

телo (клеевую массу) и носит токсико-аллергический характер. В то время как при герметизации кишечных анастомозов ФК, установлено отсутствие клеточной инфильтрации вокруг клеевых масс, что исключает осложненное течение воспалительной реакции и подтверждает целесообразность его применения при формировании кишечных анастомозов.

Ключевые слова: кишечный анастомоз, медицинский клей.

A. V. Solomko, A. P. Radzihovskyi, M. I. Znaievskyi

Suture-adhesive methods of the intestinal anastomoses formation

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The paper focuses on the comparative study of repair processes and morphodynamics of inflammatory reaction in the intestinal wall anastomoses, formed using latex tissue glue (LTG) and fibrin glue (FG), to determine positive and negative properties of adhesive compositions.

Aim. The experiments were performed on 64 white rats in the form of surgeries of small and large intestine. Total number of formed anastomoses was 128.

Results. As a result of the study it was determined that LTG promotes the persistence of inflammatory process, caused by the reactions of the tissue and cellular elements and small and large intestine on the foreign body (adhesive mass) and has toxic and allergic nature. While sealing of intestinal anastomoses with fibrin glue demonstrated the absence of cellular infiltration around the glue masses, which excludes the complicated course of inflammatory reaction and proves the reasonability of its usage for forming intestinal anastomoses.

Key words: intestinal anastomosis, medical glue.

Відомості про авторів:

Радзіховський Анатолій Павлович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Стражеского, 6, тел. (044) 408-03-72.

Соломко Анатолій Васильович – д.мед.н., доцент кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика.

Знаєвський Микола Іванович – асистент кафедр кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика.

УДК 617.55-007.43-089.168.1-089.844

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

Я.П.Фелештинський, В.В.Сміщук, В.Ф.Ватаманюк

МЕТОДИКА РОЗ'ЄДНАННЯ АНАТОМІЧНИХ КОМПОНЕНТІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ПОЄДНАННІ З ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЮ АЛОПЛАСТИКОЮ ПРИ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика,**

Український центр хірургічного лікування гриж живота

Вступ. Використання методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки за Ramirez у поєднанні з алопластиком «onlay» при гігантських

післяопераційних грижах живота з контрактурою прямих м'язів живота не виключає підвищення внутрішньочеревного тиску та виникнення абдомінального компартмент-синдрому. Крім цього, за рахунок широкого контакту сітчастого імплантату з підшкірною основою залишається високою частота місцевих ускладнень, таких як серома (30,8-60,4%), нагноєння (1,5-4,8%), лігатурні нориці (1,2-3%), мешома (0,06-1,6%), що призводить до виникнення рецидивів гриж (10-15%).

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування післяопераційних гриж живота гігантських розмірів шляхом використання методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластиком.

Матеріали і методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 164 хворих з післяопераційними грижами живота гігантських розмірів. В залежності від методики операції хворі були розділені на 2 групи. В I групі (82 хворих) виконувалася модифікована нами методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластиком. В II групі (82 хворих) – алопластика «onlay» в поєднанні з методикою розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки.

Результати. Показано, що інтраперитонеальний спосіб алопластики в поєднанні з методикою розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки сприяє значному зниженню частоти виникнення абдомінального компартмент-синдрому з 4 (4,9±2,4%) у II групі до 0 у I групі ($p<0,05$), сероми з 21 (22,1±4,3%) до 6 (8,7±3,4%) ($p<0,05$), нагноєння післяопераційної рани з 10 (10,5±3,1%) до 2 (2,9±2,0%) ($p<0,05$), виникнення мешоми з 3 (3,7±2,1%) до 0 ($p>0,05$) у порівнянні з алопластиком «onlay» поєднаною з розділенням анатомічних компонентів передньої черевної стінки. Рецидиви грижі виявлені у 4 (6,5±3,1%) пацієнтів II групи, в I групі – у 1 (1,6±1,6%) ($p>0,05$).

Висновки: 1) методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластиком сприяє значному зниженню частоти сероми у 2,5 разів, нагноєння післяопераційної рани – у 3,5 рази, хронічного інфільтрату – у 4 рази, виникнення лігатурних нориць передньої черевної стінки – у 6 разів, мешоми – у 3 рази в порівнянні з алопластиком «onlay» в комбінації з методикою розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки; 2) методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластиком при післяопераційних грижах живота гігантських розмірів забезпечує створення оптимального об'єму черевної порожнини без підвищення внутрішньочеревного тиску та виключає виникнення абдомінального компартмент-синдрому, тоді як при використанні алопластики «onlay» в поєднанні з методикою роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки призводить до виникнення абдомінального компартмент-синдрому.

Ключові слова: післяопераційна, грижа живота, інтраперитонеальна алопластика, антиадгезивне покриття, серома, мешома, композитна сітка.

Вступ. При післяопераційних грижах живота (ПГЖ) гігантських розмірів класичні методики алогеріопластики часто викликають зменшення об'єму черевної порожнини та підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що призводить до абдомінального компартмент синдрому (АКС) (2,4-3,6%) та летальності (1,2-3,4%) [3]. Це вимагає спеціальної методики закриття гігантського дефекту черевної стінки яка б не підвищувала ВЧТ. Використання методики розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки за Ramirez у поєднанні з алопластиком «onlay» сприяє створенню оптимального об'єму черевної порожнини та покращує результати лікування, зокрема, зменшується частота АКС [1,3,4,5,8]. Використання такої поєднаної операції

при гігантських ПГЖ з контрактурою прямих м'язів живота не виключає підвищення ВЧТ та виникнення АКС. Крім цього, за рахунок широкого контакту сітчастого імплантату з підшкірною основою залишається високою частота місцевих ускладнень, таких як серома (30,8-60,4%), нагноєння (1,5-4,8%), лігатурні нориці (1,2-3%), мешома (0,06-1,6%), що призводить до виникнення рецидивів ПГЖ (10-15%) [4,8].

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування післяопераційних гриж живота гігантських розмірів шляхом використання методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 164 пацієнтів віком від 30 до 75 років за період з 2009 по 2014 рр. з приводу ПГЖ гігантських розмірів. Жінок було 106 (64,6%), чоловіків – 58 (35,4%). Супутні захворювання з переважан-ням хронічної серцево-судинної патології спостерігалися у 94 (57,3%), хронічний бронхіт – у 13 (7,9%), ожиріння II-III ступеня – у 98 (59,8%), цукровий діабет – у 9 (5,5%), хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок – у 21 (12,8%). Відповідно до класифікації ПГЖ Європейської асоціації хірургів-герніологів (EHS classification for incisional abdominal wall hernias) (Гент, Бельгія, 2008) [7] грижі були розподілені наступним чином: M1-4W3R0 – у 135 (82,3%), M1-4W3R1-4 – у 29 (17,7%). Контрактура прямих м'язів живота виникла у 72 (43,9%).

Всім пацієнтам амбулаторно впродовж 10 ± 3 днів проводилася спеціальна передопераційна підготовка [3]. Вона включала: 1) максимальне очищування кишечника; 2) адаптацію серцево-судинної та дихальної систем до підвищення ВЧТ; 3) підвищення резервів з боку серцево-легеневої діяльності; 4) корегуючу терапію супутніх захворювань; 5) профілактику тромбоемболічних ускладнень; 6) профілактику інфекційних ускладнень з боку післяопераційної рани. З метою очищування кишечника і зменшення його об'єму пацієнтам в амбулаторних умовах рекомендували безшлакову дієту, виключаючи при цьому хліб, мучні, картопляні страви та призначали послаблюючі препарати (дюфалак, регулакс та ін.) і очисні клізми. Досвід показує, що таким чином вдається досягнути максимального очищування і зменшення об'єму кишечника та грижового випинання, а також зменшення маси тіла пацієнта. Окружність живота зменшується у середньому на 12-16 см, а у деяких пацієнтів невправні грижі стають вправними. Напередодні хірургічного втручання, за 12 годин до операції, призначали фортранс за схемою. Адаптація дихальної та серцево-судинної систем до підвищеного внутрішньочеревного тиску виконувалася шляхом дозованої бандажної компресії живота та проведення спеціального комплексу дихальної гімнастики. З цією метою використовували бандаж, за допомогою якого дозовано стискали живіт з орієнтиром на самопочуття пацієнта. Слід відмітити, що бандажна компресія проводиться лише у пацієнтів з вправними післяопераційними грижами, оскільки при невправних грижах вона може призвести до защемлення.

Контроль ефективності передопераційної підготовки здійснювали шляхом моніторингу функції серцево-судинної системи та функції зовнішнього дихання. Антибактеріальна профілактика проводилася з використанням цефалоспоринів III покоління (цефосульбін) за 2 години до операції. З метою

профілактики тромбоемболічних ускладнень використовували клексан 40 мг підшкірно за 12 годин до операції та один раз на день після операції впродовж 7-9 днів, компресійну білизну для нижніх кінцівок під час операції та впродовж 1 міс. в післяопераційному періоді.

В залежності від методики хірургічного лікування ПГЖ пацієнти були розділені на 2 групи. Групи були порівняні за віком, статтю та розмірами ПГЖ.

У 82 (50%) пацієнтів I групи виконувалась модифікована нами методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикой (Патент України №89100) [2]. Операція виконувалась наступним чином. Виконувалась лапаротомія з висіченням післяопераційного рубця. Виділявся і розрізався гризовий мішок, роз'єднувалися зрощення між органами черевної порожнини, великим чепцем та краями гризового дефекту. Мобілізувалися м'язово-апоневротичні краї гризового дефекту від підшкірної основи, з обох боків розрізався апоневроз зовнішнього косого м'язу на 1 см латеральніше краю прямого м'язу живота, роз'єднувався від внутрішнього поперечного та внутрішнього косих м'язів, що давало змогу ліквідувати контрактуру прямих м'язів живота. Далі розміщувався композитний сітчастий імплантат інтраперитонеально (площа імплантату повинна бути такою, щоб повністю із запасом перекривала весь дефект в черевній порожнині, а по бокам заступала за мобілізовані краї апоневрозів зовнішніх косих м'язів живота). В даній групі пацієнтів ми використовували композитні сітчасті імплантати «Parietex composite», «Proseed» з антиадгезивним покриттям для попередження утворення спайок із внутрішніми органами. При виконанні цієї методики за рахунок інтраперитонеального розміщення сітчастого імплантату створювався оптимальний об'єм черевної порожнини, зменшувалася площа контакту сітчастого імплантату із підшкірною основою. В II групі у 82 (50%) пацієнтів використовували методику «onlay» в поєднанні з операцією Ramirez. Використовували поліпропіленові сітчасті імплантати.

В обох групах пацієнтів операція закінчувалася дренуванням черевної порожнини та вакуумним дренуванням простору над сіткою та підшкірною клітковиною, а в I групі додатково виконувалося дренування черевної порожнини. У ранньому післяопераційному періоді лікувальні заходи включали корекцію порушень з боку серцево-судинної та дихальної систем, стимуляцію функції кишечника. Усім пацієнтам впродовж 7 днів після операції призначали диклоберл 3 мл внутрішньом'язево з метою зменшення запальної реакції черевної стінки на імплантацію сітки. З метою профілактики стресових виразок шлунково-кишкового тракту призначали квамател за схемою. Антибактеріальну терапію з використанням цефосольбіну 1 г 2 рази на добу продовжували у всіх пацієнтів, оскільки всі вони мали підвищений ризик виникнення інфекційних ускладнень з боку рани. Профілактика тромбоемболічних ускладнень продовжувалася клексаном 40 мг впродовж 7-9 днів.

Результати та їх обговорювання. Безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування гігантських ПГЖ у пацієнтів I та II груп представлені в табл.1 та табл.2. Безпосередні результати лікування. В I групі ВЧТ $5\pm 2,1$ мм рт. ст., в II групі – $10\pm 5,2$ мм рт. ст. Серед пацієнтів II групи після операції у 4 (4,9±2,4%) виник АКС, який був ліквідований консервативними заходами. У пацієнтів I групи АКС не спостерігався. Тромбоемболії легеневої артерії,

гострої кишкової непрохідності не спостерігалось в обох групах пацієнтів. У 4 (2,4%) пацієнтів з ПГЖ гігантських розмірів спостерігалась двобічна застійна нижньодольова пневмонія, яка була ліквідована завдяки антибактеріальній, протизапальній терапії та фізіотерапевтичним процедурам.

Таблиця 1

Безпосередні результати хірургічного лікування післяопераційних гриж живота гігантських розмірів

Групи	Ускладнення											
	АКС		Серома		Нагноєння післяопераційної рани		Хронічний інфільтрат		Лігатурні нориці передньої черевної стінки		Мешома	
	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD
I (n=82)	0	0*	6	8,7±3,4*	2	2,9±2,0*	2	2,9±2,0*	1	1,4±1,4*	0	0
II (n=82)	4	4,9±2,4*	21	22,1±4,3*	10	10,5±3,1*	11	11,6±3,3*	8	8,4±2,8*	3	3,7±2,1

Примітка: * - різниця між показниками в групах вірогідна, $p < 0,05$.

В I групі пацієнтів: серома – у 6 (8,7±3,4%), нагноєння післяопераційної рани – у 2 (2,9±2,0%), хронічний інфільтрат – у 2 (2,9±2,0%), лігатурні нориці передньої черевної стінки – у 1 (1,4±1,4%), мешома не спостерігалась. Строки перебування на стаціонарному лікуванні – 7±1,2 діб.

В II групі пацієнтів: серома – у 21 (22,1±4,3%), нагноєння післяопераційної рани – у 10 (10,5±3,1%), хронічний інфільтрат – у 11 (11,6±3,3%), лігатурні нориці передньої черевної стінки – у 8 (8,4±2,8%), мешома – у 3 (3,7±2,1%). Строки перебування на стаціонарному лікуванні – 12±2,3 діб.

Статистично достовірні кращі результати в I групі у порівнянні з II групою: серома – у 21 (22,1±4,3%) в II групі в порівнянні з 6 (8,7±3,4%) в I групі ($p < 0,05$), відповідно нагноєння післяопераційної рани – з 10 (10,5±3,1%) до 2 (2,9±2,0%) ($p < 0,05$), хронічний інфільтрат – з 11 (11,6±3,3%) до 2 (2,9±2,0%) ($p < 0,05$), лігатурні нориці передньої черевної стінки – з 8 (8,4±2,8%) до 1 (1,4±1,4%) ($p < 0,05$). В II групі ВЧТ 10±5,2 мм рт. ст., в I групі – 5±2,1 мм рт. ст. Строки перебування пацієнтів II групи на стаціонарному лікуванні – 12±2,3 діб, I групи – 7±1,2 діб.

Віддалені результати вивчені у 62 пацієнтів I групи та у 62 II групи в строки від 1 до 5 років. Хронічний біль на ділянці черевної стінки впродовж 6-8 місяців після операції спостерігався у 8 (12,9±4,3%) пацієнтів II групи та у 1 (2,1±2,1%) I групи і був ліквідований шляхом призначення фізіотерапевтичних процедур та нестероїдних протизапальних препаратів. Рецидиви грижі виявлені у 4 (6,5±3,1%) пацієнтів II групи, в I групі – у 1 (1,6±1,6%) ($p > 0,05$).

Віддалені результати хірургічного лікування післяопераційних гриж живота гігантських розмірів

Групи	Ускладнення			
	Хронічний біль		Рецидиви грижі	
	Абс.	М±SD	Абс.	М±SD
I (n=62)	1	2,1±2,1*	1	1,6±1,6
II (n=62)	8	12,9±4,3*	4	6,5±3,1

*Примітка: * - різниця між показниками в групах вірогідна, $p < 0,05$.*

З огляду на отримані результати хірургічного лікування ПГЖ гігантського розміру з використанням інтраперитонеальної алопластики (I група пацієнтів) та методики «onlay» (II група пацієнтів) у поєднанні з методикою розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки за Ramirez необхідно відмітити, що значно кращі як безпосередні так і віддалені результати у пацієнтів I групи. Відсутність АКС у післяопераційному періоді у пацієнтів I групи свідчить про те, що завдяки інтраперитонеальній пластичності створюється оптимальний об'єм черевної порожнини без підвищення ВЧТ, тоді як методика розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з алопластикою «onlay» не виключає виникнення інтраабдомінальної гіпертензії, про що свідчать показники ВЧТ та розвиток АКС у пацієнтів II групи.

Щодо ранових ускладнень, то зменшення частоти сероми у 2,5 разів, нагноєння післяопераційної рани у 3,5 разів, хронічного інфільтрату у 4 рази, виникнення лігатурних нориць передньої черевної стінки у 6 разів, мешоми у 3 рази у пацієнтів I групи у порівнянні з II групою ґрунтується на зменшенні площі контакту сітчастого імплантату з підшкірною основою, значно меншою мобілізацією підшкірної основи від апоневрозу, меншим пошкодженням кровоносних та лімфатичних судин. Це зменшує ймовірність інфікування тканин на ділянці сітчастого імплантата.

Віддалені результати хірургічного лікування ПГЖ гігантського розміру також підтверджують перевагу методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою у порівнянні з алопластикою «onlay», оскільки при інтраперитонеальному розміщенні сітчастого імплантата значно зменшується вірогідність виникнення ранових ускладнень, міграції сітки та, відповідно, рецидивування ПГЖ.

Висновки. Методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою при післяопераційних грижах живота гігантських розмірів у порівнянні з алопластикою «onlay» поєднаною з методикою роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки сприяє значному зниженню частоти сероми у 2,5 разів, нагноєння післяопераційної рани – у 3,5 рази, хронічного інфільтрату – у 4 рази, виникнення лігатурних нориць передньої черевної

стілки – у 6 разів, мешоми – у 3 рази. Методика роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою при післяопераційних грижах живота гігантських розмірів забезпечує створення оптимального об'єму черевної порожнини без підвищення внутрішньочеревного тиску та виключає виникнення абдомінального компартмент-синдрому, тоді як при використанні методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з алопластикою «onlay» призводить до виникнення абдомінального компартмент-синдрому у $4,9 \pm 2,4\%$.

Перспектива подальшого розвитку наукового дослідження.

Планується подальше вивчення ранніх та віддалених результатів лапароскопічної методики роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою при післяопераційних грижах живота гігантських розмірів.

Література

1. Алишев, О.Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж / О.Т. Алишев, Р.Ш. Шаймарданов // Практическая медицина. - 2013. - N 2. - С. 16-21.
2. Пат. №89100 Україна, МПК (2006.01) A61B 5/0416. Спосіб інтраабдомінальної алопластики післяопераційних вентральних гриж гігантського розміру / Я.П.Фелештинський, В.В.Сміщук, В.Ф.Ватаманюк/ u2013 13015; заявл. 08.11.2013; опубл. 10.04.2014, Бюл.№7.
3. Післяопераційні грижі живота: Монографія. // Фелештинський Я.П. – К.: «ТОВ “Біз-нес-Логіка”», 2012. – 200 с.
4. Чукардин, А.В. Сравнительный анализ результатов операций и качества жизни после различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Чукардин А.В. – Воронеж, 2009. - 130 с.
5. Krpata D.M, Blatnik J.A, Novitsky Y.W, Rosen M.J. Posterior and open anterior components separations: a comparative analysis. // Am. J. Surg. – 2012.- №203.- P. 318–322.
6. Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson L.A. Risk factors for wound complications in midline abdominal incisions related to the size of stitches. // Hernia. – 2011. – Vol.15. – P. 261–266.
7. Muysoms F.E, Miserez M., Berrevoet F., Campanelli G., Champault G.G., Chelala E., Dietz U.A., Eker H.H., Nakadi I., Hauters P. [et al.] Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // Hernia. – 2009. – Vol.13. – P.407-414.
8. Sanders D.L., Kingsnorth A.N. From ancient to contemporary times: a concise history of incisional hernia repair // Hernia. – 2012. – Vol.16. – P.1-7.

Я.П. Фелештинский, В.В.Смищук, В.Ф.Ватаманюк

Методика разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой при гигантских послеоперационных грыжах живота

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика,

Украинский центр хирургического лечения грыж живота

Вступление. Использование методики разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании аллопластикой «onlay» при гигантских послеоперационных грыжах живота с контрактурой прямых мышц живота не исключает повышения внутрибрюшного давления и возникновения абдоминального компартмент-синдрома. Кроме этого, за счет широкого контакта сетчатого имплантата с подкожной основой остается высокой частота местных осложнений, таких как серома (30,8-60,4%), нагноение (1,5-4,8%), лигатурные свищи (1,2-3%), мешома (0,06-1,6%), что приводит к возникновению рецидивов грыжи (10-15%).

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных грыж живота гигантских размеров путем использования методики разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 164 больных с послеоперационными грыжами живота гигантских размеров. В зависимости от методики операции больные были разделены на 2 группы. В I группе (82 больных) выполнялась модифицированная нами методика разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой. Во II группе (82 больных) – аллопластика «onlay» в сочетании методикой разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки.

Результаты. Показано, что методика разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой способствует значительному снижению частоты абдоминального компартмент-синдрома с 4 ($4,9 \pm 2,4\%$) во II группе до 0 в I группе ($p < 0,05$), серомы с 21 ($22,1 \pm 4,3\%$) до 6 ($8,7 \pm 3,4\%$) ($p < 0,05$), нагноение послеоперационной раны с 10 ($10,5 \pm 3,1\%$) до 2 ($2,9 \pm 2,0\%$) ($p < 0,05$), возникновение мешомы с 3 ($3,7 \pm 2,1\%$) до 0 ($p > 0,05$) по сравнению с аллопластикой «onlay» в комбинации с методикой разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки. Рецидивы грыжи выявлены у 4 ($6,5 \pm 3,1\%$) пациентов II группы, в I группе – у 1 ($1,6 \pm 1,6\%$) ($p > 0,05$).

Выводы: 1) методика разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой способствует значительному снижению частоты серомы в 2,5 раза, нагноения послеоперационной раны – в 3,5 раза, хронического инфильтрата – у 4 раза, возникновение лигатурных свищей передней брюшной стенки – в 6 раз, мешомы – в 3 раза по сравнению с аллопластикой «onlay» в комбинации с методикой разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки; 2) методика разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с интраперитонеальной аллопластикой при послеоперационных грыжах живота гигантских размеров обеспечивает создание оптимального объема брюшной полости без повышения внутрибрюшного давления и исключает возникновение абдоминального компартмент-синдрома, тогда как при использовании методики разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки в сочетании с аллопластикой «onlay» приводит к возникновению абдоминального компартмент-синдрома у $4,9 \pm 2,4\%$.

Ключевые слова: послеоперационная, грыжа живота, интраперитонеальная аллопластика, антиадгезивное покрытие, серома, мешома, композитная сетка.

Ya. P. Feleshtynskiy, V. V. Smishchuk, V. F. Vatamaniuk

Method of component separation combined intraperitoneal alloplasty in case of giant incisional abdominal hernias

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Ukrainian Centre for Surgical Treatment of Abdominal Hernia**

Introduction. Method of component separation combined with the “onlay” alloplasty for giant incisional ventral hernias improves treatment outcomes, reduces incidence of abdominal compartment syndrome and mortality. After using this technique the incidence of local complications such as seromas (30.8-60.4%), wound infection (1.5-4.8%), ligature fistula (1.2-3%) meshoma (0.06-1.6%), that leads to recurrences (10-15%) remains high.

Aim. To improve the results of giant incisional ventral hernias treatment using method of component separation combined with the intraperitoneal alloplasty.

Materials and methods. 164 patients with the giant incisional ventral hernias were operated in the clinic in 2009-2014. Depending on surgical method the patients were divided into 2 groups. In the first group (82 patients) the operation was carried out by method of component separation combined with the intraperitoneal alloplasty, in the second group (84 patients) there was used method of component separation combined with “onlay” alloplasty.

Results. The results showed that intraperitoneal alloplasty method combined with the component separation contributes to a significant reduction in the frequencies of abdominal compartment-syndrome from 4 ($4.9 \pm 2.4\%$) in the second group to 0 in the first group ($p < 0.05$), seromas from 21 ($22.1 \pm 4.3\%$) to 6 ($8.7 \pm 3.4\%$) ($p < 0.05$), wound infection from 10 ($10.5 \pm 3.1\%$) to 2 ($2.9 \pm 2.0\%$) ($p < 0.05$), meshoma from 3 ($3.7 \pm 2.1\%$) to 0 ($p > 0.05$) compared with “onlay” method combined with component separation. Hernia recurrence was detected in 4 ($6.5 \pm 3.1\%$) patients of the second group and in 1 ($1.6 \pm 1.6\%$) ($p > 0.05$) patient of the first group.

Conclusions. 1. Method of component separation combined with the intraperitoneal alloplasty contributes to a significant reduction in the frequency of seromas in 2.5 times, postoperative wound infection in 3.5 times, chronic infiltrate in 4 times, the emergence of ligature fistula of the anterior abdominal wall in 6 times, meshoma in 3 times compared with “onlay” method combined with component separation. 2. Method of component separation combined with the intraperitoneal alloplasty in case of treatment of giant incisional hernias of abdominal wall provides an optimal volume of abdominal cavity without increasing intra-abdominal pressure and eliminates abdominal compartment syndrome, while “onlay” method combined with component separation leads to abdominal compartment syndrome in $4.9 \pm 2.4\%$.

Key words: incisional, ventral hernia, intraperitoneal alloplasty, seromas, meshoma, antiadhesive coating, composite mesh.

Відомості про авторів:

Фелештинський Ярослав Петрович - заслужений лікар України, д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Адреса: 03115, м. Київ, вул. Відпочинку, 11.

Смішук Віталій Володимирович - аспірант кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, лікар-хірург.

Ватаманюк Володимир Федорович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Адреса: 03115, м. Київ, вул. Відпочинку, 11.