

УДК 616.34-007.43

ББК 54.133

З-47

*Зезарахова Марият Джамбулетовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических дисциплин лечебного факультета медицинского института ФГБОУ ВПО «Майкопский государственный технологический университет», т.: 89034661076.*

**ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СИНТЕТИЧЕСКИХ СЕТЧАТЫХ  
ПРОТЕЗОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ  
С ПАХОВЫМИ И ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

(рецензирована)

*Принцип пластики «без натяжения» стал основой успешного лечения больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки. Его соблюдение качественно изменило результаты лечения этой тяжелой и наиболее распространенной категории больных: на порядок сократилась частота рецидивов грыжи, возросли темп и полноценность реабилитации пациентов, выполнение герниопластики стало возможным у больных, которым раньше по различным причинам приходилось откладывать операцию или вообще отказать в хирургической помощи.*

*Тем не мене наиболее сложным является вопрос об оптимальном выборе способа герниопластики, в том числе и аллопластики, у конкретного больного. Лишь индивидуализация хирургической тактики дает возможность хирургу творчески использовать и развивать имеющиеся знания, добываясь наилучшего для пациента результата.*

*Ключевые слова: паховая грыжа, послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, синтетические сетчатые протезы, пластика по I.L. Lichtenstein*

*Zezarakhova Mariyat Dzhambuletovna, Candidate of Medicine, assistant professor of the Department of Surgical Disciplines of the Faculty of Medicine of Medical Institute FSBEI HPE "Maikop State Technological University", tel.: 89034661076.*

**INDICATIONS FOR THE USE OF SYNTHETIC RETICULAR PROSTHESIS AT ABDOMINAL  
WALL PLASTIC IN PATIENTS WITH INGUINAL AND VENTRAL HERNIA**

(reviewed)

*Principle of "tension-free" plastic has been the basis for the successful treatment of patients with postoperative abdominal wall hernias. Its adherence has considerably changed the results of treatment of this severe and most common category of patients: the recurrence rate of hernia has reduced, the pace and completeness of patient rehabilitation have increased, performing hernia repair has become possible in patients who previously had to postpone the operation or even to refuse surgery for various reasons.*

*Nevertheless the most difficult question is the one of the optimal selection of method of hernia repair, including alloplastic, in a concrete patient. Only individualized surgical technique allows the surgeon to use creatively and develop existing knowledge, achieving the best outcome for the patient.*

*Tags: inguinal hernia, postoperative ventral hernia, hernia repair, synthetic mesh prostheses, I.L. Lichtenstein plastics.*

Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий [К.Д. Тоскин и соавт., 1990; В.И. Ковальчук и соавт., 1992; С.П. Бондаренко, 1995; А.И. Мариев и соавт., 1998; М.В. Гринев и соавт., 2001; А.Д. Тимошин и соавт., 2001; Б.Г. Бабаджанов и соавт., 2002; А.В. Юрасов, 2002; J. Bergstein et al., 1996; С.Д. Dirksen, 1998]. Грыжи передней брюшной стенки, особенно паховые, наиболее часто встречаются в пожилом возрасте. Это связано с атрофией мышц в зоне пахового канала, понижением эластичности апоневротических структур, наличием у лиц пожилого и старческого возраста патологических состояний, повышающих внутрибрюшное давление. Ситуация при оперативном лечении паховых грыж усугубляется и тем, что у этой категории больных нередко имеет место множество сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

По данным сборной статистики, при паховых грыжах соотношение мужчин и женщин равно 10:3 [В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир, 2002]. Среди всех хирургических вмешательств по частоте грыжесечения занимают второе место после аппендэктомии, а по числу лиц, пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями даже опережает его [В.Д. Федоров и соавт., 1991; В.В. Жебровский и соавт., 1995; З.В. Ковалева, 1999; Д.М. Архипов, 2002; А.Д. Тимошин и соавт., 2003;

А.М. Шулуток и соавт., 2003; С.С. Харнас и соавт., 2003; Р.Т. Меджидов и соавт., 2004; M. Kux et al., 1994; J.L. Lichtenstein et al., 1991].

При длительном существовании у пожилых больных паховые грыжи сопровождаются атрофией апоневротических и мышечных структур пахового канала, понижением эластичности за счет утолщения коллагеновых и уменьшения количества эластических волокон и замещением коллагеновых волокон менее прочной жировой и рыхлой соединительными тканями, приводящих к увеличению пахового промежутка, разрушением поперечной фасции, разволокнением паховой связки и расширением внутреннего пахового кольца [В.Н. Барыков, 1996; Г.И. Веронский, В.А. Зотов, 2000]. У лиц преклонного возраста, увеличивается число случаев грыженосительства [Ю.Г. Лебедев 1986; Ю.А. Нестеренко и соавт., 1986; Ю.М. Стойко, С.Н. Силищев, 1989; В.В. Жебровский и соавт., 1995; Н.Н. Волобуев и соавт., 1993, 1999; М.С. Дерюгина, 1999; С.И. Емельянов и соавт., 2000; В.И. Кузнецов, В.Н. Барыков, 2000; А.Д. Тимошин и соавт., 2003; Ю.Л. Шевченко и соавт., 2003; А.М. Шулуток и соавт., 2003]. Так, по данным В.Г. Химичева и соавт. (1995) количество больных с грыжами среди людей старше 50 лет составляет 54%. Вместе с тем среди геронтологических больных ущемленные и рецидивные грыжи составляют 68% [О.П. Большаков и соавт., 1996; Ю.А. Нестеренко, Ю.Б. Салов, 1996; А.В. Юрасов и соавт., 1996; А.И. Мариев, Н.Д. Ушаков, 1998; Г.И. Веронский и соавт., 2000; Я.П. Фелештинский, 2000].

Предложено более 400 методов и модификации устранения грыж, что свидетельствует о непрерывном поиске надежного метода, способного предотвратить возврат заболевания и обес-печить хорошее качество жизни [А.Д. Тимошин и соавт., 2002; В.Д. Бекоев и соавт., 2003; В.Н. Егиев и соавт., 2003].

Факторами риска у больных с паховыми грыжами являются: пожилой и старческий возраст, сопутствующие заболевания, до и послеоперационные осложнения основного заболевания, а также те или иные дефекты лечения или оперативной тактики [А.С. Коган и соавт., 1990; В.Н. Егиев и соавт., 1998, 2002; В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир, 2002].

Выбор способа лечения и объем операции у этой категории больных должен осуществляться строго индивидуально, с учетом целого ряда сопутствующих заболеваний, клинических и патофизиологических факторов, влияющих на общее состояние больного и его резервные возможности, определяющие степень операционного риска [Н.Г. Гатауллин и соавт., 1990; В.В. Жебровский и соавт., 1999; В.Ф. Саенко и соавт., 2001].

С июля 2009 г. по май 2012 г. в хирургическом отделении МБУЗ «Майкопская городская клиническая больница» пластика грыжевых ворот с применением синтетических сетчатых протезов выполнена у 31 больного. У 17 из них имелась послеоперационная вентральная грыжа, у 12 – паховая грыжа (в том числе у 6 – двусторонняя), у 1 – пупочная и у 1 – гигантская грыжа белой линии живота.

Показанием к использованию синтетических сетчатых протезов при вентральных грыжах служило наличие больших грыжевых ворот и невозможность сблизить края апоневрозов и мышц, а тем более сформировать дубликатуру.

При паховых грыжах показанием к использованию синтетического протеза помимо указанных было наличие рецидива грыжи после предыдущих герниопластик местными тканями и атрофия мышц передней брюшной стенки у больных преклонного возраста. Среди пациентов было 16 мужчин и 15 женщин в возрасте от 20 до 85 лет (в среднем 63,9 года); в возрасте 75 лет и старше было 7 больных. Сопутствующие заболевания имелись у 15 пациентов. Среди них наиболее частыми были гипертоническая болезнь I-II стадии (у 12), ишемическая болезнь сердца (у 7), пневмосклероз и эмфизема легких (у 6), варикозное расширение вен нижних конечностей и хронический поверхностный тромбофлебит (у 3), ожирение (у 3 человек). В качестве пластического материала использовали полипропиленовый сетчатый протез «SPMM» фирмы Ethicon четырех стандартных размеров.

У 5 из 12 больных паховые грыжи были большими, у 7 – гигантскими (размерами до 20x15x10 см). Среди пациентов с двусторонней паховой грыжей 3 больным сделано грыжесечение с пластикой по Postempski с одной стороны и грыжесечение с пластикой по *I.L. Lichtenstein* с другой. Еще одному больному выполнено грыжесечение с пластикой по *I.L. Lichtenstein* с одной стороны и рекомендована такая же операция с другой стороны через 6 мес. У двух пациентов пластика по *Lichtenstein* выполнена одномоментно с двух сторон. Вставать больным разрешали на 2 сутки после операции. У всех послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, кожные швы сняты на 7-8 сутки.

У 17 больных послеоперационные вентральные грыжи были большими, у 6 – имелись гигантские грыжи с размерами грыжевых ворот от 10x8 см до 25x15 см. У 2 больных были рецидивные вентральные грыжи. Во время операции стремились максимально использовать для пластики местные ткани (брюшину, апоневроз). У 11 из 17 больных удалось свести и сшить края апоневроза, при этом у 1 протез помещен под

апоневроз на ушитую брюшину, у 10 протез фиксирован к апоневрозу сверху. У 6 пациентов с особенно большими грыжевыми воротами протез был вшит в дефект апоневроза непрерывным проленовым швом. Большое значение для профилактики гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны имеет методика установки дренажей. Дренажные трубки следует устанавливать по бокам раны в нижних ее отделах, ни в коем случае не следует укладывать дренажи на сетчатый протез. В послеоперационном периоде для более эффективного оттока раневого отделяемого больному целесообразно придать положение в постели с приподнятым головным концом. Во всех наблюдениях операцию заканчивали дренированием раны по Редону, дренажи удаляли после прекращения отделения экссудата (обычно на 4-5 сутки). У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8-9 сутки.

Применение полипропиленовой сетки для пластики грыжевых ворот является ценным методом, позволяющим выйти из положения в сложных анатомических ситуациях. Основными показаниями для использования синтетических протезов являются большие и гигантские, рецидивные паховые и послеоперационные грыжи, особенно у больных пожилого и старческого возраста при наличии атрофии мышц и апоневрозов. Немаловажное значение имеет наличие сопутствующих тяжелых сердечно-легочных заболеваний, при которых герниопластика без натяжения значительно облегчает течение ближайшего послеоперационного периода.

Однако мы полагаем, что классическая герниопластика местными тканями не утратила значения, особенно при паховых грыжах. Правильно выполненная операция при первичных и сравнительно небольших грыжах при отсутствии у больных атрофии мышц и апоневроза позволяет получить хорошие результаты без использования синтетического протеза, который является инородным телом и в ряде случаев может сокращаться и отторгаться. Кроме того, необходимо учитывать высокую стоимость синтетических сетчатых протезов, ограничивающую возможность их более широкого применения.

#### **Литература:**

1. Егиев В.Н. Использование двухслойной перфорированной пластины политетрафторэтилена при лечении паховой грыжи / В.Н. Егиев, Д.В. Чижов // Хирургия.- 2003.- №4.- С. 23.
2. Орфаниди А.Х. Хирургическое лечение срединных вентральных грыж / А.Х. Орфаниди // Хирургия.- 1992.- №2.- С. 85.
3. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 270 с.

#### **References:**

1. *Toskin K.D., Zhebrovsky V.V. Hernia of the abdominal wall. M.: Medicine, 1990. 270 p.*
2. *Egiev V.N., Chizhov D.V. Using a two-layer perforated plate of polytetrafluoroethylene in the treatment of inguinal hernia // Surgery, 2003. 23 p.*
3. *Orfanidi A.H. Surgical treatment of medial ventral hernias // Surgery, 1992. №2. P. 85.*