

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЪЕМА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ДО И ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Кафедра госпитальной хирургии

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121; тел. (8512) 52-41-43. E-mail: Doctor_mdc@mail.ru

С использованием нового метода герниопластики выполнено 78 операций по поводу гигантских грыж передней брюшной стенки. Моделирование влагалищ прямых мышц живота выполнялось с помощью сетчатого эндопротеза. Проведено сравнение размеров (фронтального, сагиттального и краниокаудального) и объема брюшной полости до и после операции по данным компьютерной томографии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что рекомендуемый метод герниопластики не приводит к уменьшению объема брюшной полости и может считаться рациональным хирургическим вмешательством при гигантских грыжах.

Ключевые слова: гигантские вентральные грыжи, объем брюшной полости, герниопластика.

R. A. ALIEV, G. D. ODISHELASHVILI

THE STUDY VOLUME OF ABDOMINAL CAVITY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS BEFORE AND AFTER HERNIOPLASTY

Department of hospital surgery, State budget educational institution of higher professional education «Astrakhan state medical university»,

Russia, 414000, Astrakhan, Bakinskaya str., 121; tel. (8512) 52-41-43. E-mail: Doctor_mdc@mail.ru

We have completed 78 operations about giant hernias of the anterior abdominal wall using the new method of hernioplasty. Modeling of direct muscle sheaths was performed using a mesh endoprosthesis. We have compared of sizes (frontal, sagittal and cranio-caudal) and the volume of the abdominal cavity before and after operation according to computed tomography. The obtained results show that the recommended method hernioplasty does not reduce the volume of the abdominal cavity and may be considered a rational surgery with giant hernias.

Key words: giant ventral hernias, volume of the abdominal cavity, hernioplasty.

Вентральные грыжи – широко распространенное заболевание во всех странах. Грыжи выявляются у 7–15% взрослого населения, а большие и гигантские грыжи развиваются у 10–15% грыженосителей [1, 2]. Несмотря на значительные успехи герниологии за последние десятилетия (внедрение сетчатых эндопротезов, эндоскопических способов герниопластики, улучшение анестезиологического пособия и др.), результаты оперативного лечения больших и гигантских вентральных грыж не удовлетворяют ни хирургов, ни пациентов [4, 6]. Прежде всего обращают на себя внимание большой процент рецидивов грыж и не удовлетворяющий пациентов косметический эффект операции. Очевидно, что основная причина сложившейся ситуации обусловлена недооценкой сложности анатомо-функциональных нарушений в передней брюшной стенке, органах брюшной полости, наличием интраабдоминальной и экстраабдоминальной сопутствующей патологии.

Внедрение компьютерной томографии, особенно современных мультисрезовых спиральных

томографов, позволяет обследовать пациентов с вентральными грыжами на качественно более высоком уровне и получить высокодостоверную информацию при этой патологии [1, 3].

Материалы и методы исследования

Работа основана на клиническом материале, накопленном в период с 2006-го по 2013 год на базе хирургического отделения клинической больницы № 2 ФГБУ ЮОМЦ ФМБА России (г. Астрахань) и кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» Минздрава России. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 78 пациентов с вентральными грыжами. Все больные были госпитализированы в плановом порядке. Сроки грыженосительства у пациентов варьировали от 5 месяцев до 13 лет. Рецидивные грыжи зарегистрированы в 65 (83,3%) случаях, невримые грыжи выявлены у 13 (16,6%) больных. Среди больных преобладали лица женского пола – 55 (70,5%), мужчин – 22 (28,2%). Возраст

обследованных больных находился в пределах от 30 до 80 лет (средний возраст $52 \pm 3,5$ года).

В исследуемой группе больных причинами возникновения вентральных грыж были операции по устранению грыж (35,8%), холецистэктомии (22,6%), лапаротомии по поводу панкреонекроза (9,4%), перитонита различной этиологии (9,4%) и рака толстого кишечника (7,5%). У 73 пациентов (93,6%) имелся избыточный вес, из них у 56 больных (71,8%) – ожирение 2-й и 3-й степени.

Комплексное обследование всех больных включало сбор жалоб и анамнеза, осмотр, традиционные лабораторно-инструментальные методы исследования. У всех больных перед операцией производили расчёт индекса массы тела по формуле Кетле: $ИМТ = \text{вес (кг)} : (\text{рост (м)})^2$. При объективном осмотре больного в положении лёжа и стоя определяли размеры и локализацию грыжевого выпячивания и грыжевых ворот, оценивали вправимость грыжевого содержимого, состояние кожи в области грыжи, выраженность подкожного жирового слоя. По показаниям производили фиброколоноскопию, ирригоскопию, доплерографию сосудов нижних конечностей. При этом обращали особое внимание на функциональное состояние органов и степень компенсации нарушенных функций. В послеоперационном периоде у всех больных производили посуточный учет количества и характера раневого отделяемого.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) прямых мышц живота после операции и триплексное сканирование артерий проводились на ультразвуковом сканере экспертного класса «ACCUVIX XQ» (Корея). Компьютерная томография (КТ) выполнялась на мультисрезовом спиральном компьютерном томографе «Aquilion 32» («Toshiba Medical Systems», Япония). С помощью КТ уточняли размеры грыжевого выпячивания, наличие многокамерности грыжевого мешка, а также размеры и локализацию грыжевых ворот, объем брюшной полости. Объем брюшной полости рассчитывался по формуле: $a \times v \times c \times 0,52 = \text{см}^3$, где a – фронтальный размер, v – сагиттальный размер, c – краниокаудальный размер.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы «STATISTICA 7.0», «Stat Soft, Inc» [5]. Критический уровень статистической значимости принимали 5% ($p=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Мы провели сравнение размеров (фронтального, сагиттального и краниокаудального) и объема брюшной полости до и после операции по данным компьютерной томографии. Операция проводилась с использованием нового способа герниопластики, предложенного нами.

Ход операции: после освежения апоневроза прямых мышц живота производилось продольное рассечение передних стенок влагалищ прямых мышц живота на всем протяжении грыжевого дефекта. Затем выполнялось отделение от прямых мышц медиальных листков апоневроза с последующим сшиванием их между собой, на них укладывался сетчатый трансплантат, который узловыми швами фиксировался к апоневрозу у освобожденных нижних поверхностей прямых мышц живота, а свободные края трансплантата сшивались с латеральными листками апоневроза, тем самым моделировались футляры влагалищ прямых мышц живота.

Медиана, 5-й и 95-й процентиля фронтального размера брюшной полости в исследуемой группе пациентов до операции составили 279 (234; 289) мм. После операции медиана, 5-й и 95-й процентиля фронтального размера брюшной полости статистически значимо не изменились ($p>0,05$), составив 280 (237; 290) мм.

Медиана, 5-й и 95-й процентиля сагиттального размера брюшной полости до операции составили 139 (126; 145) мм. После операции медиана, 5-й и 95-й процентиля сагиттального размера брюшной полости составили 140 (126; 146) мм. Различия между медианами сагиттального размера до и после герниопластики оказались статистически незначимы ($p>0,05$).

Медиана, 5-й и 95-й процентиля краниокаудального размера брюшной полости до операции составили 281 (272; 290) мм. После операции медиана, 5-й и 95-й процентиля краниокаудального размера статистически значимо не изменились ($p>0,05$), составив 281 (271; 290) мм.

Медиана, 5-й и 95-й процентиля объема брюшной полости до операции составили 5505 (4170; 6101) см^3 . После операции медиана, 5-й и 95-й процентиля объема брюшной полости даже несколько увеличились, составив 5545 (4208; 6142) см^3 соответственно. Однако различия между медианами объема брюшной полости до и после герниопластики были статистически незначимы ($p>0,05$).

Приведём снимки, полученные в ходе компьютерной томографии у пациентки Л. до (рис. 1) и после (рис. 2) герниопластики предложенным способом.

Таким образом, при изучении фронтального, сагиттального и краниокаудального размеров брюшной полости мы пришли к выводу, что данные показатели у больных с вентральными грыжами после герниопластики статистически значимо не изменились, а медиана объема брюшной полости после операции даже увеличилась, однако статистически незначимо. Полученные данные свидетельствуют о том, что предложенный нами метод герниопластики позволяет сохранить

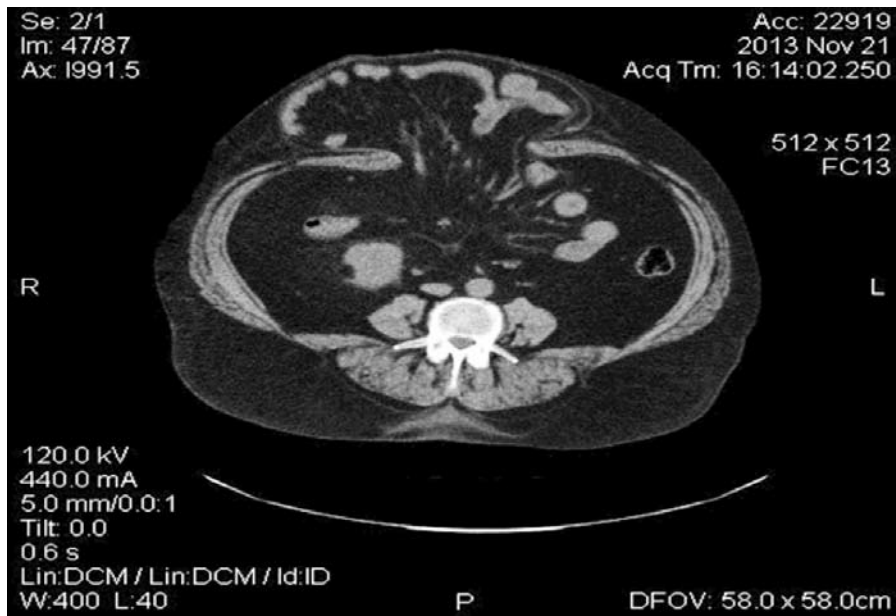


Рис. 1. Компьютерная томограмма брюшной полости до операции



Рис. 2. Компьютерная томограмма брюшной полости после герниопластики

объем брюшной полости и может считаться рациональным хирургическим вмешательством при гигантских грыжах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грубник В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. В., Парфентьев Р. С. Современное лечение брюшных грыж. – М.: Здоровье, 2001. – 280 с.
2. Жебровский В. В., Тоскин К. Д., Ильченко Ф. Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. – 2006. – № 2. – С. 105-108.
3. Петренко Д. Г., Сипливый В. А., Петренко Г. Д., Гузь А. Г., Петюнин А. Г., Менкус Б. В., Гузь И. А. Оценка современных способов герниопластики у пациентов с большими и

гигантскими вентральными грыжами живота // Клиническая хирургия. – 2008. – № 11–12. – С. 62–63.

4. Постолов М. П., Нурмахомедов А. К. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с большими вентральными грыжами / М. П. Постолов // Клиническая хирургия. – 2009. – № 7. – С. 54–57.

5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «STATISTICA». – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

6. Рудин Э. П., Богданов А. В., Шевченко П. В. Лечение послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. – 2009. – № 12. – С. 76–78.

Поступила 15.01.2015