

УДК 617.55–007.43–089.168–0722–089.12

МІНІІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

О. Ю. Іоффе, Т. В. Тарасюк, О. П. Стеценко, Ю. П. Цюра, М. С. Кривоустов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

MINIINVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIAS

O. Yu. Joffe, T. V. Tarasyuk, O. P. Stetsenko, Yu. P. Tsyura, M. S. Kryvopustov

Грижі передньої черевної стінки — одне з найпоширеніших захворювань у загальній хірургії. ПО ГЧС утворюються в 1 — 15% пацієнтів, оперованих з використанням відкритих методів з приводу різних захворювань черевної порожнини, та становлять 22,9% в структурі усіх хворих, у яких виявлено грижу [1 — 3].

В плановій хірургії основним методом лікування гриж різної локалізації є герніопластика з використанням алотрансплантата, який розташовують в товщі передньої черевної стінки [3]. Цей метод застосовують як для лікування малих пупкових гриж, так і ПО ГЧС великих розмірів [4]. Технологія виконання оперативного втручання передбачає широку дисекцію тканин для адекватного розміщення імплантата, що спричиняє тяжку інтраопераційну травму, виражений больовий синдром після операції, тривалу реабілітацію та соціальну адаптацію хворих [5]. І якщо для лікування гігантських ПО ГЧС з необхідністю моделювання передньої черевної стінки використання відкритих операцій обґрунтоване, щодо їх застосування при невеликих ГЧС погляди дослідників суперечливі.

Широке впровадження в хірургічну практику мініінвазивних технологій зумовило необхідність визначення пріоритетних напрямків їх застосування, в тому числі і в герніології. При лікуванні пахвинних гриж виконання лапароскопічної протезуючої герніопластики визначене відповідними рекомендаціями Європейського товариства герніологів [6]. Проте, показання до здійснення мініінвазивних оперативних

Реферат

Проаналізовані методи та результати лікування 119 хворих з приводу післяопераційних (ПО) гриж черевної порожнини (ГЧС). Встановлено, що застосування лапароскопічних мініінвазивних технологій дозволяє покращити результати лікування хворих у порівнянні з такими після відкритих оперативних втручань, завдяки зменшенню тривалості операції, кращої візуалізації під час виконання вісцеролізу, скороченню періоду реабілітації, поліпшенню якості життя пацієнтів після операції.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки; герніопластика; лапароскопічні операції.

Abstract

Methods and results of treatment of 119 patients, suffering postoperative abdominal hernia, were analyzed. There was established, that application of laparoscopic miniinvasive technologies permits to improve the results of treatment in patients in comparison with those after open operative interventions, due to shortening of the operation duration, better visualization during viscerolysis conduction, shortening of rehabilitation period, the patients postoperative quality of life improvement.

Key words: postoperative abdominal hernia; hernioplasty; laparoscopic operations.

втручань з приводу ПО ГЧС чітко не визначені. Сьогодні в Україні опубліковані відомості про застосування лапароскопічних мініінвазивних втручань з приводу ГЧС у поодиноких хворих, переважно в багатопрофільних обласних лікарнях, на базі клінік кафедр хірургії, спеціалізованих центрів лікування гриж [3, 7, 8]. Необхідність застосування спеціального обладнання, наявність навичок хірурга, висока вартість сучасних сітчастих імплантатів, відсутність чіткого діагностично—лікувального алгоритму обмежують впровадження мініінвазивних технологій в широку хірургічну практику [9]. Вибір лікувальної тактики часто залежить від особистих впоглядів хірурга до того чи іншого виду оперативного втручання, можливостей клініки та побажань пацієнта. Відсутність єдиного систематизованого підходу до вибору методу лікування ГЧС зумовлює значну частоту ускладнень та рецидивів за-

хворювання за необґрунтованого надання переваг одному з методів лікування [10].

Отже, проблема хірургічного лікування ГЧС актуальна, а показання до застосування окремих видів нечітко визначені.

Мета дослідження: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з приводу ПО ГЧС шляхом використання сучасних мініінвазивних технологій.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В період з 2011 по 2014 р. в клініці у плановому порядку оперовані 119 хворих з приводу ПО ГЧС. У 23 з них здійснене лапароскопічне, у 96 — відкрите втручання. Вік хворих у середньому ($54,8 \pm 11,7$) року. Жінок було 87, чоловіків — 32.

Всі операції виконували з використанням алотрансплантата. Впровадження методу нена тяжкої протезуючої герніопластики з викорис-

танням різних видів імплантатів дозволило суттєво зменшити ризик виникнення рецидиву грижі у порівнянні з таким при протезуванні з використанням власних тканин, що сьогодні застосовують переважно у невідкладній хірургії за наявності ускладнень грижі та протипоказань до встановлення імплантата.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час виконання лапароскопічної герніопластики першим встановлювали оптичний троакар — відеотроакар або перший троакар встановлювали відкрито за методикою Хассана. Вважаємо принциповим застосування саме таких методик, що дозволяє мінімізувати ризик травмування внутрішніх органів, які можуть бути фіксовані до передньої черевної стінки.

У 20 (87%) хворих під час виконання лапароскопічної герніопластики застосовували 3 троакари: 1 троакар діаметром 12 мм (оптичний) — у лівій бічній ділянці; 2 троакари діаметром 10 мм — у лівих підребровій та пахвинній ділянках. Таке розташування троакарів дозволяло виконувати маніпуляції в усіх ділянках черевної порожнини. У 3 (13%) хворих через виражений спайковий процес та неможливість візуалізації лівих підребрової та пахвинної ділянок для введення 2—го і 3—го троакарів встановлений троакар діаметром 5 мм у правій бічній ділянці з метою здійснення вісцеролізу.

Вісцеролізу виконували з використанням гармонічного скальпеля Ultracision (Ethicon, США).

Під час відкритих оперативних втручань застосовували легкі поліпропіленові сітки, під час лапароскопічних — різні види композитних сіток: PROCEED (Ethicon, США) — у 15 хворих, PHISIOMESH (Ethicon, США) — у 3, PARIETEX (Tyco-Healthcare, США) — у 5. Розміри імплантатів обирали індивідуально, залежно від розмірів, кількості дефектів передньої черевної стінки.

Імплантат під час виконання герніопластики за методикою sub lay фіксували типово нитками пролен. При лапароскопічній герніопластичній дефект не зашивали, сітку фіксували у 2 етапи. Першим етапом імплантат фіксували до передньої черевної стінки в 4 точках субкутанними швами; другим етапом застосовували різні види герніостеплерів: ProTack (Covidien, США) — у 15 хворих, AbsTack (Covidien, США) — у 6, SecureStrap (Ethicon, США) — у 2.

Застосування лапароскопічної герніопластики не передбачало дренажу ран та черевної порожнини. При використанні методики sub lay операційну рану у 68 (70,8%) хворих дренивали за Редоном. Дренаж видаляли через 3 — 4 доби за мінімальною кількістю виділень.

Тривалість герніопластики за методикою sub lay становила у середньому (143 ± 48) хв, лапароскопічної — (117 ± 26) хв. Тривалість лапароскопічної герніопластики зу-

мовлена необхідністю здійснення ретельного вісцеролізу та підготовки передньої черевної стінки до фіксації імплантата.

Наркотичні анагетичні препарати призначали 57 (59,3%) хворим після відкритої операції. Всім хворим проводили контрольне ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та передньої черевної стінки в зоні розташування імплантата на 2—гу добу після операції. У хворих після відкритої герніопластики повторно здійснювали УЗД через 1 — 2 доби з метою вчасного виявлення скупчень рідини в зоні імплантата та оцінки можливостей видалення дренажа. Тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі після відкритої герніопластики становила $(8,11 \pm 1,27)$ дня, лапароскопічної — $(2,86 \pm 1,27)$ дня. Рецидиву грижі за період спостереження в обох групах не було.

ВИСНОВКИ

1. Застосування мініінвазивних лапароскопічних технологій під час виконання герніопластики з приводу ПО ГЧС дозволяє покращити результати лікування хворих шляхом зменшення тривалості операції, кращої візуалізації під час здійснення вісцеролізу, скорочення періоду реабілітації, поліпшення якості життя пацієнтів після операції.

2. Лапароскопічна протезуюча герніопластика є перспективним напрямком в лікуванні ПО ГЧС та може бути операцією вибору.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adotey J. M. Incisional hernia: a review / J. M. Adotey // Nige. J. Med. — 2006. — Vol. 15, N 1. — P. 34 — 43.
2. The INCH—Trial: a multicentre randomized controlled trial comparing the efficacy of conventional open surgery and laparoscopic surgery for incisional hernia repair / M. Poelman, J. Apers, H. van den Brand [et al.] // BMC Surg. — 2013. — Vol. 13. — P. 18.
3. Фелештинський Я. П. Післяопераційні грижі живота / Я. П. Фелештинський. — К.: ТОВ "Бізнес—Логіка", 2012. — 200 с.
4. Mesh Or Patch for Hernia on Epigastric and Umbilical Sites (MORPHEUS trial): study protocol for a multi—centre patient blinded randomized controlled trial / J. E. Ponten, B. J. Leenders, J. A. Charbon [et al.] // BMC Surg. — 2014. — Vol. 22. — P. 14 — 33.
5. A comparative analysis between laparoscopic and open ventral hernia repair at a tertiary Care Center / S. W. Davies, K. C. Turza, R. G. Sawyer [et al.] // Am. Surg. — 2012. — Vol. 78, N 8. — P. 888 — 892.
6. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay—Nielsen [et al.] // Hernia. — 2009. — Vol. 13, N 4. — P. 343 — 403.
7. Лапароскопічна герніопластика рубцевих вентральних гриж / О. М. Лерчук, Я. І. Гавриш, М. О. Лерчук [та ін.] // Галиц. лік. вісн. — 2002. — Т. 9, № 3. — С. 179 — 180.
8. Перспективні методи лікування вентральних гриж / В. В. Грубнік, Р. С. Парфентьев, Є. Аскеров [та ін.] // Львів. мед. часопис. — 2009. — Т. 15, № 3. — С. 47 — 49.
9. LeBlanc K. A. Current considerations in laparoscopic incisional and ventral herniorrhaphy / K. A. LeBlanc // JSLS. — 2000. — Vol. 4, N 2. — P. 131 — 139.
10. Милица Н. Н. Выбор метода открытой герниопластики с использованием аллотрансплантата / Н. Н. Милица, К. Н. Милица // Харк. хірург. школа. — 2012. — № 1(52). — С. 152 — 154.