

УДК 617-089.844

ЛЕМБАС А.Н.¹, ТАМПЕЙ И.И.¹, КУЧИНСКИЙ М.В.¹, БАУЛИН А.В.², БАУЛИН В.А.³,
ИВАНЧЕНКО В.В.⁴, ВЕЛИШКО Л.Н.¹, ВЕЛИШКО С.И.¹, ПИГОВИЧ И.Б.⁵

¹ ГУ «Каменская ЦРБ», г. Каменка, Приднестровье, Молдова

² Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза, Россия

³ Пачелмская ЦРБ, р.п. Пачелма, Россия

⁴ Комсомольская городская больница, г. Комсомольск, Украина

⁵ Каменец-Подольская городская больница № 1, г. Каменец-Подольский, Украина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Резюме. Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) с применением синтетических эндопротезов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное неконтролируемое исследование результатов лечения 24 больных (22 женщины и 2 мужчин), оперированных в ГУ «Каменская ЦРБ» по поводу рецидивных ПОВГ в период с 1.01.04 г. по 31.01.13 г. Средний возраст пациентов — $62,5 \pm 2,8$ года. Распределение больных согласно классификации Chevrel — Rath (1999 г.).

Ранее выполненные операции по поводу ПОВГ: пластика местными тканями — 22 больных; у 1 больной (R2): пластика местными тканями — 1, герниопластика сетчатым эндопротезом — 1 операция; у 1 пациентки (R4): пластика местными тканями — 2 операции; пластика деэпителизированным кожным лоскутом по В.Н. Янову — 1; герниопластика сетчатым эндопротезом — 1 операция.

Результаты и обсуждение. Межмышечное расположение эндопротеза — у 8 из 24 больных (размещение sublay — 5; inlay — 3 больных); в предбрюшинном пространстве — у 6 (sublay — у 4; inlay — у 2 больных); интра-абдоминальное расположение — у 10 больных (sublay — у 5; inlay — у 5 больных). Специфических раневых осложнений мы не наблюдали. Дренажирование послеоперационных ран не проводили.

Продолжительность послеоперационного периода — $8,5 \pm 1,9$ дня.

Результаты. Сроки наблюдения — от 4 месяцев до 9 лет. Рецидивы ПОВГ — у 2 (8,3 %) пациентов. Причина рецидивов — отрыв края эндопротеза от места его фиксации. Выполнены повторные операции. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная. Причина смерти — острый инфаркт миокарда.

Выводы

1. Развитие анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот делают межмышечное и интра-абдоминальное расположение эндопротеза при рецидивных ПОВГ наиболее целесообразным и технически выполнимым.

2. Протезирующая герниопластика с применением сетчатых эндопротезов остается надежным методом в лечении рецидивных ПОВГ и сопровождается достаточно низкой (8,3 %) частотой повторных рецидивов в поздние и отдаленные сроки.

Ключевые слова: рецидивная послеоперационная вентральная грыжа, протезирующая герниопластика, эндопротез.

© Лембас А.Н., Тампей И.И., Кучинский М.В., Баулин А.В.,
Баулин В.А., Иванченко В.В., Велишко Л.Н., Велишко С.И.,
Пигович И.Б., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

В связи с анатомо-морфологическими изменениями в области грыжевых ворот [2] выполнение пластического этапа при лечении рецидивных послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) сопровождается определенными техническими трудностями. Общепринятыми в лечении первичных и рецидивных ПОВГ являются различные методики протезирующей герниопластики с использованием полимерных материалов [10, 12]. И только при наличии небольших ПОВГ диаметром до 3 см допустима пластика местными тканями [12]. Несмотря на достигнутые технические возможности в лечении ПОВГ, риск рецидива грыж остается высоким. Так, по данным The Ventral Hernia Working Group (VHWG), в течение 5 лет наблюдения после операций по поводу ПОВГ частота повторных операций после первого рецидива составляет 24 %, после второго рецидива — 35 %, после третьего рецидива — 39 % [8].

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения рецидивных ПОВГ с применением синтетических эндопротезов.

Материал и методы

С 2004 по 2013 г. в хирургическом отделении ГУ «Каменская ЦРБ» протезирующая герниопластика с использованием сетчатых эндопротезов по поводу ПОВГ была выполнена у 77 пациентов, из числа которых рецидивные ПОВГ были у 24 больных (31,2 %): 22 женщины и 2 мужчин. Средний возраст пациентов — $62,5 \pm 2,8$ года. Распределение больных с рецидивными ПОВГ, согласно классификации Chevrel — Rath (1999 г.) [9], представлено в табл. 1.

16 больных были госпитализированы в плановом порядке, 8 пациентов — по экстренным показаниям по поводу ущемленных рецидивных ПОВГ.

Таблица 2. Пластический этап операции

MWR	Варианты пластики						Всего
	Межмышечное размещение		Предбрюшинное размещение		Интраабдоминальное размещение		
	sublay	inlay	sublay	inlay	sublay	inlay	
M1W2R1	2	2	2	–	2	1	9
M1W3R1	1	–	–	–	–	1	2
M1W4R1	1	–	–	–	–	–	1
M2W2R1	–	–	–	–	1	1	2
M2W2R2	–	–	–	–	–	1	1
M2W3R1	–	1	–	–	–	1	2
M2W2R4	–	–	–	–	1	–	1
M2W4R3	–	–	1	–	1	–	2
M3W2R1	1	–	–	1	–	–	2
L4W3R1	–	–	1	–	–	–	1
L4W4R1	–	–	–	1	–	–	1
Всего	5	3	4	2	5	5	24

Таблица 1. Распределение больных (Chevrel — Rath, 1999)

M/L	W2			W3	W4		Всего
	R1	R2	R4	R1	R1	R3	
M1	9	–	–	2	1	–	12
M2	2	1	1	2	–	2	8
M3	2	–	–	–	–	–	2
L4	–	–	–	1	1	–	2
Всего	13	1	1	5	2	2	24

У 22 больных во время предыдущих операций были выполнены различные методики пластик местными тканями. У 1 больной (R2) ранее выполненными операциями были: пластика местными тканями — 1 операция, протезирующая герниопластика полипропиленовым сетчатым эндопротезом — 1 операция. Еще у одной пациентки (R4): пластика местными тканями — 2 операции; пластика деэпителизованным кожным лоскутом по В.Н. Янову — 1; протезирующая герниопластика с применением полипропиленового эндопротеза — 1 операция.

У большинства пациентов (16 больных) имелась та или иная сопутствующая патология (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.) или их сочетание, которые требовали коррекции под наблюдением терапевта.

Профилактику тромбоземболических осложнений проводили по показаниям всем больным в соответствии с рекомендациями Российского консенсуса от 2000 г. [6], «Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоземболических осложнений» от 2010 г. [7]. Антибиотикопрофилактику осуществляли однократным внутривенным введением 1 г цефотаксима за 45 минут до начала операции.

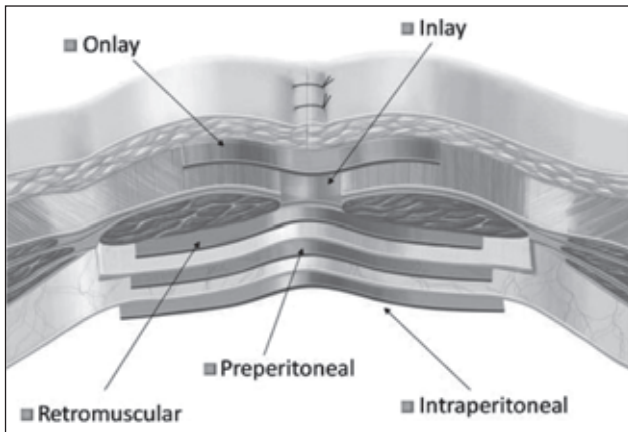


Рисунок 1. Рекомендации EuraHS по размещению эндопротеза при ПОВГ (Hernia. — 2012. — Vol. 16. — P. 245)

У 17 больных применялась комбинированная анестезия: общее обезболивание с элементами нейролептанальгезии и искусственной вентиляцией легких; еще у 7 пациентов — перидуральная анестезия.

Пластический этап операции представлен в табл. 2.

Во всех случаях был использован полипропиленовый сетчатый эндопротез (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия).

По данным The Ventral Hernia Working Group (VHWG), в настоящее время нет единых рекомендаций по вариантам размещения эндопротезов при хирургическом лечении послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Наиболее оптимальными вариантами оперативных вмешательств при данной патологии VHWG рекомендует протезирующую герниопластику с межмышечным размещением протеза, а также операции типа «components separation» (операция Ramirez). Обязательным этапом данных видов операций является транспозиция прямых мышц и восстановление белой линии живота [8]. Однако операции типа «components separation» являются довольно травматичными и не могут быть рекомендованы для их широкого применения.

Европейское общество герниологов (EuraHS) рекомендует следующие варианты размещения протезов: при варианте onlay протез размещают над ушитым апоневрозом, при этом производится отсепаровка подкожно-жировой клетчатки от апоневроза на определенной площади; при варианте inlay края протеза фиксируются встык к краям грыжевых ворот; при межмышечном размещении вскрывают влагалища прямых мышц живота, сетчатый эндопротез устанавливают спереди или сзади прямых мышц; при предбрюшинном размещении протез устанавливают в предбрюшинном пространстве; при интраабдоминальном — эндопротез размещают в брюшной полости (рис. 1).

Вариант пластики с частичным покрытием протеза апоневрозом рекомендовано обозначать как bridging-technique (мостовидная техника) [11].

В своей практической деятельности мы различали варианты размещения эндопротезов (onlay,

sublay, inlay), зависящие от ширины грыжевых ворот (W), и глубину расположения протеза (межмышечное, предбрюшинное, интраабдоминальное), которая связана с возможностью выделения слоев передней брюшной стенки в области грыжевого дефекта [3].

Согласно Резолюции VII научной конференции «Актуальные вопросы герниологии» [5], под методикой sublay подразумевали размещение сетчатого эндопротеза под апоневрозом, при inlay-пластике эндопротез покрыт апоневрозом только частично. При выполнении пластического этапа операции придавали особое значение минимальной отсепаровке подкожно-жировой клетчатки от апоневроза, что является одним из основных условий профилактики возникновения различных раневых осложнений. В связи с этим onlay-размещение эндопротеза мы не применяли. При повторных операциях после предшествующей протезирующей пластики (2 больных) ранее установленные эндопротезы сохраняли [1]. Новый протез фиксировали в виде вставки.

Результаты и обсуждение

Из-за выраженных анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот (нарушение анатомических слоев, рубцовые изменения тканей) [3, 4] расположение эндопротезов в предбрюшинном пространстве было возможным у 6 из 24 оперированных больных (размещение сетчатого эндопротеза sublay — у 4; inlay — у 2 больных). У 8 пациентов эндопротезы были расположены межмышечно (sublay — 5; inlay — 3 больных), при этом у 3 из них была выполнена транспозиция прямых мышц живота. Интраабдоминальное расположение эндопротеза как наименее травматичный вариант пластики было применено у 10 больных (sublay — у 5; inlay — у 5 больных). В основном это были люди пожилого возраста с наличием сопутствующей патологии. Дренирование послеоперационных ран не проводили.

Продолжительность пребывания больных в стационаре после операции составила $8,5 \pm 1,9$ дня. Специфических раневых осложнений у всех оперированных больных не отмечено.

Сроки наблюдения составили от 5 месяцев до 9 лет. Из числа оперированных пациентов (24 больных) рецидивы отмечались у 2 (8,3 %). Причиной рецидивов был отрыв края эндопротеза от места его фиксации. Обе пациентки были оперированы повторно. В обоих случаях применялась протезирующая герниопластика с интраабдоминальным расположением эндопротеза (inlay — 1; sublay — 1 больная). Одна из этих 2 больных умерла в раннем послеоперационном периоде. Причина смерти — острый инфаркт миокарда.

Выводы

1. Развитие анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот делает межмышечное и интраабдоминальное расположение сетчатого эн-

допротеза при рецидивних ПОВГ наиболее целесообразным и технически выполнимым.

2. Протезирующая герниопластика с применением сетчатых эндопротезов остается надежным методом в лечении рецидивных ПОВГ и сопровождается достаточно низкой (8,3 %) частотой повторных рецидивов в поздние и отдаленные сроки.

Список литературы

1. Повторные операции у больных при рецидивах грыж с использованием синтетических эндопротезов / Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Житлов А.Г. [и др.] // Тезисы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы герниологии», 31 октября — 1 ноября 2012 г. — М., 2012. — С. 34.
2. Результаты лечения рецидивных срединных грыж живота / А.А. Ботезату // Тезисы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы герниологии», 31 октября — 1 ноября 2012 г. — М., 2012. — С. 47.
3. О лечении послеоперационных вентральных грыж / Лембас А.Н., Тампей И.И., Иванченко В.В. [и др.] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2011. — № 2 (18). — С. 90-98.
4. Ретромускулярная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами по поводу грыж / Паршиков В.В., Ходак В.А., Петров В.В., Романов Р.В. // Bulletin of experimental and clinical surgery. — 2012. — Vol. 5. — P. 213-218.
5. Тимошин А.Д. Резолюция юбилейной научной конференции «Актуальные вопросы герниологии» / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков // Хирургия. — 2007 — № 7 — С. 80.
6. Российский консенсус. Профилактика послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений. — М., 2000. — 20 с.
7. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозмболических осложнений / Флебология. — 2010. — Т. 4, вып. 2. — № 1. — 40 с.
8. Incisional ventral hernias: Review of the literature and Recommendations regarding the grading and technique of repair / Breuing K., Charles E. Butler, Ferzoco S. [et al.] // Surgery. — 2010. — Vol. 148, № 3. — P. 544-558.
9. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / Chevrel J.P., Rath A.M. // Hernia. — 2000. — Vol. 4. — P. 7-11.
10. Operative treatment of ventral hernia using prosthetic materials / Han J.G., Ma S.Z., Song J.K., Wang Z.J. // Hernia. — 2007. — Vol. 11. — P. 419-423.
11. EuraHS: the development of an international online Platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair / F. Muysoms, G. Campanelli, G.G. Champault [et al.] // Hernia. — 2012. — Vol. 16. — P. 239-250.
12. Sanders D.L. The modern management of incisional hernias / Sanders D.L., Kingsnorth A.N. // BMJ. — 2012. — № 344. — P. 37-42.

Получено 21.10.13 □

Лембас О.М.¹, Тампей И.И.¹, Кучинський М.В.¹, Баулін О.В.², Баулін В.О.³, Иванченко В.В.⁴, Велишко Л.М.¹, Велишко С.І.¹, Пігович І.Б.⁵

¹ ДЗ «Кам'янська ЦРЛ», м. Кам'янка, Придністров'я, Молдова

² Медичний центр Пензенського державного університету, м. Пенза, Росія

³ Пачелмська ЦРЛ, р.с. Пачелма, Пензенська область, Росія

⁴ Комсомольська міська лікарня, м. Комсомольськ, Полтавська область, Україна

⁵ Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1, м. Кам'янець-Подільський, Україна

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Резюме. Мета дослідження: вивчити результати хірургічного лікування рецидивних післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ) із застосуванням синтетичних ендпротезів.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективне неkontrolьоване дослідження результатів лікування 24 хворих (22 жінки і 2 чоловіків), оперованих у ДЗ «Кам'янська ЦРЛ» з приводу рецидивних ПОВГ у період з 1.01.04 р. по 31.01.13 р. Середній вік пацієнтів — 62,5 ± 2,8 року. Розподіл хворих згідно з класифікацією Chevrel — Rath (1999 г.).

Раніше виконані операції з приводу ПОВГ: пластика місцевими тканинами — 22 хворих; в 1 хворій (R2): пластика місцевими тканинами — 1, герніопластика сітчатим ендпротезом — 1 операція; в 1 пацієнтки (R4): пластика місцевими тканинами — 2 операції; пластика дееспітелізованим шкірним клаптом за В.М. Яновим — 1; герніопластика сітчатим ендпротезом — 1 операція.

Результати та обговорення. Міжм'язове розташування ендпротезу — у 8 з 24 хворих (розміщення sublay — 5; inlay — 3 хворих); у передочеревинному просторі — у 6 (sublay — у 4; inlay — у 2 хворих); інтраабдомінальне розташування — у 10 хворих (sublay — у 5;

inlay — у 5 хворих). Специфічних ранових ускладнень ми не спостерігали. Дренування післяопераційних ран не проводили.

Тривалість післяопераційного періоду — 8,5 ± 1,9 дня.

Результати. Терміни спостереження — від 4 місяців до 9 років. Рецидиви ПОВГ — у 2 (8,3 %) пацієнтів. Причина рецидивів — відрив краю ендпротеза від місця його фіксації. Виконані повторні операції. У ранньому післяопераційному періоді померла 1 хвора. Причина смерті — гострий інфаркт міокарда.

Висновки

1. Розвиток анатомо-морфологічних змін у ділянці гризових воріт робить міжм'язове та інтраабдомінальне розташування ендпротезу при рецидивних ПОВГ найбільш доцільним і технічно здійсненним.

2. Протезуюча герніопластика з застосуванням сітчатих ендпротезів залишається надійним методом у лікуванні рецидивних ПОВГ і супроводжується досить низкою (8,3 %) частотою повторних рецидивів в пізні й віддалені строки.

Ключові слова: рецидивна післяопераційна вентральна грижа, протезуюча герніопластика, ендпротез.

Lembas A.N.¹, Tampey I.I.¹, Kuchinsky M.V.¹, Baulin A.V.², Baulin V.A.³, Ivanchenko V.V.⁴, Velishko L.N.¹, Velishko S.I.¹, Pigovich I.B.⁵

¹ State Institution «Kamenka Central Regional Hospital», Kamenka, Transnistria, Moldova

² Medical Institute of Penza State University, Penza, Russia

³ Pachelma Central Regional Hospital, Pachelma, Russia

⁴ Komsomolsk City Hospital, i.c. Komsomolsk, Ukraine

⁵ Kamianets-Podilsky City Hospital № 1, Kamianets-Podilsky, Ukraine

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Summary. Objective: to study the outcomes of surgical treatment of recurrent postoperative ventral hernias (POVH) with synthetic endoprosthesis.

Material and Methods. A retrospective uncontrolled study of treatment outcomes in 24 patients (22 women and 2 men), operated in the State institution «Kamenka central Regional hospital» for recurrent POVH from 01.01.04 till 31.01.13 has been carried out. The average age of patients — 62.5 ± 2.8 years. Patients were allocated according to Chevrel — Rath classification (1999).

Previously performed surgery for POVH: plastic with local tissues — 22 patients; 1 patient (R2): plasty with local tissues — 1, hernia repair with mesh endoprosthesis — 1 operation; in 1 patient (R4): plasty with local tissues — 2 operations; deepithelialized skin flap plasty by V.N. Yanov — 1; hernia repair with mesh endoprosthesis — 1 operation.

Results and Discussion. Intermuscular location of endoprosthesis — in 8 out of 24 patients (sublay placement — 5; inlay — 3 patients); in the preperitoneal space — in 6 (sublay — in 4; inlay — in 2 patients), intraabdominal location — in 10 patients (sublay — in

5; inlay — in 5 patients). Specific wound complications we have not detected. Postoperative wound drainage wasn't performed.

The duration of postoperative period — 8.5 ± 1.9 days.

Results. Follow-up terms varied from 4 months to 9 years. POVH relapses — in 2 (8.3 %) patients. The cause of relapses — detachment of endoprosthesis edge from the place of its fixation. Repeated operations were carried out. In the early postoperative period 1 female patient died. Cause of death — acute myocardial infarction.

Conclusions

1. The development of anatomical and morphological changes in hernial orifice make intermuscular and intraabdominal location of the endoprosthesis in recurrent POVH most reasonable and technically feasible.

2. Prosthetic hernia repair using mesh implants remains a reliable method in the treatment of recurrent POVH and is accompanied by a sufficiently low (8.3 %) incidence of recurrent relapses in the late and long-term periods.

Key words: recurrent postoperative ventral hernia, hernia repair prosthesis, endoprosthesis.