



Н.Н. Милица, К.Н. Милица

Кафедра хирургии и
проктологии ГУ «ЗМАПО МОЗ
Украины», г. Запорожье

© Коллектив авторов

ВЫБОР МЕТОДА ОТКРЫТОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА

Резюме. Проанализированы отдаленные осложнения герниопластики вентральных грыж с использованием алломатериалов у пациентов реоперированных на базе кафедры хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины» в 9 больнице г. Запорожье на протяжении 2010-2011гг. Группу исследования составили 8 пациентов ранее прооперированные в различных стационарах области на протяжении последних трех лет. Сделаны выводы, что использование аллопластических материалов в лечении грыжи брюшной стенки к сожалению, в ряде случаев не исключает рецидива и других грозных осложнений.

Ключевые слова: *грыжи брюшной стенки, рецидив, герниопластика, аллопластические материалы.*

Герниология была и остается одной из главных составляющих хирургии. Проблема эта интересна всем без исключения абдоминальным хирургам от самых молодых, до самых именитых.

Но, несмотря на бурное развитие хирургии в целом и герниологии в частности, количество грыж никак не уменьшается. Даже наоборот, увеличивается. Этому факту, безусловно, способствует расширение объемов абдоминальных оперативных вмешательств, ведущих к увеличению числа послеоперационных грыж. Количество операций, направленных на лечение только лишь послеоперационных грыжевых дефектов, превысило 90 000 в год [2].

Последнее десятилетие для лечения грыжевой болезни стали активно использовать алломатериалы. Разнообразие, представленных на медицинском рынке образцов, превышает несколько сотен и обусловлено множеством материалов для изготовления протезов, фирм их производителей, форм, размеров, способов изготовления и комбинации всех этих факторов. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, но их использование и сравнение проходит в небольшом количестве научных центров. Безусловного лидерства в использовании, как в мире, так и в Украине достигли и удерживают его до сих пор нерассасывающиеся полипропиленовые сетчатые имплантаты.

В связи с этим, сегодня у большинства хирургов возникает вопрос: не «какая нужна сетка?», а «какая нужна операция?».

Цель работы

Сравнить и выбрать оптимальный метод герниопластики для применения его у пациентов с наиболее часто встречаемыми вентральными грыжами (W2-W3) в общехирургических стационарах.

Материалы и методы исследований

Был проведен анализ отдаленных осложнений герниопластики вентральных грыж с использованием алломатериалов у пациентов реоперированных на базе кафедры хирургии и проктологии ГЗ «ЗМАПО МОЗ Украины» в 9 больнице г. Запорожье на протяжении 2010-2011 гг.

Группу исследования составили 8 пациентов ранее прооперированные в различных стационарах области на протяжении последних трех лет. Среди них было 6 женщин и 2 мужчин. Возраст пациентов был от 32 до 61 года. Основываясь на данных выписок, двое из них были оперированы по поводу первичной грыжи, остальным 6 пациентам герниопластика была выполнена по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Троим была выполнена пластика по методике «sublay», пяти – «onlay». Ширина грыжевых ворот ни у кого из пациентов перед герниопластикой не превышала 15 см.

Причины, по которым пациенты с ретромулярным расположением протеза (sublay) были реоперированы в клинике следующие:

– у пациента М. был диагностирован рецидив грыжи с отрывом сетчатого имплантата и смещением его латерально вместе с противоположным краем апоневроза;

– пациент Н. был прооперирован по поводу острой кишечной непроходимости, причиной которой явился выраженный спаечный процесс между петлями тонкой кишки и сетчатым имплантатом в области диастаза краев заднего листка апоневроза;

– пациент Р. был доставлен в клинику с явлениями разлитого терминального перитонита, причиной которого вероятнее всего стало вскрытие в брюшную полость абсцесса расположенного между аллотрансплантатом и задним листком апоневроза, где на момент опе-



рации располагалось наибольшее количество густого гноя и нитей фибрина. В течение суток после операции эта пациентка умерла.

У всех трех пациентов было выполнено удаление сетчатого аллотрансплантата, ширина которого ни в одном из случаев не превышала 7 см.

Среди пациентов с надапоневротическим расположением протеза:

– двое прооперированы по поводу рецидива грыжи (в одном случае грыжевой мешок располагался ниже края установленной ранее сетки, во втором – грыжевой мешок располагался между сеткой и апоневрозом, при этом частично отслоив сетку);

– у пациента Д. была дренирована нагноившаяся серома с последующим формированием свища. При иссечении свища выявлен поперечный загиб сетки в виде волны, которая не была фиксирована к апоневрозу. Этот участок сетки был иссечен, а края сетки ушиты проленовой нитью;

– у пациентов К. и Е. были множественные свищи передней брюшной стенки которые потребовали при операции в одном случае частичного, а во втором – полного удаления аллотрансплантата.

Ширина сеток у этих колебалась в диапазоне от 10 до 15 см.

Результаты исследований и обсуждение

Безусловным и неоспоримым является факт большое количество осложнений связанных с надапоневротическим расположением протеза. В научных статьях чаще описываются осложнения методики «onlay», а в выводах звучат рекомендации применять только «sublay» [1]. Но давайте посмотрим правде в глаза. Разве можно рекомендовать «sublay» методику к повсеместному применению? Крупные герниоцентры на сегодняшний день отдают предпочтение и активно пропагандируют «IPOM» методику. Но ведь более 99 % пациентов обходятся без нее. Может быть и «sublay» методику не всем рекомендовать?

Количество осложнений при «sublay» меньше, но какие это осложнения?

Самым безобидным осложнением в этом списке будет ретромускулярная серома, пунктировать или дренировать которую сложнее чем надапоневротическую. Чаще образуются гематомы после мобилизации заднего лист-

ка апоневроза. Описаны случаи выраженного спаечного процесса между петлями кишечника и передней брюшной стенкой в области проекции сетки, без расхождения краев апоневроза. При отрыве края или всей сетки происходит частичная или полная ее миграция в брюшную полость, с образованием спаечных конгломератов, кишечных свищей, кишечной непроходимости [3, 4].

Разве можно сравнить эти осложнения с подкожной серомой или лигатурным свищем?

Хотелось бы акцентировать внимание и на размерах применяемых сеток.

При традиционной «sublay» методике ширина ретромускулярного кармана после ушивания задних листков апоневроза редко превышает 7-8 см, что обуславливает и ширину применяемой сетки.

При «onlay» методике чаще используют большую ширину сетки возможности несложной мобилизации подкожной клетчатки. А ведь именно широкая мобилизация кожного-подкожного лоскута с пересечением множества незаметных лимфатических протоков и является основной причиной возникающих в послеоперационном периоде сером. Вероятно, что при уменьшении размеров сетки при «onlay» пластике уменьшится и количество сером.

Следует отметить что при «sublay» пластике за счет расслоения апоневроза не только удлиняется продолжительность операции, но и уменьшается прочность, которая в данном случае обусловлена не суммарной прочностью всех слоев апоневроза, а только лишь прочностью его заднего листка.

Выводы

1. Использование аллопластических материалов в лечении грыжи брюшной стенки к сожалению, в ряде случаев не исключает рецидива и других грозных осложнений.

2. Применение «sublay» методики по данным литературы сопровождается развитием более тяжелых осложнений, чем при использовании «onlay».

3. Необходимо разработать четкие показания для применения каждой из методик («sublay» и «onlay»), поскольку необоснованное широкое применение «sublay» может повлечь за собой увеличение числа тяжелых осложнений и дискредитацию метода.



ЛИТЕРАТУРА

1. *Осложнения хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатого трансплантата* / О.И. Миминошвили, С.В. Ярошак, Е.П. Корчагин [и др.] // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39), додаток № 1. – С. 73 – 75.

2. *Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки* / Л.С. Білянський, І.М. Тодуров, С.В. Косохно, О.В. Перехрестенко // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39), додаток №1. – С. 10 – 12.

3. *Mesh erosion into the bladder: a late complication of incisional hernia repair. A case report and review of the literature* / A.A. Riaz, M. Ismail, A. Barsam [et al.] // *Hernia*. – 2004. – Vol. 8, N 2. – P. 158 – 159.

4. *Steinhagen E. Intraluminal migration of mesh following incisional hernia repair* / E. Steinhagen, S. Khaitov, R.M. Steinhagen // *Hernia*. – 2010. – Vol. 14. – P. 659 – 662.

ВИБІР МЕТОДУ ВІДКРИТОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОТРАНСПЛАНТАТУ

М.М. Міліца, К.Н. Міліца

Резюме. Проаналізовані віддалені ускладнення герніопластики вентральних кил з використанням аломатеріалів у пацієнтів реоперованих на базі кафедри хірургії і проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» у 9 лікарні м. Запоріжжя на протязі 2010-2011 рр. Групу дослідження склали 8 пацієнтів раніше прооперованих у різноманітних стаціонарах області на протязі останніх трьох років. Зроблені висновки, що використання алопластичних матеріалів у лікуванні кил брюшної стінки на жаль, у ряді випадків не виключає рецидиву та інших грізних ускладнень.

Ключові слова: *кила брюшної стінки, рецидив, герніопластика, алопластичні матеріали.*

THE CHOICE OF METHOD OF OPEN HERNIOPLASTY USING ALLOGRAFT

N.N. Milica, K.N. Milica

Summary. Analyzed the long-term complications of ventral hernias hernioplasty using allomaterials in reoperated patients at the Department of Surgery and Proctology in the 9th hospital in Kiev during 2010 to 2011. Study group comprised 8 patients who underwent surgery earlier in various hospitals in the region over the past three years. It is concluded that the use of alloplastic materials in the treatment of hernias of the abdominal wall, unfortunately, in some cases does not preclude recurrence, and other severe complications.

Key words: *abdominal wall hernias, recurrence, hernioplasty, alloplastic materials.*