
БЕСФИКСАЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

А.В. Протасов, Э.Д. Смирнова

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В статье определено место бесфиксационных методик в лечении грыж передней брюшной стенки. Разработана целостная система оперативного лечения больных с грыжами передней брюшной стенки, на основе использования современных, не требующих фиксации имплантатов, которая может быть рекомендована к широкому внедрению.

Ключевые слова: грыжи, герниопластика, сетка.

На кафедре оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН с 2005 года проводятся научные исследования по проблеме реконструктивно-пластических операций на передней брюшной стенке, основной задачей которых является улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжами живота различной локализации на основе разработки и внедрения целостной системы оптимальных принципов использования хирургических оперативных технологий.

Грыжи передней брюшной стенки — одно из самых распространенных заболеваний человека, требующих оперативного лечения (5—6% всего населения). Операции при грыжах различной локализации составляют 25% всех оперативных вмешательств, до 35% из них выполняются в экстренном порядке по поводу ущемления.

Проблема улучшения результатов хирургического лечения больных с грыжами живота различной локализации обусловлена не только частотой распространения данной патологии, но и не всегда однозначными результатами лечения. Частота развития осложнений, в том числе рецидивов заболевания, после паховых грыжесечений достигает 10%, а при хирургическом лечении рецидивных паховых грыж — более 30%. Анализируя причины развития осложнений и рецидивов в послеоперационный период, мы пришли к заключению, что основными из них являются недостаточно надежная фиксация имплантатов, ведущая к смещению последних и возникновению рецидивов; необходимость внедрения в организм дополнительных материалов для фиксации имплантатов (шовного материала, скобок, винтовых фиксаторов), влияющая на частоту и степень выраженности воспалительных реакций, большое количество послеоперационных невралгий. Данные положения и явились предпосылкой для проводимых нами исследований по внедрению в хирургическую практику имплантатов, не требующих фиксации.

На клинической базе кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН за последние годы приобретен большой опыт выполнения герниопластики имплантатами, не требующими фиксации, при хирургическом лечении грыж любой локализации (паховых, вентральных), с использованием как традиционного, так и лапароскопического оперативного доступа.

Вначале мы использовали жесткий сетчатый монофиламентный полипропиленовый имплантат «Herniamesh» (Италия) с памятью формы и повышенной адгезией к тканям за счет структуры плетения. Однако некоторые свойства данного имплантата являются ограничением для использования при паховой герниопластике, т.е. при операции в функционально-значимой области. Основным отрицательным моментом явился значительный удельный вес имплантата, что приводило к жалобам пациентов на «ощущение инородного тела» в зоне операции.

С 2008 года для бесфиксационной герниопластики мы используем новый синтетический имплантат — Parietene ProGrip (Франция), представляющий собой полурассасывающуюся сетку из полипропиленовой мононити, оснащенную с одной стороны рассасывающимися крючками из полимолочной кислоты. Крючки облегчают размещение и фиксацию сетки в прилегающих тканях, а также обеспечивают приклеивание сетки к зоне грыжи по принципу «липучки». Прочность фиксации крючками позволяет в большинстве случаев дополнительно не подшивать сетку. С использованием этого имплантата нами выполнено 70 операций при паховых грыжах (65 — с использованием традиционного и 5 — лапароскопического оперативного доступа) и 24 операции при вентральных грыжах, как первичных, так и послеоперационных.

Все операции проводились по методике Лихтенштейна, но без фиксации имплантата. При размещении сетки в ране она должна быть ориентирована таким образом, чтобы цветная нитяная метка была направлена к лонному бугорку, при этом сторона с крючками направлена к глубокому мышечному слою. Для соблюдения данного условия сетка имеет правостороннюю и левостороннюю конфигурацию. Затем сетка разворачивается и расправляется с покрытием всех слабых участков. Желательно расправлять сетку быстро, без сбавивания и однократно, так как крючки из полимолочной кислоты обеспечивают предварительную фиксацию сетки к тканям уже через 3—5 минут. Ни в одном из случаев мы не фиксировали дополнительно имплантат. После расправления сетки накладывались швы на апоневроз и кожу.

Воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, нарушений чувствительности в зоне операции, жалоб пациентов на «ощущение инородного тела в зоне операции» в ближайшем послеоперационном периоде и рецидивов заболевания на сроках наблюдения за пациентами более 30 месяцев, послеоперационных пахово-генитальных невралгий отмечено не было.

Нами впервые в России разработана методика выполнения лапароскопической герниопластики при паховых грыжах с использованием имплантата Parietene ProGrip (5 операций). Первый этап операции выполняется по традиционной методике. Брюшина рассекается вокруг обеих паховых ямок и производится препаровка брюшины и выделение грыжевых мешков.

Особенную осторожность вызывает этап введения имплантата в брюшную полость и расположение его над паховыми ямками. Предполагалось, что имплантат должен фиксироваться ко всем тканям, с которыми контактирует. В связи с этим мы укладываем имплантат на шаблон, вырезанный из стерильной пластико-

вой упаковки, крючками к шаблону, сворачиваем в рулон и через 10 мм троакар вводим в брюшную полость. После этого шаблон удаляется.

Вопреки ожиданию после удаления шаблона имплантат самостоятельно не фиксировался к брюшине и петлям кишечника. По-видимому, серозная оболочка не дает возможности мононити из полимолочной кислоты (крючкам) входить в соединение с ней. Кроме того, при сворачивании имплантат достаточно свободно расправляется непосредственно в брюшной полости. Это значительно облегчает задачу по его подготовке к фиксации. Самой большой проблемой является одномоментная раскладка сетки в области отпрепарованной брюшины, так как к предбрюшинным структурам имплантат фиксируется достаточно легко. Поэтому мы сначала раскладываем имплантат на петлях кишечника рядом с местом операции фиксирующей поверхностью вверх, а затем, начиная с верхнего края, располагаем его в области операции над паховыми ямками.

Попытки отделить имплантат от подлежащих тканей, для проверки прочности фиксации, показали, что это сделать достаточно сложно. Имплантат надежно фиксировался и не был подвержен самостоятельному перемещению в созданном забрюшинном пространстве. Последним этапом производится перитонизация имплантата.

На наш взгляд, применение подобного имплантата нового поколения для бесшовной методики имплантации при паховой герниопластике как традиционным, так и лапароскопическим доступом, имеет перспективы дальнейшего использования. Равномерность фиксации имплантатов по всей поверхности делает их смещение практически невозможным, а случайное применение физических усилий пациентами до полного прорастания имплантатов соединительной тканью практически безопасным, так как срок рассасывания полимолочных крючков (15 месяцев) намного превосходит сроки прорастания сетки.

Оценка качества жизни по двум основным показателям опросника SF-36 — «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» — показала, что уровень качества жизни пациентов после традиционной герниопластики по Лихтенштейну (контрольная группа) несколько ниже по обоим показателям (64,2% и 58,1% соответственно), чем после герниопластики с использованием бесшовной имплантации сеткой Parieten Progrid (основная группа) — 78,1% и 72,0% соответственно.

Нами впервые разработана методика пластики вентральных грыж по способу «inlay», т.е. в подапоневротическом пространстве с использованием имплантата Parieten Progrid (заявка на регистрацию патента №2010141544 от 11.10.2010). Положительный результат использования этой методики заключается в предотвращении самостоятельной фиксации, сбаривания и смещения не требующего фиксации к тканям имплантата при размещении последнего в подапоневротическом пространстве; обеспечивается стабильное плоскостное расположение последнего при ушивании апоневроза; отпадает необходимость осуществления механического лапаролифтинга при размещении имплантата, удержания верхнего края имплантата при размещении нижнего края последнего; сокращается время оперативного вмешательства.

По данной методике выполнено 24 операции. Во всех случаях отмечено отсутствие рецидивов и невралгий в сроки наблюдения до 12 месяцев.

Выводы. Применение имплантатов нового поколения, не требующих дополнительной фиксации нитью, позволяет сократить время оперативного вмешательства, сроки пребывания в стационаре, снизить число местных послеоперационных осложнений, исключить вовлечение нервов в шов и как следствие — пахово-генитальные невралгии, вероятность рецидива заболевания.

Применение методики бесфиксационной герниопластики с использованием имплантата Parietene ProGrip позволяет сократить сроки реабилитации в послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Айгузин А.В., Титаров Д.Л.* Первый опыт клинического применения методики бесшовной герниопластики с имплантами нового поколения // *Герниология (грыжи). Тезисы международной конференции «Актуальные вопросы герниологии».* — М., 2008. — 1(21). — С. 30.
- [2] *Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Кутин А.А., Титаров Д.Ю.* Отдаленные результаты хирургического лечения грыж живота // *Вестник герниологии.* — Выпуск II. — М., 2006. — С. 45—49.
- [3] *Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Титаров Д.Ю.* Отдаленные результаты применения безнатяжной герниопластики в хирургии паховых грыж // *Герниология.* — 2006. — № 3 (11). — С. 34.
- [4] *Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Титаров Д.Л., Айгузин А.В., Григоров Д.П.* Герниопластика с имплантатом Parietene ProGrip — первые впечатления // *Вестник герниологии.* — Вып. III. — М., 2008. — С. 107—111.
- [5] *Рутенберг Г.М., Богданов Д.Ю., Чистяков А.А., Омельченко В.А.* Возможности применения различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // *Герниология.* — 2005. — № 4. — С. 3—8.

NON-FIXATION METHOD OF ABDOMINAL WALL HERNIA REPAIR

A.V. Protasov, E.D. Smirnova

Faculty operative surgery and clinical anatomy

Medical faculty

Peoples' Frindship University of Russia

Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

Authors has developed algorithm of surgical treatment of the abdominal wall hernias, based on using the modern non-fixation mesh. This algorithm includes different surgical approaches (open and endoscopic) for inguinal and ventral hernias using polypropylene and polylactic acid mesh.

Key words: hermas, herniaplasty, mesh.