

Раздел I. ИННОВАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

*Г.В. Полубкова¹, О.В. Стрыгин², Г.Н. Михайлова², Ю.В. Усов²,
Д.С. Борзилов², А.И. Волков², Г.В. Прохоров²,
А.О. Стрыгин², А.В. Сорокин², О.Г. Махотина², А.А. Боронин²,
С.А. Скоробогатов², Е.М. Сергеева²*

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ИНСТИТУТА ГЕРНИОЛОГИИ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА Е.Н. ЛЮБЫХ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПЕРИОД С 1992 ПО 2015 ГОДЫ

¹ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. факультетской хирургии;
Институт герниологии имени профессора Е.Н. Любых;

БУЗ ВО "Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1"

Резюме. Представлены результаты работы института герниологии по лечению пациентов со срединными послеоперационными грыжами. Проведен анализ основных способов герниопластики, применяемых в Институте герниологии при этих видах грыж, включая аппаратные способы лечения. Представлена модульная система лечения срединных послеоперационных грыж с точки зрения функционально-ориентированного подхода.

Ключевые слова: послеоперационная срединная грыжа, герниопластика, аппаратные способы лечения грыж.

Актуальность. Несмотря на появление новых малоинвазивных методов операций, а также, несмотря на значительный прогресс в хирургии грыж живота, проблема лечения послеоперационных грыж в настоящее время остается до конца не решенной [2]. Операции по поводу послеоперационных грыж сопровождаются большим числом рецидивов (18-44%) [1]. А при использовании натяжных способов пластик частота рецидивов составляет 50% и более [2]. До настоящего времени нет общепринятого стандарта хирургического лечения больных с такой патологией. Это объясняется объективными причинами: выбор способа операции хирург должен осуществлять на основании оценки множества факторов. На выбор способа влияют не только размеры грыжевого выпячивания, его локализация, вправимость и размеры грыжевых ворот, но также срок грыженосительства, возраст пациента, наличие у него сопутствующей патологии и состояние соединительной ткани, которое выявляется в большинстве случаев уже по ходу операции. Чтобы операция была результативной и радикальной в арсенале хирурга должны быть анатомически и биофизически обоснованные, простые, но в тоже время эффективные способы пластики брюшной стенки. При этом каждому больному необходимо подбирать тот вид пластики, который наиболее соответствует конкретным условиям в данном случае. Во время хирургического вмешательства по поводу срединных послеоперационных грыж важно не только устранить грыжу, но также необходимо восстановить нормальную анатомию и топографию брюшной стенки, что позволит в дальнейшем восстановить ее функцию [3]. То есть лечение должно быть функционально-ориентированным, особенно у людей работоспособного возраста. Именно разработкой таких

функционально-ориентированных хирургических способов и занимался на протяжении многих лет основатель Института герниологии профессор Любых Евгений Николаевич со своими учениками [4].

Материал и методы исследования. В работе прослежены больные со срединными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, которые были оперированы в хирургических отделениях ВГКБ СМП №1 г. Воронежа с 1992 по 2015 гг. На первом этапе были проанализированы протоколы операций этих пациентов за каждый год. При выборке учитывались: срочность операции (нас интересовали плановые операции), возраст и пол оперируемых больных, используемый вид пластики, фиксировались данные по размеру грыжевого мешка, грыжевых ворот, наличию дополнительных дефектов, величине общего дефекта в апоневрозе, используемые при операции материалы (хирургический мостик, сетчатый протез). Далее все полученные данные были обобщены и сведены к единым результатам. Получено общее количество прооперированных больных со срединными послеоперационными грыжами за 23 года, соотношение мужчин и женщин, общий средний возраст пациентов, количество больных за все годы по каждому виду используемой пластики, обобщены данные о средних размерах грыжевых мешков, грыжевых ворот, выделены основные виды пластики. Также осуществлена проверка полученных данных, определены результаты данной работы, сделаны соответствующие выводы.

Полученные результаты и их обсуждение. За период с 1992 по 2015 гг. по поводу срединных послеоперационных грыж в плановом порядке в ВГКБ СМП №1 г. Воронежа было оперировано 807 больных, из них 31,5% составили мужчины и 68,5% - женщины. Средний возраст больных со срединными послеоперационными грыжами составил 57,9 года. Хирурги применяли 5 основных способов пластики.

При малых грыжах с шириной грыжевых ворот до 4 см применяли способ пластики собственными тканями в виде дубликатуры белой линии и медиальных краев прямых мышц живота (по Сапежко). Эта методика позволяет восстановить нормальную анатомию передней брюшной стенки и при малых грыжах дает хорошие результаты, так как нагрузка на швы в зоне пластики небольшая. Таким образом, применение натяжной методики обосновано при небольших грыжах. Пластика по Сапежко была осуществлена у 241 больного (28,9%), их средний возраст составил 59 лет.

У части пациентов с малыми и средними срединными послеоперационными грыжами при ширине грыжевых ворот от 4 до 7 см применяли способ пластики местными тканями (дубликатура или "край в край") с укрепляющим протезированием. Применение этой методики обосновано у пациентов со слабостью соединительной ткани и истончением мышечно-апоневротических образований. Эта пластика позволяет восстановить нормальную анатомию брюшной стенки и укрепить собственные ткани в зоне пластики сетчатым протезом небольшого размера. Сетчатый протез мы размещаем между брюшиной и мышечно-апоневротическим слоем. При такой укрепляющей пластике размеры протеза в 5-6 раз меньше, чем при

протезировании, что значительно снижает развитие негативных реакций организма на протез. Раньше этот способ пластики мы применяли у более возрастных больных (три года назад средний возраст был 58 лет), но последнее время приходится использовать этот способ в более молодом возрасте у пациентов, которые занимаются тяжелой физической работой. Этим способом оперировано 162 больных (19,4%), средний возраст уменьшился до 52,9 лет.

При средних срединных послеоперационных грыжах при ширине грыжевых ворот от 4 до 7 см хирурги наиболее часто применяли аппаратную методику пластики с иммобилизацией операционной раны на хирургических мостиках. Эта методика предусматривает полное закрытие грыжевых ворот собственными тканями в виде дубликатуры мышечно-апоневротического слоя, а для снятия нагрузки с зоны пластики применяли иммобилизующие П-образные швы, фиксированные на хирургическом мостике (АС СССР "Хирургический мостик для закрепления швов" №1066574). Способ прост в исполнении, способ патогенетически обоснован, им владеют все хирургии в наших хирургических отделениях. Этот способ позволяет восстановить нормальную анатомию при ширине грыжевых ворот от 4 до 7 см, исключив при этом воздействие растягивающих сил на срединную рану и дав ей возможность заживать в спокойном состоянии [5]. Этот способ позволяет больных со средними срединными грыжами вылечить радикально, восстановить нормальную функцию мышц брюшной стенки и вернуть пациентов к нормальной жизни. Применение такой методики позволило уменьшить частоту рецидивов при послеоперационных срединных грыжах в 6 раз. Данный вид пластики с иммобилизацией послеоперационной раны на хирургических мостиках был проведен 323 больным (38,7%), средний возраст пациентов составил - 57,5 лет.

У части больных со средними, большими и гигантскими срединными послеоперационными грыжами применяли протезирование брюшной стенки большими сетчатыми протезами. Такую методику использовали при длительном сроке грыженосительства (когда уже утеряна функция мышц), в более пожилом возрасте и при выраженной сопутствующей патологии. При этой методике сетчатый протез позволял закрыть в виде "заплатки" грыжевые ворота, избавляя, таким образом, больного от грыжи, но при этом не проводили восстановление нормальной анатомии брюшной стенки. Протезирование было проведено 87 больным (10,4%), средний возраст составил 62,2 лет.

У сохранных пациентов работоспособного возраста при больших и гигантских грыжах с шириной грыжевых ворот от 8 до 24 см применяли второй аппаратный способ - двухэтапное лечение. Эта категория пациентов представляет большую проблему для хирургов во всем мире по двум причинам. Во-первых, восстановить нормальную анатомию обычными способами и сблизить края грыжевых ворот невозможно из-за дефицита тканей брюшной стенки. Во-вторых, при вправлении грыжевого содержимого возникает ситуация резкого повышения внутрибрюшного давления, которая приводит к развитию в раннем послеоперационном периоде острой дыхательной недостаточности и смерти больного. Профессор Любых Е.Н. разработал уникальный аппарат "Устройство для сближения краев раны" (Патент РФ №2026013)

и оригинальную методику двухэтапного лечения больных с гигантскими срединными грыжами. Ничего подобного нет нигде в мире. По этой методике на 1-ом этапе лечения на брюшную стенку больного устанавливаем аппарат, с помощью которого на протяжении 10-14 дней постепенно сближаем края грыжевых ворот, погружая при этом грыжу в брюшную полость. Это позволяет, избегая резкого повышения внутрибрюшного давления, вернуть мышцы брюшной стенки в первоначальное, анатомически нормальное положение. На втором этапе мы проводим обычное грыжесечение и пластику брюшной стенки собственными тканями: пластику с образованием дубликатуры, иммобилизацией операционной раны и укрепляющим протезированием. Во время второго этапа отсутствует чрезмерное натяжение тканей, т.к. брюшная стенка уже подготовлена, она стала эластичной и податливой, что позволяет выполнить пластику собственными тканями. Иммобилизация операционной раны позволяет нам со 2-го дня после операции поднимать этих больных и вести их более активно, сохраняя при этом идеальные условия для заживления операционной раны. Таким образом, методика двухэтапного лечения больших и гигантских грыж, позволяет нам, не только ликвидировать грыжу, но и, несмотря на большой дефицит местных тканей брюшной стенки, полностью восстановить нормальную анатомию, а следовательно, и функцию мышц передней брюшной стенки, избегая при этом всех отрицательных моментов (чрезмерной нагрузки на швы и резкого повышения внутрибрюшного давления). Такой способ позволяет нам добиваться хорошего функционального результата у больных с шириной грыжевых ворот 8 и более см. Этим способом было оперировано 21 больной (2,6%), их средний возраст составил 52,3 года.

Чтобы радикально излечить пациента с послеоперационной грыжей, необходимо: во-первых, провести операцию в тот период, когда функция мышц еще сохранена (в первые 5 лет после появления грыжи), во-вторых, пластика брюшной стенки должна быть направлена на восстановление нормальной анатомии. Только при этом условии появляется реальный шанс вернуть мышцам возможность нормально функционировать и регулировать внутрибрюшное давление. А эта функция регулирования внутрибрюшного давления крайне важна, ее нарушение приводит к нарушению функции легких и сердца, т.е. к инвалидизации больных. Именно принцип восстановления нормальной анатомии брюшной стенки и функции мышц был положен в основу концепции дифференцированного функционально-ориентированного лечения больных с грыжами живота, разработанной профессором Любых Е.Н. и используемой в Институте герниологии. Эта концепция при лечении срединных послеоперационных грыж позволяет каждому конкретному больному выбрать свой индивидуальный способ пластики, ориентируясь на локализацию грыжи, ее размеры, срок грыженосительства, возраст больного, сопутствующую патологию, его профессию и его пожелания в плане дальнейшей деятельности. Для срединных грыж разработан модульный подход, в каждом случае индивидуальный (см. табл. 1).

В сложных и спорных случаях применяются методики, разработанные Любых Е.Н. и его учениками, позволяющие более точно до операции оценить функцию мышц у каждого больного и рассчитать степень утери их функции.

К решению вопроса о выборе способа пластики, при необходимости подключаются анестезиологи, пульмонологи, кардиологи. Такой подход позволяет подобрать для каждого больного оптимальный способ пластики и получать хорошие результаты.

Таблица 1.

Разработанные в институте герниологии имени профессора Е.Н. Любых при БУЗ ВО "Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1" хирургические подходы к пластике грыжевых ворот

Характеристика грыжи и особенностей пациента	Способ пластики
Малые грыжи	
Ширина грыжевых ворот 1-4 см + нет сопутствующей патологии	Пластика местными тканями в виде дубликатуры (по Сапежко)
Ширина грыжевых ворот 1-4 см + ХОБЛ, тяжелый физический труд, слабость соединительной ткани	Пластика местными тканями в виде дубликатуры (по Сапежко) + укрепляющее протезирование
Средние грыжи	
Ширина грыжевых ворот 5-7 см + нет сопутствующей патологии	Пластика в виде дубликатуры (по Сапежко) + с иммобилизацией операционной раны
Ширина грыжевых ворот 5-7 см + ХОБЛ, тяжелый физический труд, слабость соединительной ткани	Пластика в виде дубликатуры с иммобилизацией операционной раны + укрепляющее протезирование
Ширина грыжевых ворот 5-7 см + Возраст > 70 лет грыженосительство >5 лет	Протезирование
Большие и гигантские грыжи	
Ширина грыжевых ворот 8 и более см + работоспособный возраст грыженосительство менее 5 лет	Двухэтапный аппаратный способ
Ширина грыжевых ворот 8 и более см + Возраст > 70 лет грыженосительство >5 лет	Протезирование

Выводы. В Институте герниологии в основе лечения больных со срединными послеоперационными грыжами лежит функционально-ориентированный подход, разработанный профессором Любых Е.Н., целью которого является восстановление нормальной анатомии и функции брюшной стенки, т.е. восстановление качества жизни пациента.

Разработана и используется модульная система лечения больных со срединными послеоперационными грыжами, позволяющая дифференцированно подходить к выбору способа пластики, используются 5 основных способов лечения.

Широко используются аппаратные способы восстановления брюшной стенки, разработанные профессором Любых Е.Н., позволяющие при любой ширине грыжевых ворот произвести пластику собственными тканями с восстановлением нормальной анатомии.

Более 60 % пациентов со срединными послеоперационными грыжами были оперированы способами, разработанными в Институте герниологии.

Литература.

1. Гельфанд Б.Р. Синдром абдоминальной гипертензии: состояние проблемы / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, П.В. Подачин // Медицинский алфавит. Неотложная медицина. – 2010 г. – № 3. – С. 34-42.

2. Егиев В.Н. Грыжи / В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский. – Москва: Медпрактика-М, 2015. – 480 с.
3. Любых Е.Н. Преимущества функционально-ориентированного лечения больных с большими и средними срединными послеоперационными грыжами/ Е.Н. Любых, Г.В. Полубкова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. Приложение. – 2012. – С. 47-50.
4. Любых Е.Н. О некоторых проблемных вопросах герниологии и путях их решения / Е.Н. Любых, Г.В. Полубкова // Герниология. – 2009. – № 2(22). – С. 14-17.
5. Технические особенности функционально-ориентированного лечения средних срединных послеоперационных грыж с иммобилизацией операционной раны / Е.Н. Любых [и др.] // Сборник тезисов IX конференции "Актуальные вопросы герниологии". – 2012. – С. 122-125.

Abstract.

G. V. Polubkova, O. V. Strygin, G.N. Mikhailova, Yu. V. Usov, D. S. Borzilov, A. I. Volkov, G.V. Prokhorov, A. O. Strygin, A. V. Sorokin, G. O. Makhotina, A.A. Boronin, E.M. Sergeeva,
THE RESULTS OF THE WORK OF THE INSTITUTE OF HERNIOLOGY NAMED
AFTER PROFESSOR E. N. LYUBYKH TREATMENT OF PATIENTS
WITH MIDLINE POSTOPERATIVE HERNIAS FROM 1992 TO 2015

Voronezh State Medical University Department of faculty surgery, Department of faculty surgery
The Institute of herniology named after Professor E. N. Lyubykh
"Voronezh clinical hospital of emergency medical care №1".

The article presents the results of the Institute of herniology in the treatment of patients with midline incisional hernias. The analysis of the main methods of hernioplasty applied in the Institute of herniology in these types of hernias, including hardware methods of treatment. There is modular system of treatment median postoperative hernias with the point of view of functionally- oriented approach.

Key words: postoperative median hernia, hernioplasty, hardware methods of hernias' treatment.

References.

1. Gelfand B. R., Protsenko D. N., Podocin, P. V. etc. A Syndrome of abdominal hypertension: state of the problem // Medical alphabet. Emergency medicine. - 2010. - № 3. - P. 34-42.
2. Egiev V.N. Hernia/ V.N. Egiev, P.K. Voskresenskiy. –Moscow: Medpraktik-M. 2015. – 480 p.
3. E. N. Lyubykh. Advantages of function-oriented treatment of patients with large and medium-sized middle postoperative hernias/ E. N. Lyubykh, G. V. Polubkova // Bulletin of experimental and clinical surgery. App. – 2012. – P. 47-50.
4. Lyubykh E. N. On some of the problematic issues of herniology and their solutions / E. N. Lyubykh, G.V. Polubkova . – 2009. – № 2(22). – P. 14-17.
5. Technical features functionally-oriented treatment of medium-sized meddle postoperative hernias with the immobilization of the wound / E. N. Lyubykh [etc] // Collection of theses of the IX conference "Actual issues of herniology". – 2012. – P. 122-125.

Сведения об авторах: Полубкова Галина Владимировна – к.м.н. , доцент кафедры факультетской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, директор Института герниологии имени профессора Е.Н. Любых. polubkova.g@yandex.ru; Сtryгин Олег Васильевич – к.м.н. , заведующий хирургическим отделением № 1 БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», заместитель директора Института герниологии по лечебной работе; Михайлова Галина Николаевна – к.м.н. , врач-хирург ОХО-1 ; Усов Юрий Викторович – заведующий хирургическим отделением № 2 ; Борзилов Дмитрий Сергеевич – врач-хирург ОХО-1 ; Волков Александр Иванович – врач-хирург ОХО-1 ; Прохоров Глеб Владимирович – врач-хирург ОХО-1; Сtryгин Александр Олегович – врач-хирург ОХО-1 ; Сорокин Александр Владимирович – врач-хирург ОХО-1 ; Махотина Оксана Геннадьевна – врач-хирург ОХО-1 ; Боронин Андрей Анатольевич – врач-хирург ОХО-2 ; Скоробогатов Станислав Александрович – врач-хирург ОХО БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10»; Сергеева Елена Михайловна – врач-терапевт ОХО-1