

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Криворучко И. А., Сивожелезов А. В., Тесленко С. Н., Чугай В. В.
Харьковский национальный медицинский университет

В статье представлены данные хирургического лечения 1063 пациентов с 2002 по 2012 годы в возрасте от 18 до 84 лет. Лапароскопическая герниопластика была выполнена у 34 пациентов (с 2009 года). Частота осложнений в ране (кровотечение, серомы) при лапароскопических герниопластиках составила 20,5%. Летальности у этих больных не было.

Ключевые слова: лапароскопические герниопластики, вентральные грыжи.

Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3–7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах [1].

Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки до настоящего времени не имеет альтернатив. Напомним, что вентральной грыжей называется любой дефект передней брюшной стенки. Традиционное грыжесечение сопровождается довольно значительной травмой мягких тканей в области операции, что приводит к выраженным болевым ощущениям в течение ближайшего послеоперационного периода и потере трудоспособности на срок до 1,5–2 мес. Новые перспективы в хирургии грыж открывает малоинвазивная лапароскопическая техника, которая позволяет избежать многих недостатков традиционной хирургии [2]. Эффективность хирургического лечения вентральных грыж оценивают по частоте развития рецидивов и послеоперационных осложнений заболевания. Частота рецидивов грыж после лапаротомий составляет 20–30%. Внедрение лапароскопических методик герниопластики вентральных грыж с использованием сетчатых трансплантатов позволило снизить частоту рецидивов до 8–15% [3]. Различия в частоте рецидивов объясняется различными размерами грыжевых дефектов у больных. Лапароскопические операции дают лучшие результаты при грыжах небольших и средних размеров, в то время как при больших и гигантских грыжах количество рецидивов меньше при открытых герниопластиках [4].

Преимуществами лапароскопических аллопластик являются менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, меньшее количество ранних послеоперационных осложнений, быстрое восстановление работоспособности и хороший эстетический эффект. В тоже время серьезными осложнениями лапароскопи-

ческих аллопластик являются невралгии, внутрибрюшные кровотечения, незамеченные повреждения кишечника с развитием перитонита и сепсиса [5].

Цель: анализ результатов лапароскопических аллопластик, выполненных в многопрофильной общехирургической клинике, для обоснования оптимальной хирургической тактики, определения показаний и противопоказаний к применению лапароскопических операций у пациентов грыжами брюшной стенки.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2012 г. в клинике хирургии № 2 ХНМУ (с 2003 г. Харьковской областной центр хирургии грыж) герниоаллопластика выполнена у 1063 больных, в том числе у 643 (60,5%) с паховыми грыжами (167 (26%) – с рецидивными) и 420 (39,5%) – с вентральными (в т. ч. послеоперационными) грыжами. Следует отметить, что у 213 (50,7%) они были большими, а у 76 (18%) – гигантскими. Возраст больных колебался от 18 до 84 лет. С 2009 года у 34 больных обоего пола были выполнены лапароскопические герниоаллопластики при паховых и вентральных грыжах. Операции у всех больных выполнялись под эндотрахеальным наркозом в условиях карбоксиперитонеума. Использовали классификацию, предложенную J. Chevrel и A. Rath (1999) (SWR classification), признанную на международном уровне XXI международным конгрессом герниологов в Мадриде [7]. Данная классификация включает три позиции – S, W, R, S – локализация грыжи: срединная (M), боковая (L) и сочетанная (ML); W – ширина грыжевых ворот: W1 – менее 5 см, W2 – от 5 до 10 см, W3 – от 10 до 15 см, W4 – более 15 см; R – наличие рецидива: R1, R2, R3 и т. д. Именно эти параметры считаются главными в определении показаний к выбору того и иного вида пластики брюшной стенки.

При паховых грыжах применяли трансаб-



Рис. 1. Фиксация сетчатого импланта с помощью герниостепплера «Protack»

доминальную преперитонеальную пластику (ТАПП) – 16 пациентов, из них у 2 с рецидивными грыжами после пластики по «Lichtenstein». Для имплантации использовали сетчатые протезы ULTRAPRO (ETHICON) и PARIETENLIGHT (COVIDIEN) размером 15x10 см с его фиксацией герниостепплером «Protack» и восстановлением брюшины эндошвом (рис. 1). У одной больной ТАПП произведено одновременно с лапароскопической холецистэктомией.

Для выполнения лапароскопических операций у пациентов с вентральными грыжами (пупочные, белой линии и срединные послеоперационные) использовали два способа. Первый метод был применен у 4 больных с небольшими пупочными грыжами (W1) и заключался в ушивании пупочного кольца с помощью эндошва. Второй метод – у 14 больных, он заключался в интраперитонеальном расположении (IPOM) композитного эндопротеза PROCEED (ETHICON) 10x20 см с его фиксацией транспоневротическими швами и степлером «Protack». Показаниями к применению этой методики были срединные грыжи средних размеров (W2-3). Наряду с вмешательством по поводу грыжи у 9 больных потребовалось устранение сопутствующих заболеваний органов брюшной полости: рассечение спаек спаечной болезни осуществлено у 1, холецистэктомия – у 7, ампутация матки – у 1.

Результаты и обсуждение

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 IPOM методики интраоперационных осложнений не было. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали серомы (3), которые также были ликвидированы кон-

сервативно пункциями. Длительность операции составила от 50 до 70 мин. Важно отметить, что мы использовали сетчатый протез, который полностью закрывал грыжевой дефект, отступая на 3–5 см по всему периметру. Больные активизировались в первые 12 часов после вмешательства, болевой синдром не был выражен, поэтому не требовалось назначения опиатных анальгетиков. Летальных исходов не было.

С 1989 г., когда R. Stoppa [8] впервые описал технику лапароскопического грыжесечения, были опубликованы различные данные о надежности лапароскопического метода лечения вентральных грыж. Так, по данным ряда исследователей [6], лапароскопические методики оказались более надежными для лечения вентральных грыж. Частота рецидивов после лапароскопической герниопластики была в 3 раза меньше, нежели после открытой герниопластики. По данным этих авторов, 4,3% составили рецидивы при лапароскопическом методе и 12,1% при лапаротомном методе герниопластики. Другие авторы [5] сообщают приблизительно об одинаковом числе рецидивов после лапароскопических и открытых герниопластик. Так, по данным хирургической клиники Кливленда, частота рецидивов после лапароскопической герниопластики составила через один год 15%, после открытой – 11%, через 5 лет после лапароскопической операции – 29%, после лапаротомной – 28% [4]. Практически все хирурги сообщают, что основными осложнениями при использовании открытых методов герниопластик является гнойно-септические, составляющие 10–20%. При лапароскопических методах герниопластик частота раневых инфекций почти в 10 раз меньше [4–6]. По нашим данным частота осложнений в ране (кровотечение, серомы) при лапароскопических герниопластиках составила 20,5% (у 4 – после ТАПП и у 3 – после IPOM), гнойных осложнений отмечено не было. Это объясняется отсутствием больших разрезов и травматизации тканей при выделении грыжевого мешка.

Выводы

Оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургических технологий эффек-

тивны, патогенетически обоснованы, обеспечивают комфортность послеоперационного периода и возможность ранней реабилитации. Данные методики уменьшают объём рассечения тканей, травматизацию брюшной стенки. Наряду с общеизвестными преимуществами малоинвазивных оперативных вмешательств, считаем важным отметить специфические достоинства лапароскопической герниопластики перед традицион-

ными методами: возможность осмотра брюшной полости, одномоментная пластика двусторонних паховых грыж, одновременное закрытие трансплантатом всех слабых мест передней брюшной стенки. При послеоперационной герниопластике есть возможность провести адгезиолизис. Следует отметить, что лапароскопические герниопластики показаны при грыжах небольших и средних размеров.

Литература

1. Егиев В. Н. Опыт внутрибрюшной пластики вентральных грыж / Егиев В. Н., Соколов А. Л., Волкочедов В. С., Ермаков Н. А. // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – Т. 5. – № 1. – С. 153.
2. Каштальян М. А. Использование биоматериала политетрафторэтилен в ходе лапароскопической аллогерниопластики вентральных грыж / Каштальян М. А., Шаповалов В. Ю. // Хірургія України. – 2011. – № 3 (39) – С. 59.
3. Anthony T. Factors affecting recurrence following incisional herniorraphy / Anthony T., Bergen P. C., Kim L. T. et al. // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – P. 95–100.
4. Ballem N. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5 year recurrence rates / Ballem N., Parikh R., Berber E., Siperstein A. // Surg. Endosc. – 2008. – P. 1935–1940.
5. Misra M. C. Comparison of laparoscopic and open repair of incisional and primary ventral hernia: results of a prospective randomized study / Misra M. C., Bansal V. K., Kulkarni M. P., Pawar D. K. // Surg. Endosc. – 2006. – 20. – P. 1839–1845.
6. Pierce R. A. Pooled data analysis of laparoscopic vs. open ventral hernia repair: 14 years of patient data accrual. / Pierce R. A., Spitler J. A., Frisella M. M., Matthews B. D., Brunt L. M. // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 21. – P. 378–386.
7. Rath A. M., Chevrel J. Classification of incisional hernias of the abdominal. / Rath A. M., Chevrel // J. Hernia. – 2000. – Vol. 4 (1). – P. 1–7.
8. Stoppa R. E. The treatment of complicated groin and incisional hernias. // World J. Surg. – 1989. – Vol. 13. – P. 545–554.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Криворучко І. А., Сивожелізов А. В., Тесленко С. М., Чугай В. В.

Харківський національний медичний університет

В статті представлено дані щодо хірургічного лікування 1063 хворих з 2002 по 2012 роки в віці від 18 до 84 років. Лапароскопічна герніопластика була виконана у 34 хворих (з 2009 року). Частота ускладнень в рані (кровотеча, сероми) при лапароскопічних герніопластиках склала 20,5%. Летальності у цих хворих не було.

Ключові слова: лапароскопічна герніопластика, вентральні грижі.

LAPAROSCOPIC VENTRAL HERNIA REPAIR

Kryvoruchko I. A., Sivozshelezov A. V., Teslenko S. N., Chugay V. V.

Kharkiv National Medical University

This article represents the data of the surgical treatment of 1063 patients with 2002 for 2012 at the age from 18 till 84 years. Laparoscopic hernia repair was performed in 34 patients (since 2009). Frequency of complications in a wound (a bleeding, seroma) at laparoscopic hernia repair has made 20,5%. Death rates at these patients were not.

Keywords: laparoscopic hernia repair, ventral hernia.