

ВОЗМОЖНОСТИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ

Н.С. Абакшин

Кафедра госпитальной хирургии
Ярославская государственная медицинская академия
ул. Революционная, 5, Ярославль, Россия, 150000

Основу настоящей работы составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 527 больных с ущемленными послеоперационными грыжами (УПГ), которым была выполнена натяжная аутогерниопластика. В зависимости от размеров грыжевых ворот пациенты были распределены на две группы с дефектом грыжевых ворот до 10 см (72,6%, 382 пациента) и более 10 см (27,4%, 145 больных).

Изменения гомеостаза и эффективность применяемых методов лечения оценивали по величине внутрибрюшного давления (ВБД) и функции внешнего дыхания (ФВД).

Ключевые слова: ненатяжная герниопластика, послеоперационная грыжа, ущемленная грыжа, сетчатый эндопротез.

Согласно собственным исследованиям послеоперационные осложнения имели место в 19,9% случаев, рецидив грыжи развился у 18,6% больных, летальность составила 8,6%. Представленные данные свидетельствуют, что результаты лечения УПГ при использовании аутопластики нельзя считать удовлетворительными. Причины сложившейся ситуации, с нашей точки зрения, связаны с интраабдоминальной гипертензией и исходными нарушениями ФВД.

Проведенные в этом направлении исследования показали, что величина ВБД в послеоперационном периоде превышает параметры контроля более чем в 5 раз и сохраняется в течение 5—7 суток. При дефекте в области апоневроза более 10 см по сравнению с аналогичной группой больных, где размеры грыжевых ворот менее 10 см, на 1-е сутки после операции величина ВБД возрастает в 1,7 раза ($p < 0,05$), на 7-е сутки в 2,6 раза ($p < 0,05$), и только на 10-е сутки прослеживается отчетливая тенденция к нормализации данного показателя. Что касается мониторинга ФВД, то у больных, дефект грыжевых ворот у которых не превышал 10 см, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) достоверно снижалась на 15%, объем форсированного выдоха в 1 секунду (ОВФ1) — на 23,7%.

В случае увеличения грыжевых ворот, показатели ФВД продолжают ухудшаться. Так, ЖЕЛ снижается на 20,5%, ОВФ1 на 24,4%, дыхательный объем на 13,3%. Таким образом, согласно полученным данным при УПГ частота осложнений, рецидива и уровень летальности в значительной степени определяются развивающимися нарушениями со стороны ВБД и ФВД. Выявленные отклонения в настоящее время можно нивелировать при выполнении грыжесечения с ненатяжной аллопластикой.

В связи с этим у 34 больных с УПГ выполнена ненатяжная герниоаллопластика. Средний возраст составил 57 лет. В этой группе мужчин было 32,4%, женщин — 67,6%. В 76,5% случаев края эндопротеза фиксировались под апоневроз.

Анализ полученных данных показал, что летальности в этой группе больных не отмечалось. Послеоперационные осложнения имели место в 8,8% случаев. Следует отметить, что частота осложнений зависит от метода установки эндопротеза. При фиксации последнего под апоневроз частота осложнений снижается в 6,5 раз. При активном наблюдении в течение трех лет рецидивов не отмечено.

Дальнейшие исследования показали, что ненатяжное герниоаллопротезирование при УПГ способствует в раннем послеоперационном периоде (по сравнению с традиционными методами герниопластики) снижению ВБД. В частности, степень снижения данного показателя в зависимости от размеров грыжевых ворот (до 10 см и более 10 см) составила в первые сутки 21,8% и 76,2% соответственно, на седьмые — 10,1% и 130,1%. Согласно полученным данным, герниоаллопластику при УПГ можно считать методом выбора.

Что касается мониторинга ФВД, то позитивные сдвиги в этом направлении также очевидны. На четвертые сутки послеоперационного периода незначительное снижение ЖЕЛ было только при грыжевых воротах более 10 см (на 10,5%), ОВФ1 — на 23,4%.

Морфологические исследования в эксперименте на 23 лабораторных животных (белые крысы самцы, массой 200—300 гр) показали, что прорастание эндопротеза коллагеновыми волокнами завершается через 2 месяца с момента его постановки.

Таким образом, преимущества герниоаллопластики при УПГ очевидны как в клиническом, так и патофизиологическом аспекте.

ABILITIES OF THE TENSION-FREE REPAIR AT THE TREATMENT OF THE INCARCERATED INCISIONAL WALL HERNIAS

N.S. Abakshin

Department of hospital surgery
Yaroslavl state medical academy
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, Russia, 150000

524 patients with incarcerated wall hernias were studied. Postoperative complication rate was 19,9%, mortality rate was 8,6%. Recurrence rate was 18,6%. It depends on intraabdominal pressure and function of the external respiration. Tension-free repair appears to be safe, and is proving to be effective as it decreases intraabdominal pressure, complications, recurrences, and mortality rate.

Key words: non-intention hernia plasty, postoperative hernia, strangulated hernia, mesh stent.