
**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ
ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»**

Г. ДОНЕЦК, 7-8 НОЯБРЯ 2013 Г.

Я. С. Березницкий, Г. В. Астахов, С.Н. Курыляк

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины",
Клиника общей и пластической хирургии "Гарвис", Днепропетровск

Реферат. Проанализирован опыт 12 лапароскопических интраабдоминальных аллопластик грыжевых ворот. Лапароскопические операции в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами имеют ряд преимуществ: короче койко-день, менее выраженная послеоперационная боль, отсутствие раневых осложнений

Ключевые слова: вентральная грыжа, лапароскопическая интраабдоминальная герниоаллопластика

Вентральные грыжи являются распространенной хирургической патологией, а способ их хирургического лечения – актуальная дискуссионная проблема. Частота возникновения рецидивов после лапаротомии составляет 3-13%, а при морбидном ожирении достигает 28% [1,4,5,8]. На сегодняшний день в мире широко распространены различные типы лапароскопических герниопластик с применением аллопластических материалов, позволяющие закрывать большие грыжевые дефекты передней брюшной стенки. Большое количество способов грыжесечений и их модификаций [1,2,6,7], появление публикаций о все новых разработках являются с одной стороны, бесспорным фактом неудовлетворенности результатами лечения послеоперационных вентральных грыж [6,8], с другой – свидетельством постоянно продолжающегося поиска решения этой проблемы [3,6,7]. Подавляющее число исследователей отмечает, что лапароскопическая герниоаллопластика по сравнению с традиционной сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к привычному труду. Число рецидивов после лапароскопических герниопластик относительно невысоко и по данным различных авторов колеблется от 0,3% до 12,5% [1,4]. 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 месяцев. Новые перспективы в хирургии грыж открывает малоинвазивная лапароскопическая техника, которая позволяет избежать многих недостатков традиционной хирургии. Но если эффективность лапароскопической герниопластики при паховых и бедренных грыжах изучена достаточно хорошо и доля их в герниологических центрах составляет 85-90%, то применение этого вида вмешательства при вентральных грыжах пока явно недостаточно.

Целью работы было проанализировать эффективность использования технологии лапароскопической интраабдоминальной аллопластики грыжевых ворот у пациентов с неосложненной вентральной грыжей.

Материал и методы

В период с 2010 г. по 2013 г. находилось на лечении 12 пациентов с вентральными грыжами. Из них 5 (41,6%) мужчин, 7 (58,4%) женщин. У 9 пациентов ширина грыжевых ворот составляла более 15 см. Большинство пациентов 8 (66,7%) были трудоспособного возраста, а средний возраст больных составил 58 лет.

Лапароскопическая интраабдоминальная аллопластика грыжевых ворот выполнялась под эндотрахеальным обезболиванием. Положение больного на операционном столе – стандартное. Хирург и ассистент располагаются сбоку от операционного стола. Рука пациента на стороне хирургической бригады приведена к туловищу. Операционный стол по оси поворачивали в сторону противоположную от хирурга. При таком положении внутренние органы смещались вниз под действием силы тяжести, освобождая место для установки троакаров. Операцию рутинно выполняли из трех портов. Использовали 11 мм троакар для лапароскопа и два 5 мм троакара. В одном случае для удобства фиксации сетки, на заключительном этапе операции дополнительно устанавливали 5 миллиметровый троакар. Троакар для лапароскопа устанавливали по мезогастральной линии между среднеключичной и передней подмышечной линией. Троакары для манипуляторов устанавливали по бокам от него. Хирург использовал двуручную технику, ассистент обеспечивал визуализацию операционного поля, работая лапароскопом. Операцию начинали с ревизии органов брюшной полости. Висцеролиз выполняли ультразвуковым диссектором Harmonik и «холодными» ножницами. При разделении сращений сальника использовали ультразвуковой диссектор, что обеспечивало практически идеальный гемостаз. Петли кишки от передней брюшной стенки отделяли ножницами, для предотвращения термической травмы стенки кишки. После завершения висцеролиза и освобождения грыжевых ворот от сращений выполнялась разметка на коже передней брюшной стенке. Маркером наносилась проекция грыжевых ворот, размеры ворот измерялись линейкой. Подбор сетки по размеру проводился с учетом размеров грыжевых ворот, наличия диафрагмы прямых мышц живота. Сетка выбиралась на

8-10 см шире грыжевых ворот, таким образом, что бы запас сетки с каждой стороны составил 4-5 см. Проекция сетки наносилась на кожу маркером. На апоневроз перед установкой сетки накладывали транскутантные провизорные швы для уменьшения размеров грыжевых ворот. На коже, по средней линии над грыжевыми воротами выполнялись 3-5 проколов остроконечным скальпелем. С помощью иглы Бирси через подкожную клетчатку, через стенки грыжевых мешков, через края грыжевых ворот и через свободную брюшную полость проводились нерассасывающиеся лигатуры. На фоне уменьшения давления CO₂ в брюшной полости, последовательно завязывали лигатуры. Узлы лигатур располагали под кожей. Использовали в своей работе сетку Parietex. К углам сетки, со стороны, не покрытой коллагеном, подшивались лигатуры нитью Vicryl 1,0. Сетка сворачивалась коллагеновым покрытием внутрь и вводилась в брюшную полость через 11 мм троакар. Сетка разворачивалась коллагеновым покрытием вниз, позиционировалась по отношению к грыжевым воротам. По нанесенной на кожу предварительной разметке, в точках проекции углов сетки кожа прокалывалась остроконечным скальпелем. Затем иглой Бирси лигатуры, предварительно наложенные на сетку, проводились сквозь мышцы, завязывались узлы, которые погружались в подкожную клетчатку. Таким образом, сетка предварительно фиксировалась под передней брюшной стенкой в правильной позиции относительно грыжевых ворот. Окончательная фиксация сетки проводилась эндоскопическими скобками Protack или Absorbotack. Скобки накладывали с интервалом 2-3 см по краю сетки и по контуру грыжевых ворот. Для удобства наложения скобок переднюю брюшную стенку поджимали снаружи рукой. Брюшную полость не дренировали.

В послеоперационном периоде пациентам назначались НПВС (Кетонал, Нимесил). На вторые сутки после операции пациентов активизировали. С первых суток пациентам разрешали пить, со вторых суток снимали ограничения в рационе питания.

Результаты и обсуждение

Пациенты госпитализировались в плановом порядке. Накануне операции поступили 8 (66,7%) пациентов, а 4 (33,3%) пациентов прооперировано в день поступления. Профилактика раневых осложнений антибиотиками не проводилась. Профилактика тромбозных осложнений зависела от степени риска их возникновения. В случае низкого риска проводилась неспецифическая профилактика (эластическое бинтование нижних конечностей). При умеренном риске (пациенты с ожирением 2 степени либо старше 60 лет) помимо неспецифической профилактики, использовалась однократная инъекция надропарина натрия (фраксипарин) в дозе 0,3 мл за 2 часа до операции, с последующим назначением пентосана по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней. У пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, варикозной болезнью вен нижних конечностей, ожирением 3 сте-

пени (высоким риском тромботических осложнений) вводили 0,3 мл фраксипарина за 2 часа до операции и в первые сутки после операции. Пентосан назначали с третьих суток по 2 таблетки 2 раза в день в течение 2 недель. Продолжительность операции варьировала от 35 до 110 минут. Минимальное время операции отмечено при аллопластике вправимой пупочной грыжи с диастазом прямых мышц живота, а максимальное – в случае невправимой вентральной грыжи с шириной грыжевых ворот более 15 см.

Послеоперационный период характеризовался менее выраженным болевым синдромом по сравнению с герниоаллопластикой открытым доступом, что способствовало ранней активизации пациентов. Обезболивание проводилось по требованию препаратом Кетопрофен (Кетонал) в дозе 100 мг в/м в первые сутки с последующим переходом на таблетированную форму Кетонала в дозе 150 мг. Пациенты выписывались на вторые – третьи сутки после операции под амбулаторное наблюдение.

Выводы

Лапароскопическая интраабдоминальная аллопластика является эффективным и малотравматичным методом операции при вентральных грыжах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абасов Б.Х. Герниопластика огромных рецидивных вентральных грыж / Б.Х. Абасов, Дж. Н.Гаджиев // Материалы конф. «Современные технологии в общей хирургии» (г. Москва, 26-27 декабря, 2001). – М., 2001. – С. 79.
2. Адамян А.А. Лечение послеоперационных вентральных грыж, сочетающихся с хирургическими заболеваниями брюшной полости / А.А. Адамян, Д.Х. Накашидзе, Л.М. Чернышова // Хирургия. – 1994. – №7. – С. 45-47.
3. Адамян А.А. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / А.А. Адамян, Р.Э. Величенко // *Анналы пласт, реконстр. и эстет. хирургии.* – 1999. – № 2. – С. 41-48.
4. Адамян, А.А. Путь герниопластики в герниологии и современные ее возможности / А.А. Адамян // *Материалы I Междунар. конф. «Современные методы герниопластики с применением полимерных имплантатов».* – М., 2003. – С. 15.
5. Арий Е.Г. Этиологические предпосылки грыжевой болезни / Е.Г. Арий, А.С. Широкопояс, М.С. Шпилевой. – Новосибирск: Сиб. мед. ун-т, 2000. – 2с.
6. Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцева К.О. Лапароскопические методы герниопластики при лечении вентральных грыж // *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского.* – 2010. – Т 5, № 1. – С. 152.
7. Егеев В. Н. Опыт внутрибрюшной пластики вентральных грыж / В.Н. Егеев, А.Л. Соколов, В.С. Волкочедов, Н.А. Ермаков // *Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского.* – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 153.
8. Ballem N. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5 year recurrence rates / N. Ballem, R. Parikh, E. Berber, A. Siperstein // *Surg. Endosc.* – 2008. – Vol. 22. – P. 1935-1940.

Я.С.Березницький, Г.В.Астахов, С.М.Куриляк

Особенности хирургического лечения вентральных грыж из застосуванням малоінвазивних технологій

Проаналізовано досвід 12 лапароскопічних інтраабдомінальних аллопластик гризових воріт. Лапароскопічні операції у порівнянні з традиційними оперативними втручаннями мають ряд переваг: коротше ліжко-день, менш виражений післяопераційний біль, відсутні ускладнення з боку операційної рани.

Y.Bereznickiy, G.Astakhov, S.Kuriljak

Features of surgical treatment of ventral hernias with the use of minimally invasive techniques

The experience of twelve laparoscopic intra-abdominal hernia alloplasty is presented. Laparoscopic surgery, compared to open surgical interventions have a number of advantages: shorter hospital stay, less marked postoperative pain, no wound complications.

Keywords: ventral hernia, intra-abdominal laparoscopic hernioalloplasty

Поступила в редакцию 30.08.2013