

УДК 617.55-007.43 (575.2) (04)

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
И РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СЕТКИ**

*А.И. Мусаев* – докт. мед. наук, проф.,

*К.О. Абдыкалыков* – соискатель

---

е object of the work was to improve the methods of prolen net fixation and the prophylactic measures of complications in patients with postoperative ventral hernia. 47 patients were operated. In long-term period from 6 months to 3 years there were no recidivations.

Лечение послеоперационных вентральных грыж до сих пор остается одной из основных проблем абдоминальной хирургии. Это обусловлено тем, что все больше и больше на органах брюшной полости выполняется операций, после которых возникает ряд осложнений, особенно раневых, являющихся одной из причин возникновения грыж в отдельные сроки [1, 2].

В лечении послеоперационных грыж существует много методов, большинство которых представляет пластику собственными тканями, но при этом в раннем послеоперационном периоде, особенно при наличии больших и гигантских грыж, возникают осложнения: парез кишечника, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, а в отдаленных случаях – рецидив грыжи (от 10 до 44%). В пластике грыжевых ворот при больших грыжах использовали и кожные лоскуты, но недостаток их в том, что они быстро рассасываются, что тоже ведет к рецидиву болезни [2, 3]. Применение синтетических материалов (капрон, лавсан) вызывают реакцию окружающих тканей, нередко возникает гнойно-воспалительные осложнения, при которых необходимо удалить сетку, а в отдаленные сроки возникает рецидив [1, 4].

В последние годы созданы сетки нового поколения из полипропилена, полигланина, полиэфира и др., которые не вызывают реакции окружающих тканей, не рассасываются и имеют высокую прочность, после применения которых редко возникает рецидив [5, 6].

Однако при использовании этих сеток большое значение в профилактике рецидива имеет способ их фиксации. До настоящего времени не разработан окончательный метод фиксации, особенно при больших и гигантских грыжах, и меры профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Цель работы – разработать способы фиксации проленовой сетки и меры профилактики при послеоперационных вентральных грыжах.

**Материал и методики исследования.** Наши наблюдения основываются на результатах обследования и оперативного лечения 47 больных с большими и гигантскими грыжами, к которым применены разработанные нами две методики фиксации проленовой сетки. Больные, оперированные по поводу остро-

го холецистита – 17 чел., острого аппендицита – 16 чел., рецидива пупочных грыж – 14 чел. Возраст их колебался от 24 до 70 лет, а давность существования грыжи от одного года до

10 лет. Из 47 больных – 8 с ущемлением грыжи, 9 – с невправимыми.

Перед операцией осуществляли детальное обследование больных для выявления сопутствующих заболеваний и оценки их тяжести: помимо общего анализа крови и мочи, флюорографии органов грудной клетки и ЭКГ, выполняли УЗИ органов брюшной полости и почек для определения размеров грыжевых ворот, грыжевого мешка и характера грыжевого содержимого (сальник, кишечник). Из биохимических анализов исследовали печеночные (билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, общий белок) и почечные (мочевина, креатинин) тесты, коагулографию. Особое внимание обращали на показатели внешнего дыхания, по результатам которых в сочетании с клиническими данными определяли необходимый тип операции.

Операцию осуществляли под эндотрахеальным наркозом или перидуральной анестезией, которые позволяют добиться оптимальных условий для выполнения пластики грыжевых ворот.

Так как в руководствах нет еще детального описания методов фиксации проленовой сетки, мы позволили себе изложить в статье весь ход операции при послеоперационных вентральных грыжах и меры профилактики осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** Выбор метода операции зависел от показателей внешнего дыхания, ЭКГ и клинических данных, но за основу брали все же показатели внешнего дыхания. Если они были ниже нормы на 30–35%, необходимо было выполнить тот метод пластики, при котором сохраняется объем брюшной полости и этим самым можно предотвратить ранние осложнения.

Иссекали кожу вместе с послеоперационными рубцами, выделяли осторожно грыжевой мешок острым, частично тупым путем с осуществлением тщательного гемостаза. Вскрывали грыжевой мешок, затем содержимое мешка вправляли в брюшную полость, но у 5 больных рубцово-измененный сальник частично был резецирован.

Избыток мешка иссекали и зашивали брюшину. К мышечно-апоневротическим краям подшивали проленовую сетку: вначале обвивным швом, отступая от края на 1,5–2 см, а затем накладывали 2–3 узловых шва и вновь обвивной шов чередовали с узловым, что обеспечивало надежную фиксацию сетки (рис. 1). Если пользоваться только обвивным швом, то при прорезывании даже только одного шва сетка ослабевает, отходит от края, что может явиться причиной рецидива. После фиксации сетки (швы нанесены на кожу) в подкожной клетчатке осуществляли сквозной дренаж с боковыми отверстиями и после операции осуществляли активную аспирацию. Дренаж, как правило, удаляли лишь при отсутствии отделяемого. Швы снимали на 8–9 сутки после операции. Эта методика была применена нами 28 больным с большими и гигантскими послеоперационными грыжами. Осложнений в раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали.

В тех случаях, когда показатели внешнего дыхания были в пределах нормы, либо на уровне нижней границы нормы, после иссечения кожного рубца, выделения грыжевого мешка и вправления грыжевого содержимого, брюшину ушивали и грыжевые ворота ушивали узловыми швами с захватом мышечно-апоневротического слоя, но только сближая края раны. Поверх мышечно-апоневротического слоя укладывали проленовую сетку на всем протяжении шва и, отступая от шва на 1,5–2 см, с обеих сторон накладывали по 2–3 П-образных шва, а затем края сетки подшивали к апоневрозу узловыми швами (рис. 2).

В подкожную клетчатку также подводили сквозной дренаж для активной аспирации содержимого. Эта методика применена нами 19 больным. И в этой группе оперированных осложнений в раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали.

С целью профилактики воспалительных осложнений за час до операции вводили цефазолин 1,0 мл и к концу операции еще 1,0 мл цефазолина внутривенно, а при ущемленных грыжах цефазолин назначали еще на протяжении двух суток.

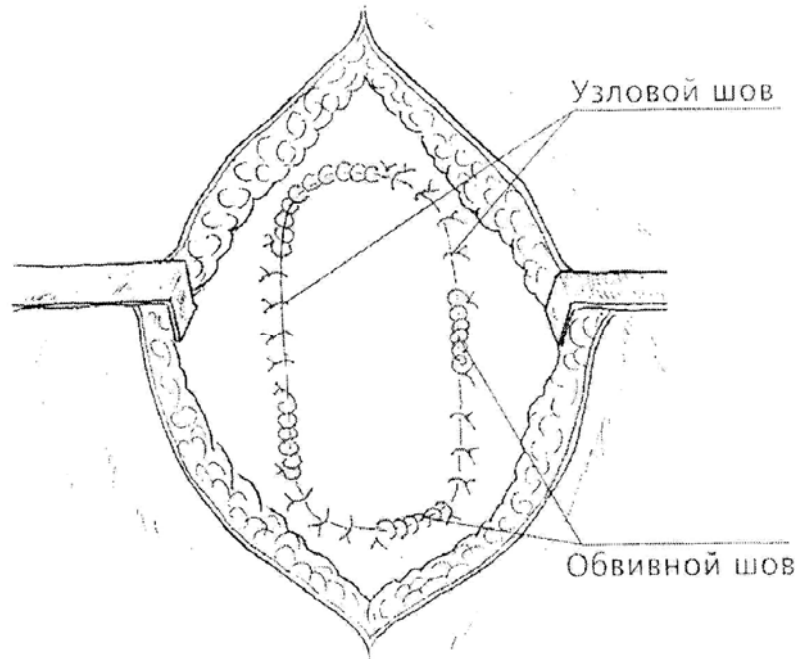


Рис. 1. Фиксация проленовой сетки при сохранении объема брюшной полости.

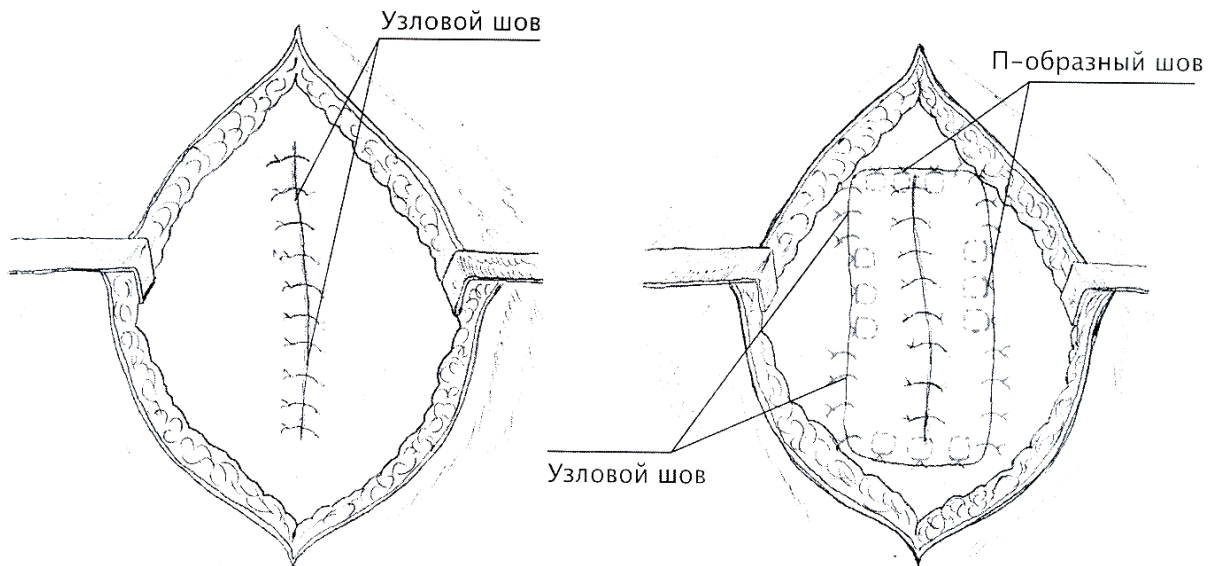


Рис. 2. Фиксация проленовой сетки для укрепления мышечно-апоневротического шва.

Мы проанализировали клинические показатели при использовании проленовой сетки:

повышение температуры после операции до  $37,5-37,7^{\circ}$  на протяжении 3-4 суток было у 18

из 47 оперированных, а у остальных температура была нормальной.

Мы сторонники активного ведения больных после операции, поэтому уже через 3–4 часа после операции выполняли дыхательную гимнастику, разрешали движения во всех направлениях. Через сутки больные садились, ходили по палате, продолжали выполнять комплекс дыхательной гимнастики, швы снимали на 8–9, реже 10 сутки.

Среднее пребывание в стационаре в группе оперированных по первой методике составило  $10,4 \pm 1,1$  койко-дней, а по второй –  $8,6 \pm 0,92$  койко-дней.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 3 лет у 41 из 47 оперированных больных, ни у одного рецидива грыжи не выявлено, что подтверждает надежность избранной нами методики фиксации проленовой сетки, мер профилактики осложнений и ведения послеоперационного периода.

#### Литература

1. Заривчатский М.Ф., Яковкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи. – Пермь, 1996. – 146 с.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоровья, 2001. – 280 с.
3. Ороховский В.И., Папазов Ф.К., Дудниченко А.С. Хирургическое лечение больших вентральных грыж у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 1992. – №2. – С. 85–89.
4. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.В. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом // Хирургия. – 2002. – №6. – С. 38–41.
5. Киричев А.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 2001. – 86 с.
6. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. – 2005. – №3. – С. 85–87.