

О.В. Галимов, В.О. Ханов, А.В. Шкундин, Э.Х. Гаптракипов, Р.Ф. Фаттахов

## ПРИМЕНЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ МАЛЫХ ДОСТУПОВ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа)

*В современных условиях развития хирургии определенный интерес представляет изучение и развитие методов профилактики различных послеоперационных осложнений, где одним из основных является возможность профилактики послеоперационных грыж. При этом постоянно ведется поиск новых методов соединения тканей в зоне оперативного вмешательства. В статье представлен опыт использования клеевых композиций и сетчатых эндопротезов в профилактике и лечении послеоперационных грыж малых доступов.*

**Ключевые слова:** послеоперационные грыжи, синтетические материалы, малые доступы

## THE USE OF SYNTHETIC MATERIALS IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE HERNIAS OF SMALL ACCESSES

O.V. Galimov, V.O. Khanov, A.V. Shkundin, E.H. Gaptrakupov, R.F. Fattakhov

Bashkir State Medical University, Ufa

*In the present conditions of surgery of some interest is the study and development of various methods of prevention of postoperative complications, where one of the key is the ability to prevent postoperative hernia. At the same time is constantly searching for new methods of connecting tissue in the area of surgery. The paper presents the experience of using the adhesive compositions and mesh stents in the prevention and treatment of postoperative hernias of small accesses.*

**Key words:** postoperative hernia, synthetic materials, small accesses

В настоящее время в медицине все чаще начинают задумываться о том, что некоторые заболевания легче предотвратить или остановить на ранних сроках развития, чем позже лечить уже в запущенном или сформированном виде.

Одним из таких заболеваний является образование послеоперационных грыж, существенно снижающих качество жизни пациентов.

Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связано, прежде всего, с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время число осложнений после лапароскопических операций остается значительным [1].

По данным литературы осложнения, связанные с образованием грыж при выполнении лапароскопических операций и вмешательств из минидоступа возникают в 2–9 % случаев. Троярные грыжи чаще наблюдаются в местах установки 10–11 миллиметровых троакаров, а также ранорасширителей, которые используют для извлечения желчного пузыря из брюшной полости. Образованию грыж в области минидоступа и в местах установки троакаров могут способствовать и гнойно-воспалительные осложнения, которые не редко наблюдаются в местах контакта операционной раны со стенкой воспаленного желчного пузыря или его содержимым. Так же предрасполагающими факторами образования грыж после миниинвазивных операций, является наличие у больных ожирения, пожилой возраст, функциональная недостаточность соединительной ткани, на

которые хирургу не повлиять, но о них необходимо помнить и учитывать при выборе оперативной тактики. Вследствие применения расширителей брюшина травмируется, становится более подверженной растяжению, вследствие нарушения ее целостности, а рана, учитывая толщину подкожной клетчатки, не всегда ушивается полностью и в этой области брюшная стенка теряет свою прочность, что приводит к образованию грыж. Частота осложнения может быть выше, если место введения троакара располагалось ниже пупка. Содержимым грыжевого мешка, как правило, бывает сальник, кишечные петли. Из-за малых размеров разреза иногда образуются грыжи Рихтера, при которых ущемляется лишь часть стенки кишки [1, 3, 4].

Не решена до конца проблема развития осложнений после имплантации, что связано с возможным инфицированием протеза, уменьшением его размеров, отторжением, образованием серомы или гематомы, снижением физиологической подвижности брюшной стенки. Особую группу составляют осложнения, связанные с необходимостью фиксации эндопротеза шовным материалом, при которых существует высокий риск формирования лигатурных свищей, вследствие прорезывания нитей, сморщивания сетки или «отхождения» ее от одного из краев апоневроза. Так же может наблюдаться выраженная местная реакция тканей, что способствует формированию инфильтратов, сером, нагноений, частота которых не имеет тенденции к снижению [2, 3, 4].

Важным аспектом является проблема снижения продолжительности операции, в частности -

сокращение времени, необходимого для фиксации эндопротеза.

Определенный интерес представляет возможность использования клеевых композиций для фиксации сетчатых эндопротезов в целях профилактики послеоперационных грыж при выполнении миниинвазивных операций.

Данный интерес связан с тем, что в последнее время использование клеевых композиций в хирургии получает все более широкое распространение, поскольку они обладают рядом преимуществ по сравнению с традиционными методами закрытия ран [5].

Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения различных аспектов данной проблемы с целью более обоснованного применения эндопротезов клеевых композиций.

**Цель работы:** повысить эффективность хирургического лечения больных путем применения сетчатых эндопротезов и клеевых композиций в профилактике и лечении послеоперационных грыж малых доступов.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий было оперировано 44 пациента, обратившихся по поводу появления у них послеоперационных вентральных грыж, возникших после выполнения лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство из этих пациентов — женщины (28), мужчин было 16, все больные в возрасте от 33 до 70 лет. В процессе проведенного ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число больных с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных (31 чел.), которым ранее производилась лапароскопическая холецистэктомия. У 8 пациентов в анамнезе были гинекологические операции, у 5 — диагностическая лапароскопия. Грыжевой дефект, как правило, локализовался в параумбиликальной области (в месте введения десятимиллиметрового троакара, откуда извлекали желчный пузырь). У 6 больных из этой группы в послеоперационном периоде отмечались различного рода воспалительные осложнения со стороны доступа в виде образования инфильтрата операционной раны либо ее нагноения. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроки от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5 × 1,5 см до 5,5 × 5,5 см. Избыточная масса тела и морбидное ожирение (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>) имели место у 16 пациентов. У 29 пациентов имелись вправимые послеоперационные вентральные грыжи, 15 пациентов имели невправимые послеоперационные вентральные грыжи. Случаев ущемления мы не наблюдали, и все выявленные нами пациенты с троакарными грыжами оперированы в плановом порядке. Плановые оперативные вмешательства выполнялись под местной инфильтративной анестезией у 33 пациентов или комбинированным эндотрахеальным наркозом у 11 пациентов.

Большое внимание следует уделять способу закрытия троакарной раны. Нами обращено внимание на то, что большинство пациентов с троакарными грыжами имели избыточную массу тела и морбидное ожирение. При использовании стандартной техники ушивания троакарных ран у тучных больных зачастую не происходит соблюдения одного из важнейших условий — сопоставления однородных тканей, вследствие чего максимальная прочность соединения отсутствует. Это связано с неудобством манипуляции в ране при ее ушивании: малой площадью и большой глубиной раны, неадекватным визуальным контролем со стороны раны.

Для достижения поставленной цели в клинике хирургических болезней и новых технологий всем пациентам, обратившимся по поводу появления у них послеоперационных вентральных грыж, возникших после выполнения лапароскопических вмешательств, в плановом порядке, выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом. Применялись полипропиленовые сетки с фиксацией эндопротеза клеем латексным тканевым и сульфакрилатным клеем по разработанному способу профилактики и хирургического лечения послеоперационных грыж малых доступов (№ 2011106069), характеризующегося тем, что после проведения из мини-доступов или лапароскопически оперативного лечения основного заболевания или после ушивания грыжевого дефекта по поводу послеоперационных грыж малых доступов на апоневроз укладывался предварительно пропитанный клеевой композицией эндопротез индивидуального размера шириной от 2,5 до 4,5 см, с таким расчетом, чтобы его размеры на 0,5–1 см превосходили размеры деформации передней брюшной стенки по всему периметру, и далее после того как клеевая композиция между эндопротезом и апоневрозом затвердела, производили ушивание подкожной клетчатки и кожи.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Послеоперационные раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. При обследовании в отдаленном периоде до 1 года ни в одном случае не обнаружено образования послеоперационной грыжи.

#### ВЫВОДЫ

Проанализировав частоту и причины образования троакарных постлапароскопических грыж, мы пришли к заключению о том, что на некоторые факторы, предрасполагающие к появлению грыж (пожилой возраст, ожирение, функциональная недостаточность соединительной ткани), хирургу не повлиять, но о них необходимо помнить и учитывать при выборе оперативной тактики. При использовании в ходе лапароскопических вмешательств инструментов больших диаметров (троакары, эвакуаторы, ранорасширители и др.), инфицировании раны в зоне введения троакара и извлечении удаленного органа или ткани, а также

неудовлетворительном ушивании апоневроза в месте произведенного доступа необходима профилактика грыжеобразования.

Разработанный способ профилактики и хирургического лечения послеоперационных грыж малых доступов показал свою эффективность и может быть рекомендован в качестве завершающего этапа миниинвазивной операции при наличии у пациента факторов риска образования грыж.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г., Земцов Р.В., Зюбина Е.Н. Вентральные грыжи после лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. — 2004. — № 1. — С. 20.

2. Борисов А.Е., Митин С.Е. Проблемы современной герниологии // Актуальные вопросы

герниологии: тез. докл. научно-практ. конф. — М., 2002. — С. 6—7.

3. Галимов О.В., Зиангиров Р.А., Ханов В.О. Предупреждение осложнений лапароскопической холецистэктомии, связанных с образованием послеоперационных троакарных грыж // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: сб. тез. научн. докл. XVII межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. — Уфа, 2010. — С. 23.

4. Оскретков В.И., Литвинова О.М. Троакарные грыжи передней брюшной стенки после видеолапароскопических операций // Герниология. — 2005. — № 4. — С. 19—21.

5. Пучков К.В., Селиверстов Д.В., Полит Г.Г., Гаусман Б.Я. Новые синтетические материалы в хирургии. — Рязань, 1994. — 44 с.

#### Сведения об авторах

**Галимов Олег Владимирович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3)

**Ханов Владислав Олегович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3)

**Гаптракипов Эдуард Халилович** — кандидат медицинских наук, врач-хирург, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3)

**Фаттахов Руслан Фуатович** — клинический ординатор хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3)

**Шкундин Антон Владимирович** — врач-хирург Башкирского государственного медицинского университета (450000, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, 3; тел.: 8 (927) 235-65-44; e-mail: anton7@list.ru)