

Лапароскопічна герніопластика вентральних гриж

В.В. ГРУБНИК, Р.С. ПАРФЕНТЬЕВ, АСКЕРОВ ЕЛМАР

Одеський державний медичний університет

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTYCS OF VENTRAL HERNIAS

V.V. HRUBNYK, R.S. PARFENTYEV, ASKEROV ELMAR

Odessa State Medical University

У статті наведені порівнянні результати лікування пацієнтів із вентральними грижами. У 52 пацієнтів було виконано лапароскопічну герніопластику, у 64 пацієнтів операція виконана відкритим способом. У всіх пацієнтів були використані для пластики синтетичні протези. Всі результати показали достатньо високу надійність. Проте після лапароскопічних операцій косметичний ефект був кращим.

Comparative results of treatment of patients with ventral hernia are resulted in the article. At 52 patients we used laparoscopic hernioplasty, at 64 patients we used operations the opened method. At all patients we use synthetic prosthetic appliances. All results were enough reliable. But after laparoscopic operations were more cosmetic results.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Застосування сітчастих протезів у лікуванні вентральних гриж у даний час стало масовим, що дозволило понизити частоту рецидивів гриж із 15-30 % до 3-5 % [1, 2, 3]. Одночасно із застосуванням протезів почав розроблятися і метод лапароскопічної герніопластики. Проте впровадження лапароскопічних методик при лікуванні вентральних гриж дещо відстає у зв'язку з їх певною складністю [4, 5, 6].

Мета роботи: порівняння ефективності лапароскопічних і відкритих методик пластики пупкових і вентральних гриж.

Матеріали і методи. З 2003 до 2008 р. у клініці виконано 52 лапароскопічні операції з приводу вентральних гриж.

Серед пацієнтів чоловіків було 25, жінок – 27. У 30 хворих були пупкові і параумбілікальні грижі різних розмірів. У 22 пацієнтів мали місце післяопераційні вентральні грижі. Група порівняння складала 64 пацієнти (38 жінок і 26 чоловіків), у яких герніопластика виконувалася відкритим способом. За віковим складом, індексом маси тіла, наявністю супутньої патології, локалізації і розмірами грижового дефекту обидві групи хворих статистично значущо не розрізнялися.

Лапароскопічні операції виконувалися за відпрацьованою в клініці методикою: вводилися три троакари в стороні від грижового випинання. Через 10-міліметровий троакар вводили лапароскоп, два 5-міліметрових тро-

акари служили для введення інструментарію. За допомогою ножиць розтинали всі зрощення між внутрішніми органами і парієтальною очеревиною. За наявності в черевній порожнині спайкового процесу розділяли спайки. Потім виділяли грижовий дефект.

Нами використовувалися три варіанти лапароскопічної герніопластики. У першому варіанті, у 9 пацієнтів, нами було застосовано просте накладення з боку черевної порожнини синтетичного протеза “Gore-tex”, “Proceed” з подальшою його фіксацією до передньої черевної стінки герніостаплером і вузловими швами за допомогою спеціальної голки.

У другому варіанті, у 19 пацієнтів, нами виконувався розтин парієтальної очеревини з подальшою установкою в передочеревинний простір поліпропіленового експлантата. Після цього сітка фіксувалася до м'язів передньої черевної стінки герніостаплером. Потім над сіткою відновлювалася цілісність очеревинного покриву за допомогою накладення обв'язного шва.

У третьому варіанті, у 24 пацієнтів, зближували краї грижових воріт, використовуючи спеціальну голку для проведення лігатур. Потім в черевну порожнину вводили композитну сітку. Використовували композитні сітки фірми “Ethicon (Proceed)”, “Sofradim”, “Gore-tex”, “Atrium”. По краях сітку підшивали до передньої черевної стінки за допомогою спеціальних швів, а потім додатково укріплювали за допомогою спіральних металевих скріпок герніостаплера.

Слід зазначити, що використання зведення країв грижового дефекту дозволяє також зблизити прямі черевні м'язи, від чого залежить їх функція.

При виконанні відкритих герніопластик у всіх хворих використовували поліпропіленову сітку фірми "Ethicon". У 32 пацієнтів фіксували сітку до м'язово-апоневротичних тканин способом "on lay", у 32 хворих сітку встановили під м'язи способом "sub lay".

Під час операції у всіх пацієнтів ми застосовували антибіотикопрофілактику препаратом "Зинацеф" в дозі 1,5 г на початку оперативного втручання, з подальшим введенням двічі протягом доби ще по 750 мг препарату. З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень нами застосовувався препарат низькомолекулярного гепарину "Цибор" в дозі 2500, один раз на добу, одноразово. У разі підвищеного ризику тромбоемболічних ускладнень (кардіальна патологія, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, ожиріння, літній вік) застосовувався цибор 3500 також одноразово.

Результати досліджень та їх обговорення. З першої групи хворих ускладнення спостерігалися у 7 (13,5 %) пацієнтів. В одному випадку була виконана конверсія через виражений спайковий процес у черевній порожнині. У 5 хворих утворилися сероми, які потребували тривалого лікування. В одному випадку спостерігалось нагноєння, що потребувало повторної операції і видалення сітки. Сероми і нагноєння виникли в групі пацієнтів, яким встановлювалася поліпропіленова сітка в передочеревинний простір.

Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі в цій групі склала 3,9 дня. До звичайного способу життя пацієнти змогли повернутися в середньому через 5-7 діб, виконувати звичайне фізичне навантаження – через 15-20 діб. У 2 (4 %) пацієнтів у терміни від 3 до 6 місяців виявлені рецидиви гриж. Вони були зумовлені використанням синтетичної сітки малих розмірів.

У другій групі хворих, яким виконувалася відкрита герніопластика, ускладнення мали місце у 14 (22,6 %) пацієнтів. В одному випадку спостерігалася внутрішньочеревна кровоте-

ча, у 1 хворого в післяопераційному періоді розвинулася клініка мікротромбоемболії. У 5 пацієнтів сформувалися великі сероми. Нагноєння післяопераційної рани спостерігалось у 7 (11 %) хворих. Середня тривалість перебування в стаціонарі в цій групі складала 11,6 дня. Повернення до звичайного фізичного навантаження відбувалося через 1-1,5 місяця після операції. Рецидиви гриж спостерігалися в 2 (3,1 %) випадках, через 3-6 місяців після операції.

Слід зазначити, що застосування лапароскопічної герніопластики, незважаючи на всі труднощі, пов'язані з нею (дорожнеча, складність операції), має ряд серйозних переваг (мала травматичність, відмінний косметичний результат, коротші терміни реабілітації, менше число ускладнень), що привело до швидкого розповсюдження цих операцій. Причиною рецидиву гриж при лапароскопічній герніопластиці, на нашу думку, виявився недостатній розмір протеза. Край синтетичного протеза повинен виступати за край грижового дефекту мінімум на 4-5 см. Також ми вважаємо, що попереднє, до установки протеза, зведення країв грижового дефекту при лапароскопічній герніопластиці значно покращує результат оперативного лікування – дозволяє поліпшити функціональний (за рахунок зведення прямих м'язів живота) і косметичний (за рахунок відсутності випинання у вигляді порожнього грижового мішка) результат операції.

Висновок. Таким чином, досвід порівняння лапароскопічних і відкритих герніопластик вентральних гриж показав певні переваги лапароскопічних методик. На жаль, лапароскопічна пластика вентральних гриж вимагає значно більших витрат, ніж відкрита операція. Слід зазначити, що серед лапароскопічних методик якнайкращі результати показав третій варіант герніопластики, що зумовлено зближенням країв грижового дефекту і прямих м'язів живота, а це, крім ліквідації грижі, забезпечувало і відновлення функції м'язів передньої черевної стінки. Подальші дослідження необхідні для уточнення свідчень і протипоказань до застосування лапароскопічної герніопластики вентральних гриж.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота. – Симферополь: Эльиньо, 2004. – 315 с.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения вентральных грыж. – К.: Здоров'я, 2001. – 279 с.
3. Read R.C. et al. Abdominal Wall Hernias: Principles and Management. Springer; 1st ed., 2001 – 792 p.
4. Schumpelick V., Fitzgibbons R.J. Recurrent Hernia: Prevention and Treatment. Springer; 1 ed., 2007 – 434 p.
5. Lipman J, Medalie D, Rosen MJ. Staged repair of massive incisional hernias with loss of abdominal domain: a novel approach. // Am J Surg. 2008 – Vol. 195(1) – P. 84-88.
6. De Loecker I, Burnon D. Ventral hernia repair: a practical point of view. // Acta Chir Belg. 2007 – Vol. 107(5) – P. 578-582.