2002; Alvares D. et al., 1974).

Keywords: postoperative ventral hernia, alloplasty, bronchopulmonary complications, pulmonary heart failure, helium-neon laser.

Актуальность. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж является одной из наиболее сложных и актуальных проблем абдоминальной хирургии. По сводным статистическим данным, свыше 5% всех случаев лапаротомии осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж, причем у больных, перенесших аппендэктомию, - в 6% случаев, после операций на желудке - в 8-10%, после холецистэктомии - в 14%. По данным Bauer К. Н. et al. (1998) в экстренной хирургии частота образования послеоперационных вентральных грыж возрастает до 28-32%, общий же процент возникновения в настоящее время достигает 20-25% [5, 13, 17, 34, 93, 170].

Характерное для современного этапа развития хирургии увеличение количества полостных операций на органах брюшной полости, несмотря на широкое внедрение эндовидеохирургических методик, расширение объема вмешательств, увеличение числа повторных операций, а также постоянное увеличение среди оперируемых числа лиц пожилого и старческого возраста

привели к закономерному повышению частоты послеоперационных грыж (Amid J. P., 2002).

Как известно, целью любой герниопластики является механическое устранение дефекта грыжевых ворот с последующим развитием соединительнотканного рубца, надежно удерживающего места наложения швов. Лечение рецидивных больших и гигантских грыж живота остается актуальной задачей абдоминальной хирургии. В современной герниологии чаще используют синтетические материалы (Деметриашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В., 2008;). В настоящее время при пластике грыж эндопротез используют в одном из нескольких вариантов расположения по отношению к мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки on lay или sub lay. Основным недостатком пластики сетчатым протезом является развитие послеоперационных осложнений: нагноение, серома, гематома, отторжение протеза, формирование кишечных спаек и свищей (Загиров У.З., Салихов М.А., Исаев У.М., 2008; Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д., 2007).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем разработки патогенетически обоснованных способов операции, направленных на снижение осложнений, летальности в раннем послеоперационном периоде и частоты рецидивов грыж в отдаленные сроки.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе анализируется опыт лечения 96 больных с ПОВГ (послеоперационные вентральные грыжи), поступивших на лечение на базе кафедры Общей хирургии во II хирургическое отделение клиники Андиганского Государственного медицинского института за период с 2010-2022 годы. Эти больные составили 58,3% (168) поступивших больных с различными формами грыж живота. Из 96 пациентов, только 6 (6,2%) больных были ранее оперированы в нашей клинике, остальные 90 (93,7%) первичную

операцию перенесли в других лечебных учреждениях Ферганской долины. При этом нами использовались различные методы пластики грыжевых ворот.

Результаты и обсуждение. Современные данные медицинской статистики свидетельствует о повышении частоты формирования послеоперационных вентральных грыж до 10% в плановой хирургии и до 32-35% в экстренной хирургии, а также о высокой частоте рецидивирования данной патологии - 30-60% [1,41,143,202]. Подобные результаты обусловлены увеличением количества оперативных вмешательств в современной хирургической практике, расширением их объема, а также возникающим в результате хирургического лечения натяжением тканей по линии швов герниопластики, что и определяет возникновение рецидивов.

Операции по поводу ПОВГ, как правило, выполняются в сложных условиях спаечного и инфильтративно-воспалительного процессов, измененной анатомии, нередко на фоне утяжеляющих состояние больного гнойно-септических осложнений. отличается от первичного большей травматичностью, длительностью вмешательства, с риском ятрогенного повреждения кишечника при повторных операциях.

Операция грыжесечения при ПОВГ является серьезным вмешательством, сопровождающимся выраженной травматизацией, манипуляциями на патологически измененных тканях брюшной стенки и органах брюшной полости. Одним из наиболее дискуссионных вопросов остается проблема снижения вероятности развития различных послеоперационных осложнений в группе больных с наибольшим операционным риском. К этой категории относятся прежде всего пациенты с большим дефектом в сочетании с ожирением.

В связи с этим пациенты, с ПОВГ, требуют особенной предоперационной подготовки.

Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, витаминотерапию, коррекцию нарушений

сердечно-легочной деятельности, уменьшение веса больного (до 10-15 кг), объема живота и адаптации к повышенному внутрибрюшному давлению, а также профилактику тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

Больным назначали легкие слабительные, раз в 2-3 дня очистительные клизмы. После подготовки кишечника, в течении 2 суток до операции больной пьет только чай и воду. Дефицит солей, углеводов и белков, при необходимости, восполняют парентеральным введением солевых препаратов, концентрированных растворов глюкозы, аминокислот, белковых препаратов.

Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки больных с ПОВГ зависела от формы, величины и размера грыжи, наличия или отсутствия ее осложнений, возраста, а также сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии. Только комплексная подготовка больных к операции, особенно у людей пожилого и старческого возраста, позволяет расширить показания к оперативным вмешательствам, улучшает условия выполнения операции и способствует более гладкому течению послеоперационного периода.

Нами установлено, что при ПОВГ значительно нарушается механизм свёртывания крови: свёртывающая активность крови по 3 тестам (времени свёртывания, рекальцификации плазмы, толерантности плазмы к гепарину) значительно нарушается, наблюдается закономерное повышение фибриногена, а также показателей протромбинового комплекса (протромбин, проакцелерин, проконвертин). Отмечается повышение количества кровяных пластинок. При этом, показатели противосвёртывающей системы крови находятся в пределах нормы.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с ПОВГ нами исследована свертывающая и антисвертывающая система крови. Мы изучили свертывающую и антисвертывающую систему крови у 97 больных (в том числе 15 мужчин и 82 женщин) в возрасте от 32 до 74 лет, 8 из них были старше 50 лет.

Вывод. 1. Основными причинами рецидива послеоперационных вентральных грыж являются тактические и технические нарушения при выполнении герниопластики.

2. Применение ненатяжных способов герниопластики методологически обосновано при наличии обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж, длительном анамнезе грыженосительства, морфофункциональной несостоятельности тканей в области грыжевого дефекта и позволяет снизить рецидивы заболевания с 13,7 до 2,2%.

3. Эндовидеохирургический способ герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах целесообразно использовать при наличии средних грыж и/или нескольких малых грыж.

4. Использование эндовидеохирургического способа герниопластики позволяет сократить в 2,7 раза сроки пребывания пациентов в стационаре, снизить в 2 раза длительность наличия у пациентов выраженного болевого синдрома, ускорить в 3,5 раза восстановление двигательной активности и в 2,6 раза сократить время нетрудоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аболмасов А.В. Оптимальный метод коррекции пахово-мошоночных грыж // Сборник тезисов XVI Съезда Российского Общества эндоскопических хирургов. – Москва, 2013. – С. 2.

2. Аветисян А.Ю. Герниопластика в условиях стационара «одного дня» у больных с паховыми и пупочными грыжами // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва. – 2006г. – 25С.

3. Алекберзаде А.В., Калюжная Е.Н. и др. Особенности острой фазы системного ответа на воспаление после пластики пахового канала PHS // Материалы VII Конференции "Актуальные вопросы герниологии". – Москва, - 2010г. – С. 17-19.

4. Алекберзаде А.В., Калюжная Е.Н. и др. Оценка эффективности пластики пахового канала проленовой герниосистемой // Материалы VII

Конференции "Актуальные вопросы герниологии". – Москва, - 2010г. – С. 15-17.

5. Алиев С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2010.-N 5.-С.109-113

6. Алишихов Ш.А., Богданов Д.Ю. и др. Результаты применения протезирующих паховых герниопластик// Материалы VII Конференции "Актуальные вопросы герниологии". – Москва, - 2010г. – С. 21-23.

7. Аляутдинов Р.Р. Герниопластика по Лихтенштейну (показания, техника операции) // Автореф. дисс. канд. мед.наук. – Москва. – 2003г. – 23с.

8. Антропова Н.А. Оперативное лечение первичных сложных и рецидивных грыж с аллопластикой по оригинальному способу // Автореф. дисс. канд. мед.наук. – Екатеринбург. – 2002г. – 19с.

9. Баранов Г. А., Волков Б. А., Карбовский М. Ю., Серебряков В. Н. Особенности течения послеоперационных вентральных грыж при наличии спаечного процесса в брюшной полости // Материалы III международной конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2004. - С. 5-6.

10. Бабурин А.Б. и др. Открытые ненатяжные вмешательства по поводу паховых грыж у мужчин молодого возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: www.science-education.ru/105-6993