



А. В. Сивожелезов,
В. В. Чугай,
В. П. Колесник,
Н. А. Сыкал

АЛЛОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ, БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ БРЮШНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

Резюме. Эффективное лечение больших и гигантских грыж брюшной стенки актуально из-за высокой частоты рецидивов, послеоперационных осложнений, особенно при операциях по поводу послеоперационных рецидивных грыж. В данном исследовании представлен анализ результатов оперативного лечения рецидивных, больших и гигантских брюшных грыж с помощью сетчатых протезов, как открытыми, так и лапароскопическими методами. Проанализированы результаты лечения 1263 больных в возрасте от 18 до 84 лет с вентральными грыжами за период с 2002 по 2014 гг. Опыт применения аллопластики в хирургическом лечении брюшных грыж показал, что она является эффективной альтернативой традиционным операциям и дает возможность закрытия больших дефектов брюшной стенки различными способами. Лапароскопическая техника эффективна и патогенетически обоснована при рецидивных паховых грыжах и вентральных грыжах средних размеров, тогда как при больших и гигантских грыжах показаны открытые методики.

Ключевые слова: лапароскопическая герниоаллопластика, брюшные грыжи

Введение

Проблема хирургического лечения послеоперационных, больших и гигантских брюшных грыж остается весьма актуальной из-за высокой частоты рецидивов, особенно при операциях по поводу послеоперационных рецидивных грыж. При этом они могут составлять по данным некоторых авторов более 50 %, особенно это касается аутопластических методов закрытия дефектов брюшной стенки [1, 4, 3, 8]. С появлением современных аллопластических материалов появилась возможность снизить число рецидивов [2, 5, 6, 7].

Цель работы

Анализ результатов оперативного лечения рецидивных, больших и гигантских брюшных грыж с помощью сетчатых протезов, как открытыми, так и лапароскопическими методами.

Материалы и методы исследований

Начиная с 2002 года для пластики рецидивных, больших и гигантских грыж в клинике хирургии ХНМУ стали применяться сетчатые протезы, а с 2011 года начато выполнение лапароскопических герниоаллопластик. За период с 2002 по 2014 г. герниоаллопластика выполнена у 1263 больных, в том числе у 764 (60,5 %) с паховыми грыжами (у 197 из них — рецидивными) и 499 (39,5 %) с вентральными

(в т.ч. послеоперационными) грыжами, из которых у 253 они были большими, а у 86 — гигантскими. У 121 из них они были рецидивными, у 82 больных были боковые грыжи, у 28 из них — рецидивные. Возраст больных варьирует от 18 до 84.

Для определения формы и размеров грыжевых ворот использовались УЗИ и КТ. Применение этих методов особенно актуально у больных с неврастимыми грыжами, что позволяло перед операцией выбрать тип и размер сетки, а также определиться с наиболее оптимальным способом ее установки.

Открытыми методами у 190 больным удалось без натяжения ушить дефект брюшной стенки с использованием сеток от 15×15 до 30×24 см, которые устанавливались по методикам «sublay» и «inlay». При этом Ultrapro — только «sublay». У 45 больных с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем применена не натяжная пластика огромных дефектов брюшной стенки без снижения объема брюшной полости. При этом аллотрансплантат изолировали от органов брюшной полости и подкожной жировой клетчатки, помещая между листками париетальной брюшины, образующей грыжевой мешок, по типу «сэндвича». У 5 из этих больных с огромными грыжевыми воротами по белой линии живота и с большим диастазом прямых мышц для закрытия дефекта брюшной стенки применена



методика Рамиреса. По таким же принципам выполнялись операции при боковых грыжах.

По поводу пупочных грыж больших размеров в сочетании с «отвислым животом» оперированы 22 пациента, которые корректировали с помощью липодермэктомии одновременно с пластикой по методу «inlay». Мы считаем такое сочетание обязательным, так как избыточный кожно-жировой фартук при большом весе, создает дополнительную нагрузку на область пластики, что может негативно сказаться на течение послеоперационного периода.

У всех больных послеоперационную рану зашивали с использованием внутрикожного шва рассасывающейся нитью.

Выбор метода лапароскопической пластики зависел от локализации и размера грыжевых ворот. При паховых грыжах применяли трансабдоминальную преперитонеальную пластику (ТАПП) – 46 пациентов, из них 5 с рецидивными грыжами после пластики по Liechtenstein и 7 с двухсторонними. Для имплантации использовали сетчатые протезы ULTRAPRO (ETHICON) и PARIETENLIGHT (COVIDIEN) размером 15×10 см с его фиксацией герниостеплером «Protak» и восстановлением брюшины эндешвом. У 3 больных ТАПП произведено одновременно с лапароскопической холецистэктомией.

Для выполнения лапароскопических операций у 29 пациентов с вентральными грыжами (пупочные, белой линии и срединные послеоперационные) использовали следующий метод, который заключался в интраперитонеальном расположении (ІРОМ) композитного эндопротеза PROCEED (ETHICON), PARIETEXCOMPOSIT (COVIDIEN)) с его фиксацией трансопоневротическими швами и степлером «Protak». Показаниями к применению этой методики были срединные грыжи средних размеров (W_{2-3}). Наряду с вмешательством по поводу грыжи у 12 больных потребовалось устранение сопутствующих заболеваний органов брюшной полости: рассечение спаек при хронической непроходимости кишечника осуществлено у 1, холецистэктомия – у 10, ампутация матки – 1.

Профилактика местных воспалительных осложнений проводилась путем внутримышечного введения цефалоспоринов от 1 до 3 дней. Профилактика легочных и тромбоземболических осложнений осуществлялась по общепринятым в хирургии методикам. У всех больных с большими и гигантскими грыжами применялись эластические послеоперационные пояса, которые в значительной мере уменьшают болевой синдром и снижают нагрузку на швах мягких тканей брюшной стенки, что дает возможность давать им активную нагрузку

с первых суток после операции. Для снижения явлений отека тканей в месте вмешательства нами используется метод магнитотерапии с первого дня после операции.

Результаты исследований и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде в начале применения аллотрансплантатов у 2 больных с гигантскими рецидивными послеоперационными грыжами развился компартмент-синдром, что привело к сердечно-легочной недостаточности и смерти. Применение не натяжной пластики позволило в дальнейшем избежать подобных осложнений. В отдаленном (от 3 до 48 мес.) периоде у 25 (7,3 %) больных в области операции отмечался болевой синдром различной степени выраженности, как правило, связанный с физическими нагрузками. Применение консервативных мероприятий у большинства были эффективны. В послеоперационном периоде у 33 (9,7 %) возникли серомы, которые были диагностированы при УЗИ и ликвидированы консервативно пункциями у 32 больных. В одном случае клиника серомы продолжалась в течение 1 года, что привело к удалению сетки, как оказалось из-за отсутствия ее фиброзирования. 27 больных предъявляли жалобы на боли и дискомфорт в области операции. У двух из них через 1 и 3 года после операции мы были вынуждены удалить эндопротез с последующей аутопластикой. При этом отмечено его сморщивание до 60 % от исходной площади, с выраженным фиброзированием и воспалительной реакцией окружающих тканей. Все случаи удаления эндопротезов связаны с применением так называемых «тяжелых» сеток. В 2 случаях наступил рецидив послеоперационной вентральной грыжи из-за дислокации трансплантата.

При первых ТАПП (3 больных) дренирование ложа протеза не производилось. У всех этих больных отмечены преперитонеальные гематомы, которые были диагностированы при УЗИ и ликвидированы консервативно пункциями. В последующем операцию заканчивали дренированием преперитонеального пространства на 12–24 часа. Из интраоперационных осложнений отмечено 1 кровотечение из троакарной раны, которое остановлено прошиванием. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 2,4 суток и колебалась от 12 часов до 4 суток.

При выполнении ІРОМ методики интраоперационных осложнений не было. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали серомы (6), которые также были ликвидированы консервативно пункциями. Длительность операции составила от 50 до 70 мин. Важно отметить, что мы использовали сетчатый протез,



который полностью закрывал грыжевой дефект, отступая на 5–8 см по всему периметру.

Выводы

Опыт применения аллопластики в хирургическом лечении брюшных грыж показал, что она является эффективной альтернативой традиционным операциям и дает возможность закрытия больших дефектов брюшной стенки различными способами, в том числе и по ненатяжной технологии, что в значительной мере уменьшает вероятность развития послеоперационных осложнений, рецидивов сложных грыж. Хронический болевой синдром после аллопластики является следствием индивидуальной выраженности реакции на имплантат, степени его сморщивания и фиброобразования. Одним из возможных путей

решения проблемы может быть применение композитных сеток с большими порами, таких как «Ultrapro».

Наряду с общеизвестными преимуществами, считаем важным отметить специфические достоинства лапароскопической герниоаллопластики перед традиционными методами — это возможность осмотра брюшной полости, одномоментная пластика двусторонних паховых грыж, одновременное закрытие трансплантатом всех слабых мест передней брюшной стенки.

Оперативные вмешательства с использованием лапароскопической техники эффективны, патогенетически обоснованы при рецидивных паховых грыжах и вентральных грыжах средних размеров, тогда как при больших и гигантских грыжах показаны открытые методики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостевской А. А. Нерешённые вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах / А. А. Гостевской // Вестн. хирургии им. Грекова. — 2007. — Т. 166, № 4. — С.114-117.
2. Каштальян М. А. Использование биоматериала политетрафторэтилен в ходе лапароскопической аллогерниопластики вентральных грыж / М. А. Каштальян, В. Ю. Шаповалов // Хірургія України. — 2011. — № 3 (39). — С. 59.
3. Опыт внутрибрюшной пластики вентральных грыж / В. Н. Егиев, А. Л. Соколов, В. С. Волкоедов, Н. А. Ермаков // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — Т. 5, № 1. — С. 153.
4. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения послеоперационных грыж / А. Д. Асланов, М. К. Бапинаев, Т. Б. Керимов [и др]. // Анналы хирургии. — 2007. — № 4. — С. 6-49.
5. Чугунов А. Н. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами / А. Н. Чугунов, Л. Е. Славин, А. З. Замалеев // Анналы хирургии. — 2007. — № 4. — С. 14-17.
6. Comparison of laparoscopic and open repair of incisional and primary ventral hernia: results of a prospective randomized study / M. C. Misra, V. K. Bansal, M. P. Kulkarni, D. K. Pawar // Surg. Endosc. — 2006. — N 20. — P. 1839-1845.
7. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5 year recurrence rates / N. Ballem, R. Parikh, E. Berber, A. Siperstein // Surg. Endosc. — 2008. — 22. — P. 1935-1940.
8. Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair / A. Eklund, C. Rudberg, C. E. Leijonmarck [et al.] // Surg. Endosc. — 2007. — Vol. 21, № 4. — P. 634-640.



АЛОПЛАСТИКА
РЕЦИДИВНИХ, ВЕЛИКИХ
І ГІГАНТСЬКИХ БРЮШНИХ
ГРИЖ З ВИКОРИСТАННЯМ
ВІДКРИТИХ І
ЛАПАРОСКОПІЧНИХ
МЕТОДІВ

*A. B. Сивожелєзов,
B. B. Чугай,
B. П. Колесник,
M. A. Сикал*

Резюме. Ефективне лікування великих та гігантських гриж черевної стінки має велике значення через високий рівень рецидивів та післяопераційних ускладнень, особливо при операціях з приводу післяопераційних вентральних кил. В данному дослідженні пред'явлено аналіз результатів оперативного лікування рецидивних, великих та гігантських черевних гриж за допомогою сітчастих протезів, як відкритими, так і лапароскопічними методами. Проаналізовані результати лікування 1263 хворих у віці від 18 до 84 років з вентральними грижами за період з 2002 по 2014 рр. Досвід застосування аллопластики в хірургічному лікуванні черевних гриж показав, що вона є ефективною альтернативою традиційним операціям і дає можливість закриття великих дефектів черевної стінки різними способами. Оперативні втручання з використанням лапароскопії ефективні та патогенетично обґрунтовані при рецидивних пахових грижах та вентральних грижах середніх розмірів, тоді як при великих і гігантських грижах показані відкриті методики.

Ключові слова: *лапароскопічна герніоаллопластика, червні грижи.*

ALLOPLASTY OF
RECURRENT, LARGE
AND GIANT ABDOMINAL
HERNIAS USING OPEN
AND LAPAROSCOPIC
TECHNIQUES.

*A. V. Sivozhelezov,
V. V. Chugai, V. P. Kolesnik,
N. A. Sykal*

Summary. The study was designed to compare the results of surgical treatment of recurrent, large and giant abdominal hernias using mesh prostheses, both open and laparoscopic techniques. 1263 patients aged 19-84 years with ventral hernia were analyzed. Our findings suggest that using alloplasty in the surgical treatment of abdominal hernias is an effective alternative to open operations and enables the closure of large abdominal wall defects with different methods. Use of laparoscopic techniques are effective and pathogenetically substantiated in recurrent inguinal hernias and medium ventral hernias, whereas the large and giant hernias are shown open technique

Key words: *laparoscopic hernioplasty, ventral hernias.*