



В.В. Бойко, Г.Д. Доценко,
Д.Г. Доценко

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

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГРЫЖ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 257 больных с разными видами грыж, которым выполнены ауто- и аллопластика. Показано, что профессиональное владение обеими методами расширяет арсенал хирургического пособия и способствует индивидуальному дифференцированному подходу к выбору метода герниопластики.

Ключевые слова: хирургическое лечение грыж, ауто- и аллопластика, выбор метода лечения.

Введение

Грыжесечение – одна из наиболее распространенных операций, которая составляет 10-15 % всех хирургических вмешательств [1, 2]. Предложено множество вариантов герниопластики. По данным М.Е. Ничитайло только при паховых грыжах их число достигает 400 [2]. Однако это не сделало проблему лечения разных видов грыж менее важной. С одной стороны, это обусловлено, прежде всего, широкой распространенностью и социальной значимостью данной патологии среди всех возрастных групп; с другой – сложностью и вариабельностью различных видов грыж, их склонностью к осложнениям и рецидивам.

Внедрение современных открытых и эндоскопических аллогерниопластик создали новые возможности в лечении грыж, сделали более доступными эти вмешательства и улучшили результаты лечения [1, 2, 3, 4]. Однако полностью устранить осложнения и рецидивы даже с помощью современных технологий не удалось. По мере накопления опыта применения аллогерниопластики, увеличения сроков наблюдения за больными, растет число критических замечаний и сообщений о недостатках, осложнениях и рецидивах.

Грыжесечение с использованием сетчатых аллопластических материалов в последние годы заняли доминирующее положение и практически вытеснили методы герниопластики собственными тканями. Этому способствовали сложность и многообразие вариантов классических методов грыжесечения, требующих опыта и глубоких знаний анатомии, патоморфологии и структуры тканей в зоне операции, учета вида грыжи, длительности ее существования, наличия осложнений, рецидива и других факторов, которые должны учитываться при выборе метода герниопластики и его технического исполнения. Недостаток опыта является главной причиной неудовлетворительных результатов, осложнений и рецидивов при выполнении классических грыжесечений. Герниопластика с использованием сетки, несколько стандартизировало и

упростило технику операции, что и привело к улучшению результатов, снижению риска развития рецидива. Однако и при этой методике опасность развития осложнений (инфильтратов, нагноений, отторжения и др.) сохраняется. По мнению многих авторов присутствие «инородного тела» способствует образованию мощных сращений и спаек между тканями и сеткой, формированию грануляционной ткани и рубца, которые вызывают деформацию в зоне герниопластики. В.В. Жебровский и соавт. считают, что «...требует глубокого осмысления ситуация, когда независимо от возраста и вида грыжи, без учета ее клинических особенностей осуществляется имплантация» [1]. Таким образом проблема лечения грыж продолжает оставаться важной и актуальной.

Цель работы

Анализ результатов грыжесечений собственными тканями и с использованием аллопластических сетчатых материалов с целью определения дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики.

Материалы и методы исследования

Были изучены результаты лечения 257 пациентов с различными видами грыж, которые находились на лечении в ХГКБСНМП им. А.И. Мещанинова в 2002-2011 годах. Все больные были подвергнуты хирургическому лечению, причем вмешательства выполнялись одним составом хирургов. Возраст пациентов был от 20 до 92 лет (средний возраст 65 лет); 23,5 % больных были моложе 50 лет, 17,5 % – старше 70. Женщин было 48, мужчин 186. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены у 3 (1,94 %) пациентов в виде инфильтрата после герниопластики сеткой по поводу паховой и послеоперационной вентральной грыжи. Результаты лечения после выписки пациентов оценивались контрольными осмотрами и письменными анкетными сообщениями. Грыжесечение собственными тканями выполнено 219 пациентам



(85,2 %), аллопластическая герниопластика сеткой – 38 (14,8 %).

Все больные разделены на 3 группы. Первую составили пациенты с паховой грыжей 192 (74,6 %), вторую – больные с послеоперационными грыжами брюшной стенки 47 (19,4 %), третью – пациенты с пупочными грыжами и грыжами белой линии живота 15 (6 %). Кроме того мы располагаем наблюдениями за 21 пациентом с осложнениями после грыжесечений с применением сетки, выполненных в других лечебных учреждениях города и области. Среди них отмечены следующие осложнения: у 1 – рецидив грыжи с ущемлением, которое потребовало urgentной хирургической помощи, выполнение которой сопровождалось большими техническими трудностями; у 5 – незаживающие свищи; у 7 – стойкие инфильтраты; у 8 пациентов – деформация рубца, ощущение инородного тела с болевым синдромом; у некоторых пациентов отмечено сочетание осложнений.

Результаты исследований и их обсуждение

Современное хирургическое лечение грыж основывается на герниопластике собственными тканями (Жирана, Бассини, Кукуджанова, Шулдиса и другие) или герниопластических методах с использованием синтетических материалов. Паховые грыжи диагностированы у 192 больных (74,6 %). Среди них ущемление отмечено у 15 пациентов, рецидивные – у 28, скользящие – у 13, одно и двухсторонние пахово-мошоночные грыжи больших размеров – у 37. При лечении паховых грыж надежность герниопластики определяется укреплением задней стенки пахового канала, его ликвидацией и формированием пахового кольца, независимо от того, используются для пластики собственные ткани или аллопластика сеткой.

В процессе вмешательства редко когда удается выполнить грыжесечение, в точности соответствующее той или иной методике операции. Чаще всего используется принцип герниопластики. Наш опыт и данные литературы подтверждают, что все предложенные методы герниопластики имеют слабые места и недостатки, что отражается на результатах, а вариабельность морфологических изменений в зоне образовавшейся грыжи не позволяют стандартными методами обеспечить надежность операции. Отсюда постоянный поиск новых методов лечения грыж, и это нашло свое решение в использовании сетчатых аллотрансплантантов.

На 192 грыжесечения аллогерниопластика с использованием сетки выполнена 17 пациентам с обширными пахово-мошоночными, рецидивными и скользящими грыжами. Этот вид герниопластики показан также пациентам со

слабыми, дегенеративно-измененными и рубцовыми тканями пахового канала, когда указанный метод практически безальтернативный. Осложнений и рецидивов в этой группе больных не отмечено. Полагаем, что владение многими вариантами герниопластики определяет успешность проведения вмешательства и обеспечивает положительный результат в раннем и отдаленном периодах. Так, если аллопластические герниопластики более доступны и технические сложности и анатомические варианты устраняются применением проленовой сетки, то классические методы требуют определенного опыта, знаний, учета морфологических вариантов строения пахового канала, поэтому необходимо больше внимания уделять обучению и освоению данных методов. У хирургов с недостаточным опытом и знаниями данной патологии неудовлетворительные результаты, осложнения и рецидивы, по данным литературы и нашим наблюдениям, чаще встречаются при пластике классическими способами. Герниопластика сеткой несколько упростила технику операции, снизила риск развития рецидива. Однако не исключается опасность развития осложнений в послеоперационном периоде. Пластика собственными тканями более физиологична. Поэтому выбор метода грыжесечения остается главным и увлечение каким-либо одним методом ограничивает возможности учета всего многообразия вариантов грыж и их особенностей.

Индивидуальный и коллективный опыт хирургов свидетельствует, что грыжесечение с пластикой собственными тканями и аллогерниопластика сеткой не являются конкурирующими методами, а дополняют друг друга. Отказ от каждого из них обедняет арсенал хирургического пособия при данной патологии. Профессиональное владение обеими методами позволяет в каждом конкретном случае использовать положительные стороны разных методов грыжесечения.

Другую большую и часто встречающуюся группу грыженосителей составляют пациенты с грыжами брюшной стенки (47 больных или 19,4 %), пупочные и грыжи белой линии живота – 15 пациентов (6 %), что составляет 25,4% от общего числа грыженосителей. Рецидивных грыж среди них было 11, множественных и многокамерных – 11 пациентов. Это наиболее сложный контингент больных как по характеру и генезу грыж, морфофункциональным нарушениям, так и по возрасту и сопутствующим заболеваниям. Послеоперационный генез подавляющего большинства грыж брюшной стенки определяет их особенности: множественные, многокамерные, осложненные (невправимость, ущемление, спаечная болезнь и непроходимость в грыжевом



мешке), наличие сопутствующих заболеваний и возрастных изменений. Все это требует индивидуального подхода, комплексного обследования пациента, его подготовки к операции, профилактики осложнений на всех этапах хирургического лечения. Для этого контингента грыженосителей аллогерниопластика сеткой без натяжения является операцией выбора, так как состояние грыжеобразующих и прилежащих тканей делает их непригодными для пластики собственными тканями. Таких операций выполнено 21 из 47 больным с обширными и множественными послеоперационными грыжами брюшной стенки. Закрытие грыжевого дефекта собственными тканями осуществляли преимущественно используя принцип Сапежко и в редких случаях прибегали к методике Мейо. При аутогерниопластике по Сапежко хорошие результаты получили при соблюдении следующих правил: после иссечения грыжевого мешка и рубцовоизмененных тканей, выделении краев грыжевых ворот в пределах здоровых тканей, пластика осуществляется П-образными швами накладываемых в поперечном к ране направлении с образованием дубликатуры. Выше и ниже углов грыжевых ворот накладывают по два П-образных укрепляющих шва. Осложнений и рецидивов до 10 лет наблюдений не отмечено. Главным недостатком пластики собственными тканями является уменьшение емкости брюшной полости, что отрицательно сказывается на функции кишечника и кардиореспираторной системы. Аллогерниопластика сеткой без натяжения позволяет минимизировать эти недостатки. Такой дифференцированный подход к выбору метода грыжесечения снижает риск развития рецидивов. Кроме отмеченной профилактики нагноения раны (тщательное отграничение кожи и подкожной клетчатки, введение антибиотиков), важным считаем, в показанных случаях проводить иссечение краев раны при ее избытке по типу первичной хирургичес-

кой обработки раны, дренирование подкожной клетчатки расщепленным дренажем через контрапертуру. Важными факторами остается строгое соблюдение асептики и антисептики, техники хирургических вмешательств, бережное отношение к тканям.

Из специфических осложнений отдаленного периода отмечены: хроническая боль в области послеоперационного рубца (4 больных), ощущение инородного тела (5 больных), инфильтраты в области послеоперационного рубца, деформация рубца, образование свищей. Указанные осложнения отмечены у пациентов при использовании для герниопластики аллотрансплантатов. Нагноений, синдромов отторжения, рецидивов среди пациентов обеих групп не отмечалось.

Выводы

1. Грыжесечение собственными тканями и аллогерниопластика без натяжения имеют свои показания, которые необходимо учитывать при выборе метода лечения.

2. Профессиональное владение обеими методами позволяет в каждом конкретном случае грыжесечения использовать их положительные стороны метода, оптимальные для пациента, отказ от любого из них обедняет арсенал хирургического пособия в герниологии, ограничивает возможность учета всего многообразия вариантов грыж, возрастных особенностей и сопутствующей патологии.

3. Только индивидуализированный подход к лечению грыж и дифференцированный выбор метода лечения, наилучшим образом позволяет учитывать особенности каждого пациента и возможности того или иного метода лечения.

4. Успех хирургического лечения грыж определяется индивидуальным дифференцированным подходом к выбору метода герниопластики, что возможно лишь в случаях, когда хирург владеет широким арсеналом методов ауто- и аллогерниопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж и эвентераций / В.В. Жебровский, Том Эльбашир Мохаммед. – Симферополь : Бизнес-Информ. – 2002. – 424 с.
2. Ничитайло М.Е. Современные аспекты эндовидеохирургического лечения сложных и рецидивных грыж / М.Е. Ничитайло, И.И. Булик // Клінічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 10-16.
3. Фелиштинский Я.П. Пути улучшения хирургического лечения сложных паховых грыж / Я.П. Фелиштинский, О.В. Чижба, М.С. Филин // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 47

4. Фелиштинский Я.П. Сучасні хірургічного лікування післяопераційних гриж живота / Я.П. Фелиштинский // Здоров'я України. – 2012. – № 3 (9). – С. 24-27.
5. Amid P.K. Open «tension-free» repair of inguinal hernias. The Lichtenstein technique / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.I. Lichtenstein // Eur. J. Surg. – 1996, Vol. 162. – P. 447-453.
6. Management of recurrent inguinal hernias. A prospective study of 163 cases / C. Barrat, V. Surlin, A. Bordes, G. Champault // Hernia. – 2003. – № 7. – P. 125-129.



СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО
ЛІКУВАННЯ ГРИЖ

*V.V. Boiko, G.D. Dotsenko,
D.G. Dotsenko*

Резюме. Проаналізовано результати лікування 257 хворих з різними видами гриж, яким виконані ауто- і аллопластика. Показано, що професійне володіння обома методами розширює арсенал хірургічного допомоги і сприяє індивідуальному диференційованому підходу до вибору методу герніопластики.

Ключові слова: *хірургічне лікування гриж, ауто- і аллопластика, вибір методу лікування.*

MODERN APPROACHES TO
TREATMENT OF HERNIAS

*V.V. Boiko, G.D. Dotsenko,
D.G. Dotsenko*

Summary. Analyzed the results of treatment of 257 patients with different types of hernias, which met auto- and alloplasty. It is shown that the professional knowledge of both the methods of expanding Arsenal of surgical benefits and promotes individual differentiated approach to the choice of the method hernioplastic.

Key words: *surgical treatment of hernias, auto- and alloplasty, the choice of the treatment method.*