

ЧРЕСПУПОЧНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Р.А. АЛИБЕГОВ*, С.С. МЕЛКОНЯН**

*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

**ОГБУЗ «Клиническая больница №1», 214019, г. Смоленск, ул. Фрунзе, 40

Аннотация. Проведен анализ хирургического лечения 58 пациентов с пупочной грыжей. 29 из них оперированы чреспупочным доступом с интраперитонеальной пластикой эндопротезом Реперен. Получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Ключевые слова: Пупочные грыжи, чреспупочный доступ, интраперитонеальная пластика эндопротезом Реперен.

TRANSUMBILICAL ACCESS IN TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA

R.A. ALIBEGOV*, S.S. MELKONYAN**

*Smolensk Clinical Hospital №1

**Smolensk State Medical Academy

Abstract. The analysis of surgical treatment of 58 patients with an umbilical hernia is carried out. 29 of them were operated by transumbilical access with intraperitoneal plastic to implant the Reperen. The good immediate and long-term results were obtained.

Key words: umbilical hernia, transumbilical access, intraperitoneal plastic to implant the Reperen.

Наружные грыжи живота встречаются у 3-4% населения. От 20 до 33% жителей Земли являются потенциальными грыженосителями [3, 6]. Отдельному изучению пупочных грыж посвящены единичные исследования. Пупочные грыжи составляют 11,7% от всех оперированных наружных грыж живота и занимают второе место по частоте после паховых грыж [4, 5]. Тенденция к увеличению частоты пупочных грыж может быть объяснена возрастанием количества тучных людей, а также расширением показаний к хирургическому лечению этой категории больных. Пупочные грыжи возникают преимущественно у женщин в возрасте старше 30 лет. Если при паховых грыжах соотношение мужчин и женщин равно 10:3, то при бедренных – 1:8, при пупочных – 1:10 [5]. Существует ошибочное мнение, что лечение пупочных грыж уже решенный вопрос, а применяемые рутинные оперативные вмешательства обеспечивают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. Однако, по данным литературы, отдаленные результаты лечения пупочных грыж хуже, чем паховых и бедренных [1, 5].

Основными операциями, которые до настоящего времени применяют для лечения пупочных грыж, являются аутопластические способы. В 1901 году американский врач Мауо предложил способ лечения пупочных грыж, идея которой заключается в создании дубликатуры из белой линии живота швом, который накладывают в поперечном направлении [4]. Недостатком способа Мауо является то, что белая линия живота не суживается, а наоборот расширяется. Деформируются и прямые мышцы, что является в функциональном отношении невыгодным. При необходимости расширения доступа приходится пересекать мышцы, сосуды и нервы околопупочной области, формируется выраженный кожный рубец на передней брюшной стенке. Кроме того, следует отметить, что этот метод не устраняет диастаз прямых мышц [9].

В 1900 году К.М. Сапежко предложил так называемую «сюртучную» пластику по аналогии с полами сюртука, которые застегиваются один на другой. При этом методе выполняют продольный разрез с обходом пупка слева, предполагается перестройка всей белой линии живота, накладывают П-образные швы на апоневрозы с захватом медиальных краев прямых мышц живота, при этом создают дубликатуру апоневроза и прямых мышц живота, что также сопровождается травматизацией последних [4]. При данном способе также формируется выраженный кожный рубец передней брюшной стенки.

Оба способа значительно травматичны и некосметичны. Частота рецидива пупочных грыж при пластике традиционными методами по Мауо и Сапежко составляет от 1 до 30% [1, 2, 5, 14-16].

С 2010 года в клинике ОГБУЗ «КБ№1» г. Смоленска стали применять способ лечения пупочных грыж, отличающийся меньшей травматичностью, хорошими непосредственными, отдаленными результатами и косметическим эффектом, при котором доступ к грыжевому мешку осуществляется продольным разрезом через пупок, пластика выполняется сетчатым эндопротезом Реперен интраперитонеально. *Техника выполнения* (рис. 1,2). При небольших пупочных грыжах возможна местная анестезия, при больших, осложненных грыжах перидуральное или общее обезболивание. Делают продольный разрез через пупок. С косме-

тических целей обязательно нужно стремиться сохранить пупок. Выделяют, вскрывают грыжевой мешок. При наличии в грыжевом мешке содержимого, последнее вправляют в брюшную полость, при необходимости – резецируют. При этом грыжевой мешок сохраняют. Далее интраперитонеально устанавливают сетчатый эндопротез Реперен, по периметру фиксируют узловыми швами к брюшине. Данный эндопротез интенсифицирует репаративные процессы в зоне имплантации, соответствует таким требованиям как биоинертность, прочность, эластичность, гидрофобность, устойчивость к воздействию биологически активных и агрессивных жидкостей, антиадгезивность, обладает «памятью формы», не сокращается в размерах [8, 10-13]. Поверх эндопротеза ушивают пупочное кольцо отдельными узловыми швами. Накладывают швы на кожную рану пупка. При избытке кожи пупка, последнюю частично иссекают, формируют шов в глубине пупка, чтобы кожный рубец не был заметен, т.е. таким образом достигается косметический эффект. Мы считаем, что указанный метод по сравнению с традиционными способами хирургического лечения пупочных грыж является более косметичным, щадящим по отношению к тканям, поскольку не травмируются мышцы, сосуды и нервы околопупочной области, не иссекается грыжевой мешок, и дальнейшее изучение предложенного метода представляет научный и практический интерес.

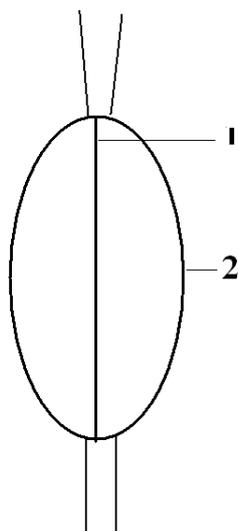


Рис. 1. 1 – разрез через пупок; 2 – пупок

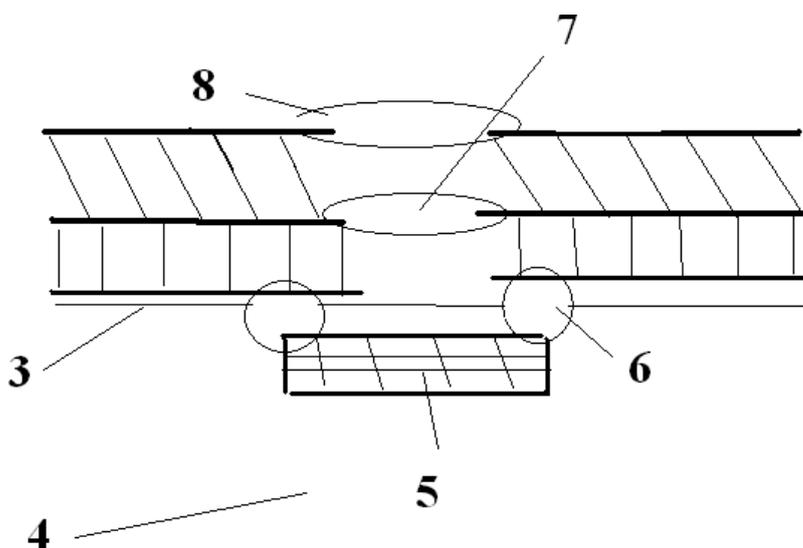


Рис. 2. 3 – брюшина; 4 – брюшная полость; 5 – сетчатый эндопротез; 6 – узловыи швы, фиксирующие эндопротез к брюшине; 7 – швы на апоневроз; 8 – швы на кожу

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов лечения больных с пупочными грыжами, оперированных чреспупочным доступом с интраперитонеальной пластикой эндопротезом Реперен и традиционными способами по Маю и Сапежко.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты лечения 58 пациентов с вправимыми

и неправомерными (в том числе ущемленными) пупочными грыжами период с 2010-2012гг. Средний возраст больных составил 52,6 года. В исследование вошли 40 (69%) женщин и 18 (31%) мужчин.

Все больные были разделены на 2 группы.

1 группа – пациенты, которым выполнялось грыжесечение чреспупочным доступом с интраперитонеальной пластикой сетчатым эндопротезом Реперен (n=28).

2 группа – пациенты, которым выполнялось грыжесечение традиционными методами по Мауо и Сапежко (n=28).

У пациентов обеих групп изучались анамнестические данные (длительность грыженосительства, наличие условий труда, связанных с тяжелой физической нагрузкой), наличие сопутствующей патологии, проводилось физикальное обследование, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, *электрокардиография* (ЭКГ), *фиброгастродуоденоскопия* (ФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости по показаниям. Тактика ведения послеоперационного периода была активной. Больным уже на 2-е сутки разрешали активные движения, лечебную физкультуру. В послеоперационном периоде рекомендовали ношение бандажа до 1 месяца и ограничение физических нагрузок до 2 месяцев. Все пациенты находились под наблюдением после операции в сроки от 1 до 10 мес. Жалоб больные не предъявляют, рецидивов грыж в обеих группах не отмечено. В послеоперационном периоде в обеих группах сравнивались выраженность болевого синдрома при помощи *визуальной аналоговой шкалы* (ВАШ), необходимость назначения сильных анальгетиков, длительность пребывания в стационаре, наличие осложнений в области раны, выраженность послеоперационного кожного рубца [7].

Результаты и их обсуждение. В 1 группе в плановом порядке оперировано 25 пациентов (86%) и 4 пациента (14%) в экстренном порядке. В качестве обезболивания в послеоперационном периоде назначали кеторол 30 мг 1р/сут. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале пациентами отмечалась как «слабые» и «умеренные». Послеоперационный период у пациентов данной группы протекал без осложнений. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 2-3 дня. Но следует отметить, что большая часть этих больных могут быть выписаны уже на 1-е сутки после операции. Швы снимались на 7-е сутки в амбулаторном порядке, кожные рубцы в глубине пупка практически не заметны.

Во 2 группе по способу Мауо оперировано 22 пациента (76%) и 7 (23%) по способу Сапежко. Из них в плановом порядке оперировано 23 (79%) и в экстренном 6 (21%) пациентов. В послеоперационном периоде отмечалась необходимость назначения помимо НПВС более сильных анальгетиков – трамадола 5% 2 мл 2-3 р/сут или промедола 2% 1мл 1-2 р/сут. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале пациентами отмечалась вплоть до «тяжелых». Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 7-8 дней. Швы снимались на 7-е сутки после операции. Кожные рубцы на передней брюшной стенке выраженные. У 2 (6,9%) пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны, проводилась антибактериальная терапия, местная физиотерапия. Раны зажили вторичным натяжением, пациенты выписаны из стационара на 8-9 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Исходя из результатов исследования, можно сказать, что предлагаемый способ грыжесечения при пупочных грыжах обладает следующими преимуществами:

1. Уменьшает травматичность операции за счет сохранения целостности прямых мышц живота, сосудов и нервов окологрыжовой области, сохранения грыжевого мешка, за счет чего отсутствует необходимость назначения сильных анальгетиков в послеоперационном периоде.

2. Позволяет добиться хорошего косметического эффекта, поскольку кожный рубец в области пупка не заметен.

3. Уменьшает количество койко-дней после операции и период реабилитации.

4. Отсутствие способности к сокращению в размерах имплантата из Реперена сводит к минимуму риск развития рецидива заболевания.

Литература

1. *Воскресенский, П.В.* Хирургия грыж брюшной стенки / П.В. Воскресенский, С.Л. Горелик.– М.: Медицина, 1965.– 326 с.
2. *Грубник, В.В.* Современные методы лечения брюшных грыж / В.В. Грубник, А.А. Лосев, Н.Р. Баязитов.– 2001.– 227 с.
3. *Егиев, В.Н.* Ненатяжная герниопластика / В.Н. Егиев.– М: Практика, 2002.– 148 с.
4. *Егиев, В.Н.* Атлас оперативной хирургии грыж / В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский.– М.: Медпрактика, 2003.– 228 с.
5. *Жебровский, В.В.* Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир.– Симфер.: «Бизнес Информ», 2002.– 438 с.
6. *Жебровский, В.В.* Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. М.: МИА, 2005.– 400 с.
7. *Жудро, А.А.* Острая боль в хирургической практике и её количественная оценка / А.А. Жудро // Медицинские новости.– 2007.– №7.– С.12–18.
8. *Клише, У.* Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование)

дование) /У. Клише, И. Конце, М. Ануров// Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии».– М.– 2002.

9. *Лаврова, Т.Ф.* Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки / Т.Ф. Лаврова.– М.: Медицина, 1979.– 104 с.

10. *Мизуров, Н.А.* Применение синтетического полимера "Реперен" в лечении грыж / Н.А. Мизуров, В.Н. Григорьев, В.Ф. Осипов // Нижегородские ведомости медицины.– 2007.– №4.– С. 39–40.

11. *Романов, Р.В.* Экспериментально-клиническое обоснование применения синтетического материала «Реперен» в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки / Р.В. Романов, В.В. Паршиков, В.П. Градусов // Нижегородский медицинский журнал.– 2008.– №1.– С. 53–59.

12. *Треушников, В.М.* Основные принципы создания биосовместимых имплантатов / В.М. Треушников // Нижегородские ведомости медицины.– 2007.– № 6.– С. 46–55.

13. *Успенский, И.В.* Полимерные сетки «Реперен» / И.В. Успенский // Нижегородские ведомости медицины.– 2006.– № 1.– С. 8–9.

14. *Arroyo, A.* Randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults / A. Arroyo, A. Garcia, F. Perez// Br J Surg.– 2001.– Vol.88.– P. 1321–1323.

15. *Bowley, D.M.G.* Umbilical hernia, Mayo or mesh? / D.M.G. Bowley, A.N. Kingsnorth // Hernia. 2000.– Vol. 4.– P. 195–196.

16. *Hernia umbilical del adulto / M. Garcia-Urena [et al.] // Cir. Espanol.– 1994.– №56.– P. 302–306.*