
ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

А.В. Протасов¹, К.А. Шемятовский¹, А.В. Блохин²,
Е.В. Полякова¹, С.С. Гусев³

¹Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии

²Кафедра клинической андрологии ФПК МР
Медицинский институт

Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

³Кафедра травматологии и ортопедии РМАПО
ул. Баррикадная, 2/1, Москва, Россия, 125993

Приводится клинический случай оперативного лечения гигантской послеоперационной вентральной грыжи. Описан и обоснован возможный вариант хирургической тактики.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, сетчатые импланты.

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж, несмотря на развитие малоинвазивных методов лечения, является актуальной проблемой хирургии. После вмешательств с традиционным лапаротомным доступом послеоперационные вентральные грыжи по данным разных авторов развиваются в 3—19% случаев, что составляет 20—26% в общей структуре грыж передней брюшной стенки [2—4].

В этиологии послеоперационных вентральных грыж, основные факторы, способствующие их образованию, можно представить в виде двух больших групп (по Nyhus et al.): контролируемые (ожирение, тип доступа, швы и техника наложения шва на апоневроз, наличие раневой инфекции) и неконтролируемые (возраст, сепсис, общие заболевания, развитие в послеоперационном периоде застойных пневмоний и бронхитов, и пр.) [1; 6].

С широким внедрением сетчатых имплантов аллопластика стала методом выбора в лечении послеоперационных, в том числе рецидивных, больших и гигантских грыж. Однако выбор оптимального способа герниопластики является спорным вопросом и максимально индивидуализирован [5; 7].

Представляем клинический случай оперативного лечения пациента с гигантской послеоперационной вентральной грыжей, в ходе которого продемонстрирован один из вариантов укрепления передней брюшной стенки при данном заболевании.

Пациент Ж., мужчина 46 лет, обратился в КБ № 85 ФМБА России в сентябре 2011 г. с жалобами на грыжу гигантских размеров, появившуюся на месте послеоперационного рубца (рис. 1, 2). Из анамнеза заболевания стало известно, что грыжа возникла сразу после операции по поводу прободной язвы желудка около 10 лет назад. Эпизодов ущемления не было. По поводу заболевания пациент обращался в районную и областную клиники — в хирургическом лечении было отказано. Пациент обратился в КБ № 85 ФМБА России за консультацией, был госпитализирован для дальнейшего обследования и оперативного лечения.



Рис. 1. Внешний вид грыжи в фас



Рис. 2. Внешний вид грыжи в профиль

При поступлении в стационар состояние пациента средней степени тяжести. Общесоматический статус без особенностей. Предоперационная тренировка не проводилась. Оперативное вмешательство было проведено под эндотрахеальным наркозом. Окаймляющим разрезом иссечен старый послеоперационный рубец (рис. 3). Без вскрытия грыжевого мешка выделялся апоневроз вокруг всего грыжевого дефекта (рис. 4).



Рис. 3. Иссечение послеоперационного рубца

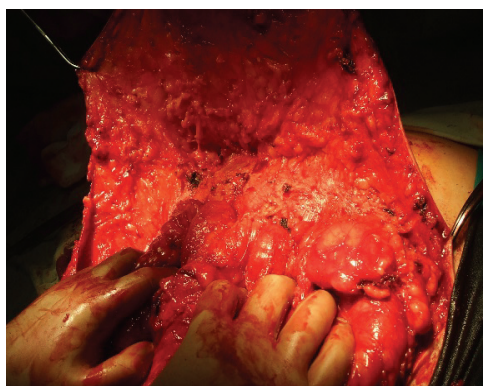


Рис. 4. Выделение апоневроза рубца

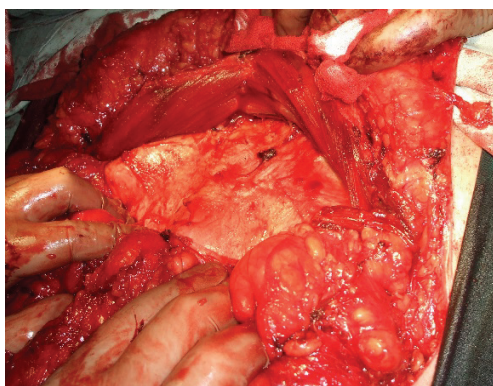


Рис. 5. Вид операционной раны после рассечения влагалищ прямых мышц живота

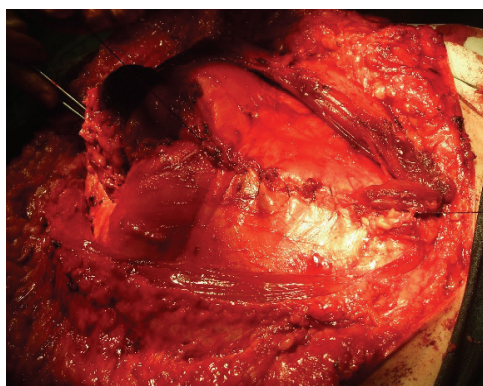


Рис. 6. Ушивание задней стенки влагалища прямых мышц живота

После выделения апоневроза вплоть до границ грыжевого дефекта и грыжевого мешка было произведено рассечение передней стенки влагалища прямой мышцы живота по медиальному краю с выделением задней поверхности прямых мышц. (рис. 5).

Следующим этапом непрерывным швом ушивали края задней стенки влагалищ прямой мышцы (рис. 6). Задняя стенка более мобильна, и ее восстановление не приводит к значительному увеличению давления в брюшной полости.

После восстановления целостности задней стенки влагалища прямых мышц располагали заранее раскроенный сетчатый имплантат под прямые мышцы живота с фиксацией отдельными узловыми швами в районе спигелевой линии с некоторым натяжением (рис. 7).

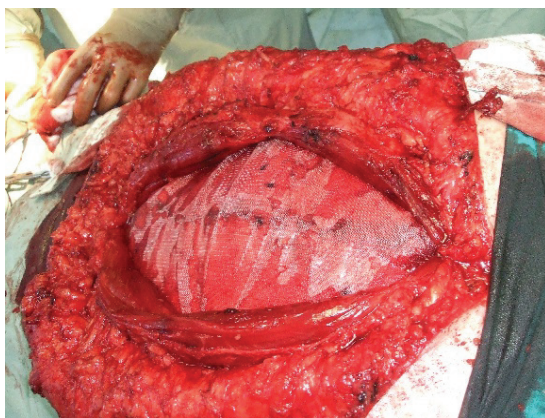


Рис. 7. Вид операционной раны после фиксации сетчатого имплантата

При таких операциях мы стремимся использовать наиболее легкие полипропиленовые имплантаты, либо полиэстеровые имплантаты из монофиламентного материала. В данной операции использован имплантат фирмы Cavidien марки PPL. Восстановление передней стенки влагалища прямой мышцы производится строго под контролем внутрибрюшного давления.

Если ушивание передней стенки влагалища прямой мышцы живота грозит чрезмерным повышением внутрибрюшного давления и развитием компартмент-синдрома в послеоперационном периоде, то, по нашему мнению, необходимо либо выполнить операцию Ramirez, либо произвести только медиализацию прямых мышц, либо ушить влагалище с использованием дополнительного материала, которым может быть либо собственная кожа больного (предварительно обработанная по Янову), либо специально подготовленная свиная кожа. В данном случае мы использовали аутокожу (рис. 8). В дальнейшем рана послойно ушита с иссечением части кожи и дренирование подкожной клетчатки двумя толстыми дренажами по Редонуи (рис. 9).

В послеоперационном периоде активизацию пациента осуществляли со 2-го дня после операции. Дренажи удалены на 4 и 6 сутки. Швы сняты на 10 сутки. Продолжительность пребывания больного в стационаре после операции составила 12 дней.

После выписки продолжалось амбулаторное наблюдение больного в течение 2 месяцев. Затем пациент перестал являться для осмотра.

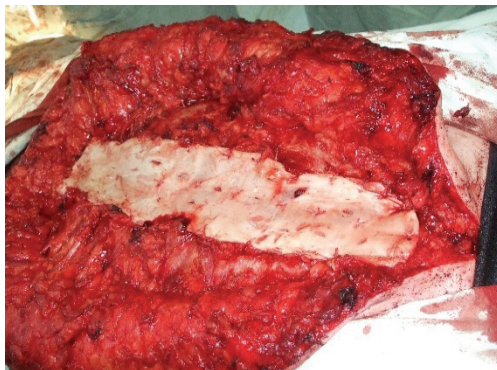


Рис. 8. Вид операционной раны после фиксации аутокожи



Рис. 9. Вид послеоперационного шва сразу после операции

В данном клиническом случае показан пример адекватного хирургического лечения гигантской послеоперационной грыжи. Ушивание грыжевых ворот, укрепление области сетчатым имплантом и сшивание передних листов влагалища прямых мышц живота без натяжения позволили максимально эффективно укрепить переднюю брюшную стенку и предотвратили развитие компартмент синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] 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.
- [2] Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных грыж. Самара, 2005.
- [3] Биряльцев В.Н., Шаймарданов Р.Ш., Филиппов В.А., Халилов Х.М. Герниоабдоминопластика: Руководство для врачей. Казань: Идел-пресс, 2008.
- [4] Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир. 1996. № 2. С. 105—108.
- [5] Рыбачков В.В., Серебряков В.Н., Кабанов Е.Н. и др. О вариантах пластики при послеоперационных вентральных грыжах. Герниол 2004; 3:41—42.
- [6] Nyhus L.M., Condon R.E., eds. Hernia, ed 4, Philadelphia, JB Lippincott Co, 1995:615p.
- [7] Schumpelick V., Junge K., Rosch R. et al. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany. Chirurg 2002; 73: 9: 888—894.

TREATMENT OF GIGANT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA (CLINICAL CASE)

A.V. Protasov¹, K.A. Shemyatovsky¹, E.V. Polyakova¹,
A.V. Blohin², S.S. Gusev³

¹Department of operative surgery and clinical anatomy

²Department of clinical andrology FTHW
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

³Department of traumatology and orthopedics RMAPE
Barrikadnaya str., 2/1, Moscow, Russia, 125994

Presented a clinical case of surgical treatment of giant postoperative ventral hernia. Described and justified surgical treatment.

Key words: postoperative ventral hernia, hernioplasty, mesh implants.

REFERENCES

- [1] Baranov G.A., Wolf B.A., Karbovskiy M.Yu., Serebryakov V.N. Features of the postoperative ventral hernias in the presence of adhesions in the abdominal cavity. *Proceedings of the III international conference "Topical issues of herniology"*. Moscow, 2004. P. 5—6.
- [2] Belokonev V.I., Fedorina T.A., Kovaleva Z.V., etc. Pathogenesis and surgical treatment of postoperative hernias. Samara, 2005.
- [3] Uraltsev V.N., Shaimardanov R.Sh., Filippov V.A., Khalilov X.M. Hernioalloplasty: a Guide for physicians. Kazan: Idel-press, 2008.
- [4] Zhebrovsky V.V., Toskin K.D., Ilchenko F.N. Twenty-year experience of treatment of postoperative ventral hernias. *Vestn. hir.* 1996. No. 2. P. 105—108.
- [5] Rybachkov V.V., Serebryakov V.N., Kabanov E.N. and others. On options for plastics in postoperative ventral hernias. *Hernia* 2004; 3: 41—42.
- [6] Nyhus L.M., Condon R.E., eds. *Hernia*, ed 4, Philadelphia, JB Lippincott Co, 1995:615p.
- [7] Schumpelick V., Junge K., Rö R. et al. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany. *Chirurg* 2002; 73: 9: 888—894.