

МЕТОДИКА SUBLAY В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И НЕКОТОРЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Краснов С. В., Юрченко С. А., Бейзеров Ю. М., Быков Н. М.,
Малеваный О. И., Крысько К. Г., Тишков П. Н., Солтан Д. С.,
Язубец С. И.

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»,
Могилев, Беларусь

Введение. Несмотря на широкое внедрение протезирующих методик, проблема хирургического лечения вентральных грыж, в особенности послеоперационных, остается актуальной до настоящего времени. Это обусловлено в первую очередь, их частотой – каждая десятая лапаротомия, а у некоторых категорий пациентов каждая третья, заканчивается формированием грыжи. В хирургической практике применяется несколько вариантов установки аллотрансплантата по отношению к передней брюшной стенке (onlay, inlay, sublay, IPOM). В нашем стационаре операцией выбора при большинстве послеоперационных и больших вентральных (пупочные, белой линии живота) грыжах является методика Sublay, которая может применяться с сепарацией компонентов передней брюшной стенки либо без таковой. Данный вариант протезирующий пластики мы начали применять с 2013 г.

Цель работы: оценить результаты использования протезирующей методики Sublay у пациентов на основании опыта нашего стационара.

Материал и методы. За период с 2013 г. по 6 месяцев 2018 г. нами выполнено 165 операций с пластикой по методике Sublay. Соотношение пациентов по полу: мужчин – 63 (38,2%), женщин – 102 (61,8%). Оперированных ранее пациентов – 142 чел., неоперированных – 23. Согласно классификации EHS: 1) по количеству ранее перенесенных герниопластик: R0 – 76 пациентов (54%), R1 – 53 (37%) R2 – 13 (9%); 2) по ширине дефекта: W1 – 87 пациентов (53%), W2 – 66 (40%), W3 – 10 (6%), W4 – 2 (1%); по количеству одновременно вовлеченных зон (M,

L): 1 – 84 пациента (51%), 2 – 68 (41%), 3 и более – 13 (8%). Средний возраст прооперированных – 53 года (27-78 лет). В своей работе мы используем полипропиленовые сетки преимущественно следующих производителей: ЭргонЭст («Эргомэш» 15*15, 20*30 и 30*30 см тяжелые (впоследствии отказались от них) и облегченные), – Grena (20*30 и 15*15 см облегченные), Фиатос («Мономэш» 15*15 и 20*30 см). Традиционно выполняется выделение грыжевого мешка и при необходимости адгезиолизис. Вскрываются влагалища прямых мышц живота. После ушивания их задних листков (нити 2-0, 3-0 на основе полидиоксанона (ПДС, Дар-Вин, Сургикрол) или полипропиленовые), а в нижнем этаже брюшной полости – брюшины с поперечной фасцией, сетчатый имплантат располагается в сформированном едином ретромышечном (позади прямых мышц) пространстве. Производим обязательную фиксацию его одиночными узловыми полипропиленовыми швами в 6-8 точках с контролем глубины вкола и оставлением дренажной трубки. Сепарационные методики (Carbonell, TAR) использовали у 11 пациентов (6,6%) с дефектами W3-4 при невозможности свести края листков без чрезмерного натяжения. У 2 пациентов края передних листков свести полностью не удалось – применена дополнительно технология bridge с оставлением окна в передней листке апоневроза. Также непрерывным швом подобными нитями ушиваем и передний листок, но уже размером последних не менее 0-1,0. Используем более 1 нити на 10 см длины ушиваемого дефекта (зачастую 2) – профилактика несостоятельности непрерывной нити в виду сокращения числа ее протягиваний через ткани. В ПЖК дополнительно устанавливаем 2-ю дренажную трубку при наличии глубоких постгрыжевых карманов. Активное ведение дренажей по Редону с удалением на 3-и – 5-е сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции составила 101 мин. (60-150 мин.). Значимых интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде клинически заметных сером не наблюдали. УЗИ зоны послеоперационной раны при выписке стандартно не выполняем.

В 14 случаях (10,3%) при выделении грыжевого содержимого потребовалась расширенная резекция большого сальника (при дефектах W2-3). В 1 случае произведена резекция сегмента тонкой кишки с анастомозом «бок в бок» ввиду выраженных рубцовых изменений ее стенки с явлениями хронической кишечной непроходимости – послеоперационный период протекал гладко. В 6 случаях (3,6%) отмечены гематомы мягких тканей послеоперационной раны, которые лечились консервативно. В обоих случаях использованной технологии bridge (2 пациентов с дефектами W4), отмечено образование сером в ПЖК по ходу послеоперационного рубца на амбулаторном этапе лечения, которые в дальнейшем потребовали повторных госпитализаций (один пациент госпитализировался 3 раза), пункций и вакуум-дренирования для их ликвидации. Во всех случаях в послеоперационном периоде в целях обезболивания использовали НПВС и наркотические анальгетики (обычно первые двое суток) при дефектах W2-W3, затрагивавших 2 и более зоны по линии М. Средняя длительность лечения составила 11 койко/дней. Летальных исходов не было.

Выводы. Методика расположения сетчатого имплантата Sublay позволяет восстанавливать анатоμο-функциональное состояние белой линии живота и прямых мышц передней брюшной стенки, имеет лучшие косметические результаты по сравнению с методикой Onlay. Расположение аллотрансплантата ретромускулярно значительно снижает частоту местных осложнений со стороны послеоперационной раны, а также уменьшает их тяжесть. В частности, имеет меньшее число случаев сером, в том числе хронических, требующих длительного и трудоемкого комплексного лечения. Может быть применена у пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами при освоении методов сепарационных пластик. Наиболее перспективной из которых, на наш взгляд, является методика TAR, требующая, однако, значительных сил и времени в обучении.