



К.Н. Милица

МЕТОДИКА НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В УСЛОВИЯХ НЕВОЗМОЖНОСТИ СВЕДЕНИЯ КРАЕВ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ*Запорожская медицинская академия последипломного образования***Ключові слова:** *ненатяжна герніопластика, криоконсервована хоральна оболонка, комбінований аллогетеротрансплантат.***Ключевые слова:** *ненатяжная герниопластика, криоконсервированная хоральная оболочка, комбинированный аллогетеротрансплантат.***Key words:** *gernioplasty, cryoconserve chorion, comine mesh-chorion prothesis.*

У роботі з метою попередження ускладнень, виникаючих при традиційному застосуванні сітчастого трансплантату, запропоновано авторську методику, основу на формуванні комбінованого алло-гетеротрансплантату із застосуванням криоконсервованої хоральної оболонки.

В работе с целью профилактики осложнений, развивающихся при традиционном использовании сетчатого трансплантата, предложена авторская методика основанная на формировании комбинированного алло-гетеротрансплантата с использованием криоконсервированной хоральной оболочки.

In order to predict complications during ordinary using of mesh implant author allow to use method of combined mesh and cryoconserve chorion.

На современном этапе развития хирургии аллопластика остается наиболее эффективным и распространенным методом лечения дефектов передней брюшной стенки. Так, в 2003 году, по данным национального центра медицинской статистики, в США было прооперировано более 1 млн. грыж, из них более 90% с использованием сетки. Но, несмотря на эффективность и распространенность, метод имеет ряд недостатков.

Наиболее частыми видами осложнений при применении сетчатых имплантов являются: сморщивание, «сигарообразная» деформация протеза, его миграция, образование свищей, сером, пролежней и нагноений [7,3]. Большинство этих осложнений, как показывает практика, развивается не при лечении пупочных грыж малого и среднего размера, а при попытках восстановления целостности ПБС у людей с большими, обширными, или как их еще называют – гигантскими грыжами. Ведь именно пациенты этой группы являются наиболее проблематичными с точки зрения реконструкции ПБС, а так же составляют наибольший процент в количестве и тяжести осложнений, что, соответственно, приводит к наивысшему уровню летальности. Некоторые авторы считают, что такие грыжи вообще нужно рассматривать как отдельное заболевание. Поскольку это комплексная проблема, объединяющая в себе нарушение органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, кожи, мышц брюшной стенки и внутренних органов. Это касается и послеоперационных грыж. [1,2,4].

Однако часть из ранее перечисленных осложнений возникает не из-за соматической тяжести состояния пациентов, а из-за технических сложностей. Так у пациентов с грыжами больших размеров часто не удается выполнить пластику грыжевых ворот, именно из-за невозможности сведения их краев.

Внедрение сетчатых аллотрансплантатов помогает решить проблему частично, поскольку при применении полипропиленовых сетчатых имплантов в области не ушитого грыжевого отверстия петли тонкой кишки могут контактировать с участком поверхности импланта, что приводит к развитию воспалительных и спаечных процессов, образованию свищей и т.д. Во избежание подобных

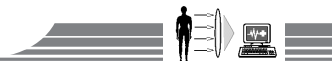
осложнений рекомендуется выполнение интраперитонеальной пластики с использованием композитных протезов. Абдоминальная поверхность этих имплантов имеет свойства препятствующие развитию спаечного процесса с органами брюшной полости за счет покрытия ее тефлоном или целлюлозой. Но, к сожалению, эти импланты используются крайне редко ввиду их необычайно высокой стоимости [6,10].

При использовании полипропиленовых протезов (ввиду дороговизны композитных материалов) рекомендуется изолировать их от внутренних органов прядью большого сальника. Для случаев, когда сальник мал или резецирован, Лихманом В.М. [5] была предложена методика отгораживания импланта от внутренних органов полиэтиленом. Минусом этого метода является надобность удаления полиэтиленовой пленки из брюшной полости на 3-4 сутки через дополнительное отверстие на передней брюшной стенке [5,6,8].

В связи с этим, **ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** стала разработка и апробация методики ненатяжной герниопластики в условиях невозможности сведения краев грыжевых ворот.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: основанием для работы послужили результаты ранее проведенных экспериментальных морфологических и иммуногистохимических исследований (проведенных на базе кафедры патоморфологии Харьковского национального медицинского университета), теоретическая разработка методики операции, внедрение и апробация ее в 10 клинических случаях, с продолжающимся наблюдением за отдаленными послеоперационными результатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. На основании предшествующих теоретических и экспериментальных исследований была разработана авторская методика (патент № 32653 от 26 мая 2008г), позволяющая решить проблему осложнений при ненатяжной герниопластике в условиях невозможности сведения краев грыжевых ворот без дополнительных вмешательств и использования иностранных материалов. Идея заключается в создании комбинированного алло-гетеротрансплантата, который, с одной стороны, будет нести всю нагрузку, обеспечивать архитектуру



тонику передней брюшной стенки и выполнять ее физиологические функции, но при этом будет лишен недостатков алло-трансплантата, таких как длительная и выраженная местная воспалительная реакция, длительное формирование (до 6 мес.) полноценного рубца, образование спаек с подлежащими органами. Возможность создания комбинированного импланта обеспечило соединение (сшивание) традиционного сетчатого алло-трансплантата, вызывающего воспалительную реакцию окружающих тканей и развитие спаечного процесса при соприкосновении со слизистой оболочкой кишечника, с биологической тканью – криоконсервированной хориальной оболочкой. Последняя, обладая низкой иммуногенностью, мощным противовоспалительным и регенераторным потенциалом, в то же время обладает способностью дифференцироваться в различные виды специфических тканей, восстанавливая поврежденные ткани [9]. При этом плодовая часть оболочки препятствует образованию спаек.

Идея создания комбинированного алло-гетеротрансплантата была экспериментально отработана на 98 лабораторных животных (белые крысы), наблюдение за исходом и морфогистологические исследования проводились на протяжении года (в сроки 7, 14, 30 дней после операции, а затем через 3, 6, 9 месяцев и через год). Морфологическое и иммуногистохимическое подтверждение успешности, высокой эффективности комбинированного био-трансплантата, наличие разрешительных (юридических) документов на использование криоконсервированной хориальной оболочки в клинической практике (Харьковский институт криобиологии и криомедицины) позволило перейти к клиническому использованию комбинированного алло-гетеротрансплантата.

Для этого автором была разработана следующая методика: после выполнения грыжесечения, вскрываются влагалища прямых мышц живота и производится мобилизация их задних листков в латеральном направлении не менее чем на 5 см. Производится сшивание задних листков апоневроза прямой мышцы живота сверху и снизу до тех пор пока внутрибрюшное давление не достигнет уровня 15 см.вд.ст. (Внутрибрюшное давление измеряется непрямым методом, путем введения в мочевого пузыря катетера с градуированной дистальной частью.) На следующем этапе стерильной линейкой производится измерение длины и ширины пространства позади прямой мышцы, а также диастаза задних листков апоневроза прямой мышцы живота. В соответствии с размерами пространства позади прямой мышцы выкраивается участок сетчатого полипропиленового импланта. Производится примерка вырезанного участка сетки. После этого к области импланта, которая находится в проекции диастаза задних листков апоневроза, подшивается заранее подготовленный участок криоконсервированной хориальной оболочки (изготовленной в Харьковском институте криохирургии и криобиологии) протяженностью не менее размера диастаза. Затем имплант располагается и фиксируется позади прямых мышц

живота, в предназначенном для него пространстве таким образом, что бы фиксированный участок хориальной оболочки был обращен в сторону свободной брюшной полости и полностью перекрывал диастаз задних листков апоневроза, исключая тем самым возможность контакта петель кишечника с полипропиленовой сеткой.

Всего было прооперировано 10 пациентов, потребовавших использования комбинированного аллогетеротрансплантата из-за невозможности сведения краев грыжевых ворот. Во всех случаях операция проведена по вышеуказанной методике. Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не было. Течение послеоперационного периода практически не отличалось от случаев традиционного использования аллотрансплантата. Отдаленные результаты изучаются на основании специально разработанной анкеты, через месяц, 3 месяца, 6 месяцев после операции. Планируется продолжение наблюдения до года. На протяжении 6 месяцев рецидивов или осложнений не наблюдалось. Субъективные ощущения пациентов позволяют отметить более быстрое восстановление обычного жизненного и трудового режима.

ВЫВОДЫ: в условиях невозможности сведения краев грыжевых ворот рекомендуется использовать методику применения комбинированного алло-гетеротрансплантата, которая обеспечивает адекватное формирование передней брюшной стенки и препятствует развитию осложнений, возникающих при применении полипропиленового сетчатого импланта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконов В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Супильников А.А., Назаретян С.В. Патогенетическое обоснование комбинированного способа лечения послеоперационной грыжи брюшной стенки и результаты его применения – *Клінічна хірургія*. – 2003. - №11 - с. 6-7.
2. Власов В.В., Микитюк С.Р. Двухслойная динамическая ауторегулирующаяся аллопластика гигантских вентральных грыж // *Герниология*. – 2008. - №3(19) – с.16.
3. Галкин В.Н., Жевелюк А.Г., Шмушкович Т.Б. и соавт. К вопросу о лечении сером УЗ-контролем при аллопластике передней брюшной стенки // *Герниология*. – 2008. - №3(19) – с.17.
4. Егзев В.Н. Натяжная герниопластика. Изд.-Медпрактика-М., М.- 2002. – 147с.
5. Лихман В.М. Экспериментально-клінічне обґрунтування комплексного хірургічного лікування хворих з великими і гігантськими післяопераційними вентральними грижами / Дисс... канд. мед. наук. Харків., 2005.
6. Мішалов В.Г., Бурка А.О., Теслюк І.І., Гойда С.М., Вишневецький Ю.О., Бик П.Л., Вінниченко В.І., Криворук І.Г. Хірургічне лікування хворих з післяопераційними грижами попереково-бокових ділянок живота - *Хірургія України*. – 2008 - №1 – с.99-105.
7. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии – *Клінічна хірургія*. – 2003. - №11 - с. 3-5.
8. Amid P.K. Routine mesh repair // *Crucial. Contr. Surg.*- 1997. – 4В. – Р. 63-70.
9. Bailo M., Soncini M., Vertua E. Et al. Engraftment Potential of Human Amnion and Chorion Cells Derived from Term Placenta// *Transplantation*.- 2004. –Vol. 78, N 10 – P. 1439-1448.
10. Chevrel J.P., Rath A.M. Classifications of incisional hernias of the abdominal wall // *Hernia*.- 2000.- Vol. 4, N 1.- P. 1-7.

Сведения об авторе:

Милица Константин Николаевич, аспирант кафедры хирургии и проктологии ЗМАПО, тел. 8 067 612 85 02.
e-mail: kmsurgeon@yahoo.com