



В. В. Бойко, В. П. Далавурак,
С. А. Савви, В. Н. Лыхман,
Ф. П. Воробьев,
Л. А. Пономарев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. В статье изложен опыт, накопленный в отделении хирургии пищевода и желудочно-кишечного тракта Института общей и неотложной хирургии, в плановом лечении больных наружными грыжами живота. Оперировано 2358 грыженосителей. Применялись различные соответствующие способы грыжесечений с оценкой осложнений и летальных исходов. Послеоперационные осложнения отмечены у 2,2% оперированных. Послеоперационная летальность — 0,16%.

Ключевые слова: наружные грыжи живота, хирургическое лечение, осложнения.

Введение

Согласно многочисленным годовым отчетам о работе отделения хирургии пищевода и желудочно-кишечного тракта ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», больные с наружными грыжами живота составляют 9,9% от общего числа госпитализированных, или 2592 пациента, из которых 2358 оперированы. Хирургическая активность при грыжах живота, по нашим данным, составляет 91%, послеоперационная летальность — 0,16% [3].

Наружные грыжи живота представляют собой выход под кожу из брюшной полости внутренних органов вместе с покрывающей их париетальной брюшиной через слабые места брюшной стенки. Составными частями грыжи живота являются грыжевые ворота, грыжевой мешок, образуемый листком париетальной брюшины, и содержимое, которым может быть любой орган брюшной полости. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Встречаются также многокамерные грыжевые мешки. Грыжевой мешок может не полностью покрывать выпячивающийся орган — «скользящая» грыжа [2, 5, 6, 7, 8].

В зависимости от анатомического расположения различают грыжи паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, поясничные, запирабельные, седалищные, боковые, промежностные, грыжи мечевидного отростка, пуповинные или эмбриональные.

Грыжи принято делить на врожденные и приобретенные; травматические и послеоперационные; полные и неполные; вправимые и невправимые; осложненные и неосложненные.

По данным литературы первое место по частоте занимают паховые грыжи, далее следуют бедренные, пупочные, эпигастральные, послеоперационные и, наконец, все остальные. Паховые грыжи чаще встречаются у мужчин, а бедренные и особенно пупочные — у женщин [2, 6, 8].

Появление грыжи обуславливается причинами общего и местного характера. Первые делятся на предрасполагающие и производящие. Основным патогенетическим фактором, способствующим развитию грыжи живота, считается слабость мышечного и связочного аппаратов брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления.

Застой содержимого в кишечных петлях, находящихся в грыже, способствует травматизации ее и развитию спаек между грыжевым содержимым и стенками грыжевого мешка, рубцовым изменениям его стенки, что является причиной развития невраправности грыжи [6, 8].

Радикальная операция по поводу грыжи заключается в удалении грыжевого мешка и укреплении слабого участка брюшной стенки в области грыжевых ворот путем пластики местными тканями или с применением аллотрансплантатов [1, 3, 4, 6, 7, 8].

Цель работы — анализ плановых грыжесечений. Вопросы хирургического лечения ущемленных грыж нами подробно изложены в статье «Диагностические, тактические и лечебные ошибки при ущемленных грыжах» (2004) [2].

Материалы и методы

Из 2358 больных, оперированных нами в плановом порядке по поводу наружных грыж живота, у 1375 (58,3%) — были паховые грыжи, у 325 (13,8%) — послеоперационные, у 311 (13,2%) — бедренные, у 241 (10,2%) — пупочные и у 106 (4,5%) — грыжи белой линии живота.

Комплекс обследования, кроме общеклинических, должен включать исследования углеводного и белкового обмена, уровня эндогенной интоксикации, коагулограмму, УЗИ зоны грыжевых ворот и органов брюшной полости, ФГДС, ФВД и внутрибрюшного давления (ВВД) в динамике.

Из оперативных пособий при послеоперационных вентральных грыжах наиболее часто используют метод Сапежко, Напалкова, Лихтенштейна, Ривза, Стаппа и др.



Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинического материала показал, что из 2358 оперированных у 51 (2,2%) человека имели место послеоперационные осложнения: нагноение раны у 28 (1,2%); инфильтрат — у 10 (0,4%); ранняя спаечная непроходимость кишечника — у 3 (0,13%); пневмония — у 2 (0,08%); эвентрация — у 2 (0,08%); внутрибрюшное кровотечение — у 1 (0,04%); геморрагический инсульт — у 1 (0,04%); ТЭЛА — у 1 (0,04%) и лигатурный свищ — у 1 больного.

После операции умерли 4 человека, что соответствует послеоперационной летальности 0,16%.

Косая паховая грыжа повторяет путь, который проделало яичко вместе с влагалищным отростком брюшины, опускаясь в мошонку. В косой паховой грыже грыжевой мешок располагается в толще семенного канатика. По отношению к элементам семенного канатика грыжевой мешок лежит кнаружи и кпереди от сосудов и семявыносящего протока.

При операциях по поводу косой паховой грыжи укрепляют переднюю стенку пахового канала, чаще по Жирару—Кимбаровскому.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку, расположенную против поверхностного пахового кольца. Оперируя больного с прямой паховой грыжей укрепляют заднюю стенку пахового канала по Бассини в разных модификациях.

Для больших паховых грыж рекомендуется способ Кукуджанова, позволяющий восстановить заднюю стенку пахового канала с использованием лонной связки, влагалища прямой мышцы живота, апоневроза поперечной мышцы.

При больших и особенно рецидивных грыжах применяют способы операций, при которых проводят ауто-, аллопластику для укрепления передней или задней стенок пахового канала. Наиболее распространенными сетчатыми аллотрансплантатами, применяющимися для пластики брюшной стенки при грыжах, являются лавсан, дедерон, полипропилен.

Бедренные грыжи по частоте занимают второе место после паховых, и обычно содержат тонкую кишку и сальник, редко мочевой пузырь. Способы операций при бедренных грыжах делятся на три группы: а) внутрибрюшинные; б) со стороны пахового канала; в) со стороны бедра.

В нашей клинике при бедренных грыжах применяют паховый способ, который заключается во вскрытии пахового канала выше и параллельно пупартовой связке. По рассечении апоневроза наружной косой мышцы отодвигают кверху мышцы вместе с круглой связкой матки или семенным канатиком, рассекают листок поверхностной фасции и из предбрюшинной клетчатки выделяют шейку грыжевого мешка, а потом вытягивают его из бедренного канала. После его удаления грыжевые ворота ушивают 4—5 капроновыми швами,

соединяющими паховую и верхнюю лобковую связки, затем укрепляют заднюю стенку пахового канала по Бассини.

Пупочные и грыжи белой линии живота оперируют по методике Мейо. Одной из разновидностей пупочных грыж можно условно считать пуповинную или эмбриональную грыжу. Это врожденный порок развития, при котором дефект брюшной стенки замещен оболочками пуповины. Происхождение эмбриональной грыжи связывают с нарушением развития плода в первые недели внутриутробной жизни. При этой грыже пуповинные оболочки выполняют функцию грыжевого мешка, покрывая внутренние органы брюшной полости прозрачной пленкой. В зависимости от размеров дефекта брюшной стенки различают малые эмбриональные грыжи (дефект диаметром до 5 см), средние (дефект диаметром до 10 см) и большие.

Одному из нас (В.П. Далавурак) в 1962 году довелось оперировать 14-летнюю девочку по поводу эмбриональной грыжи. Дефект брюшной стенки 10×10 см покрывала прозрачная пленка, через которую видны перистальтирующие петли кишечника. После иссечения по краю дефекта прозрачной пленки и мобилизации прямых мышц живота и кожи удалось закрыть дефект брюшной стенки собственными тканями без натяжения типа дубликатуры по Сапежко. Наступило выздоровление.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает группа больных с послеоперационными вентральными грыжами, прежде всего с большими и гигантскими грыжами, так как они требуют тщательной специальной предоперационной подготовки в виде тугого стягивания живота и тренировки сердечно-дыхательной системы применительно к условиям, которые возникнут в связи с ликвидацией грыжи. Эти больные также нуждаются в тщательном анестезиологическом и реаниматологическом обеспечении. Распределение больных по видам операций представлено в таблице.

Из четырех умерших один больной, 72 года, умер после грыжесечения по Бассини от острого геморрагического инсульта с кровоизлиянием в желудочки мозга, возникшем в раннем послеоперационном периоде. Больная, 52 года, оперированная по Сапежко по поводу гигантской послеоперационной грыжи умерла от ТЭЛА. У больной, 65 лет, после грыжесечения по Напалкову возникла ранняя спаечная непроходимость кишечника, в связи с чем были выполнены релапаротомия, висцеролиз, интубация кишки через аппендикоекостому. Однако на 7-е сутки после операции больная умерла от острой сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза, аутоиммунного тиреоидита Хашимото, общего ожирения III ст. После грыжесечения по Напалкову по поводу большой послеоперационной грыжи от острой сердечно-легочной недостаточности умерла больная, 67 лет.



Распределение больных по видам операций

Способ операции	Всего больных	%	Умерли	%
Грыжесечение по Бассини	865	36,7	1	0,04
Грыжесечение по Жирару—Кимбаровскому	444	18,8	—	—
Грыжесечение по Мейо	250	10,6	—	—
Грыжесечение по Сапезко	240	10,2	1	0,04
Грыжесечение по Напалкову	215	9,1	2	0,08
Грыжесечение по Лихтенштейну	132	5,6	—	—
Грыжесечение по Ривзу	142	6,0	—	—
Грыжесечение по Стаппа	41	1,7	—	—
Грыжесечение по Кукуджанову	29	1,2	—	—
ИТОГО	2358	100	4	0,16

Выводы

Отрадно отметить, что за последние 30 лет летальных исходов после плановых грыжесечений в клинике не зарегистрировано. Следует отметить, что наибольшую опасность представляют

гигантские послеоперационные вентральные грыжи. Такие больные должны после тщательного обследования и оценки состояния оперироваться в специализированных клиниках. Только в таком случае следует рассчитывать на успех.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Власов В.В.* Этиология, патогенез, профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: спец. «Хирургия» / В.В. Власов. — Львов, 2002. — 32 с.
2. *Диагностические, тактические и лечебные ошибки при ущемленных грыжах* / В.В. Бойко, В.П. Далавурак, Ф.П. Воробьев [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2004. — №1—2. — С. 76—80.
3. *Лихман В.М.* Экспериментально-клінічне обґрунтування комплексного хірургічного лікування хворих з великими і гігантськими післяопераційними вентральними грижами: автореферат дис. ... канд. мед. наук: спец. «Хирургия» / В.М. Лихман. — Дніпропетровськ, 2005. — 20 с.
4. *Профилактика и лечение осложнений после операций по поводу грыж брюшной стенки* / В.В. Бойко, В.Н. Лыхман, В.П. Далавурак, С.А. Савви // Харківська хірургічна школа. — 2004. — №1—2. — С. 80—82.
5. *Современные принципы открытой пластики послеоперационной грыжи брюшной стенки больших размеров* / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, А.П. Мазур [и др.] // Клиническая хирургия. — 2003. — №11. — С. 27—30.
6. *Тоскин К.Д.* Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. — М.: Медицина. — 1990. — 272 с.
7. *Хирургическая реконструкция брюшной стенки с использованием удвоенной полипропиленовой сетки у больных с гигантской послеоперационной грыжей* / Я.П. Фелештинский, М.П. Черенько, Ю.В. Игнатовский, С.М. Пиотрович // Клиническая хирургия. — 2002. — №5—6. — С. 25—28.
8. *Черенько М.П.* Черевні грижі / М.П. Черенько. — К.: Здоров'я, 1995. — 264 с.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНІМИ
ГРИЖАМИ ЖИВОТА

*В. В. Бойко, В. П. Далавурак,
С. О. Савві, В. М. Лихман,
Ф. П. Воробйов,
Л. О. Пономарьов*

Резюме. У статті викладено досвід, накопичений у відділенні хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту Інституту загальної та невідкладної хірургії у плановому лікуванні хворих із зовнішніми грижами живота. Оперовано 2358 грижоносіїв. Використовувалися різноманітні способи грижовисічення з оцінкою ускладнень та летальних випадків. Післяопераційні ускладнення відзначено у 2,2% оперованих. Післяопераційна летальність — 0,16%.

Ключові слова: *зовнішні грижі живота, хірургічне лікування, ускладнення.*

SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH
EXTERNAL ABDOMINAL
HERNIAS

*V. V. Boyko, V. P. Dalavurak,
S. A. Savvy, V. N. Lyhman,
F. P. Vorobiev, L. A. Ponomarev*

Summary. The article describes the experience of the Department of surgery of the esophagus and gastrointestinal tract of the Institute of General and Emergency Surgery in the planned treatment of patients with external abdominal hernias. 2358 patients were operated. Used a variety of appropriate ways of herniotomy with the assessment of complications and mortality. Postoperative complications were noted in 2,2% of cases. Postoperative mortality 0,16%.

Key words: *external abdominal hernias, surgical treatment, complications.*