

© В.В. ГРУБНИК, Р.С. ПАРФЕНТЬЄВ, АСКЕРОВ ЄЛМАР, К.О. ВОРОТИНЦЕВА

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня

Нові методи лапароскопічної герніопластики вентральних гриж

V.V. HRUBNYK, R.S. PARFENTIEV, ASKEROV YELMAR, K.O. VOROTYNTSEVA

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

MODERN ASPECTS OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY OF VENTRAL HERNIA

Проаналізовано результати 179 операцій із приводу вентральних гриж із застосуванням сітчастих трансплантатів, виконаних за період 2003–2009 рр. в обласній клінічній лікарні. Було проведено рандомізоване дослідження з розподілом усіх пацієнтів на 2 групи. Лапароскопічну герніопластику виконано 86 хворим, відкритий метод герніопластики – 93 пацієнтам. При виконанні лапароскопічної герніопластики застосовували три методи операції. Найбільш перспективні результати серед лапароскопічних методів показав третій метод герніопластики, що пояснюється попереднім зближенням і зшиванням країв грижового дефекту та прямих м'язів живота.

There were analyzed the results of 179 surgeries on ventral hernias with an application of reticular transplants, that were performed during 2003 – 2009 in Odessa Regional Clinical Hospital. There was conducted the randomized study, distributing all patients into 2 groups. Laparoscopic hernioplasty was performed in 86 patients, open method of hernioplasty – in 93 patients. At performing of laparoscopic hernioplasty we applied three methods of surgery. The most perspective results among laparoscopic methods showed the third method of hernioplasty, that accounts for suturing of sides of the hernia defect and the stomach rectus.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. На сьогодні при лікуванні вентральних гриж почали застосовувати сітчасті трансплантати, що дозволило знизити частоту рецидивів з 15–30 до 3–5 % [1, 2,], водночас із застосуванням трансплантатів почали розробляти нові методи лікування вентральних гриж [2, 5].

Матеріали і методи. За період з 2003 до 2009 рр. у клініці було виконано 179 операцій із приводу вентральних гриж із застосуванням сітчастих трансплантатів. Було проведено рандомізоване дослідження з розподілом усіх пацієнтів на дві групи. Лапароскопічну герніопластику виконано 86 пацієнтам (група I), відкритий метод герніопластики – 93 пацієнтам (група II).

Пацієнти обох груп статистично суттєво не відрізнялись за віковим складом, індексом маси тіла (ІМТ), наявністю супутньої патології, локалізацією, розмірами та площею грижового дефекту (табл. 1).

Усі лапароскопічні операції виконували за відпрацьованою в клініці методикою: у боці грижового випинання вводили три троакари, лапароскоп вводили через 10-міліметровий троакар, інструмен-

тарій через два 5-міліметрових троакари. Зрошення між парієтальною очеревиною та органами очеревини розрізали за допомогою ножиць. Після цього виділяли грижовий дефект.

При виконанні лапароскопічної герніопластики ми застосовували три методи операції.

Перший метод був виконаний 17 пацієнтам, він полягає у такому: спочатку виділяли грижовий дефект, після чого виконували накладання простого синтетичного протеза ПТФЕ фірми “Gore-Tex” з боку очеревинної порожнини, з подальшою фіксацією сітки герніостеплером до передньої черевної стінки.

Другий метод був виконаний 29 пацієнтам, він полягає у такому: виконували розріз та відсепарування парієтальної очеревини, далі у передочеревинний простір встановлювали поліпропіленовий експлантат, потім його фіксували герніостеплером до м'язів передньої черевної стінки. Далі за допомогою накладання обвивального шва відновлювали цілісність очеревини.

Третій метод був виконаний 40 пацієнтам із застосуванням композитних сіток американської фірми “Ethicon” та французької фірми “Sofradim” зі спеціальним покриттям, яке припиняє зрошення сітчас-

Таблиця 1. Порівняння лапароскопічної та відкритої герніопластики

Характеристики герніопластики	Лапароскопічна герніопластика (n=86)	Відкрита герніопластика (n=93)
Середній вік	56,4±6,2	57,5±8,6
Види гриж:		
- пупкова	29	31
- параумбілікальна	17	20
- вентральна	40	42
ІМТ (кг/м ²)	32,5±3,8	29,4±4,5
Рецидивні грижі	41 %	42 %
Середня тривалість операції (хв)	114 хв (від 30 до 240)	130 хв (від 65 до 280)
Кількість днів перебування в стаціонарі	3,9±1,8	11,6±3,2
Рецидиви	1,4 %	3,2%
Середній час повернення до фізичної праці	15 днів (від 10 до 23)	28 днів (від 20 до 35)

того трансплантата з органами черевної порожнини. Даний метод полягав у тому, що спочатку зближували краї грижового дефекту, застосовуючи спеціальну голку для проведення лігатур. Після цього вводили композитну сітку в черевну порожнину, по краях сітку підшивали до передньої черевної стінки за допомогою спіральних металевих фіксаторів. Важливо те, що сітка повністю закривала грижовий дефект, відступаючи від лінії швів на 3–4 см.

При виконанні лапаротомної герніопластики у всіх 93 пацієнтів використовували поліпропіленову сітку фірми "Ethicon". У першій групі 46 пацієнтам сітку фіксували до м'язово-апоневрозних тканин способом "on lay", а в другій групі 47 пацієнтам сітку встановлювали під м'язи, способом "sub lay".

Результати досліджень та їх обговорення.

Найкращі результати були отримані у пацієнтів першої групи, це пояснюється меншою кількістю ускладнень. У першій групі сероми склали 5,8 %, а в другій групі – 8,6 %. Загоєння рани частіше зустрі-

чались у пацієнтів другої групи (9,6 %). У лапароскопічній групі в одного пацієнта була виконана конверсія. У 8 пацієнтів (8,6 %) мав місце тривалий парез кишечника (більше 2-х діб). Після лапароскопічної операції пацієнти першої групи перебували у стаціонарі 3,9 дня (від 3 до 6 діб) та вже через 5–7 діб могли повернутися до нормального способу життя, а ще через 15–20 днів змогли виконувати прості фізичні навантаження. Ускладнення з боку системи дихання частіше зустрічались у другій групі пацієнтів. Середня тривалість перебування в стаціонарі другої групи пацієнтів склала 11,6 дня (від 6 до 22 діб), а до звичайних фізичних навантажень пацієнти змогли повернутися тільки через 1,5 місяця після операції. Дані про ускладнення після лапароскопічної та відкритої герніопластик представлено в таблиці 2.

Частота рецидивів після лапароскопічної герніопластики (4,3 %), за даними авторів [4], у 3 рази менша, ніж після відкритої (12,1 %) [5]. За нашими даними, частота рецидивів вентральних гриж після

Таблиця 2. Ускладнення після герніопластики

Ускладнення	Лапароскопічна герніопластика	Відкрита герніопластика
Загоєння рани	2 (2,3 %)	9 (9,6 %)
Гематоми, сероми у рані	5 (5,8 %)	8 (8,6 %)
Внутрішньоочеревинні кровотечі	–	1 (1,1 %)
Конверсія	1 (1,2 %)	–
Легеневі ускладнення:	–	1 (1,1 %)
- тромбоемболія	1 (1,2 %)	2 (2,2 %)
- пневмонія	–	1 (1,1 %)
- плеврит	–	1 (1,1 %)
Тривалий парез кишечника	2 (2,3 %)	8 (8,6 %)

лапароскопічної герніопластики становить 2,3 % та після відкритої герніопластики – 2,2 %. Низький відсоток рецидивів пояснюється коротким періодом спостереження за пацієнтами (від 3 до 6 місяців).

Повідомлення багатьох хірургів демонструють, що при використанні лапароскопічних методів частота ранових інфекцій зменшується майже в 10 разів та, за нашими даними, складає 1,5 %, це пов'язано з відсутністю великих розмірів розрізів, гематом у підшкірній клітковині, які утворюються при видаленні грижового мішка.

Незважаючи на те, що наші дані та дані інших авторів демонструють значні переваги лапароскопічних методів, не у всіх випадках адекватним є застосування лапароскопічних методів [4]. Важливим є розмір грижового дефекту, тому для лікування великих та гігантських гриж необхідно використовувати лапаротомні методи герніопластики.

В іноземній літературі [2] наводяться повідомлення про застосування тільки одного методу “tension free” – пластика без натягнення. Ми використовували метод зближення країв грижового дефекту з подальшим зшиванням його за допомогою

трансфасціальних швів, після чого ушитий грижовий дефект покривався зсередини черевної порожнини композитною сіткою “Proceed” американської фірми “Ethicon”. При застосуванні даного методу лапароскопічної герніопластики використовуються сітки значно менших розмірів, що суттєво зменшує вартість операції. Важливо також те, що при зближенні країв грижового дефекту відбувається відновлення анатомічної та фізіологічної цілісності м'язів черевного преса.

Висновки. Лапароскопічні операції асоціюються з меншою кількістю ускладнень у післяопераційному періоді, коротким періодом перебування в стаціонарі та низькою частотою рецидивів порівняно з відкритими операціями. Найбільш перспективні результати серед лапароскопічних методів показав третій метод герніопластики, що пояснюється попереднім зближенням та зшиванням країв грижового дефекту та прямих м'язів живота. Однак потрібні подальші дослідження для отримання кращих результатів під час герніопластики та в післяопераційному періоді.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Laparoscopic ventral hernia repair is safe and cost effective / G. Beldi, R. Ipaktchi, M. Wagner [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2006. – № 20. – С. 92–95.
2. Laparoscopic ventral hernia repair: a systematic review / Clarabelle T. Pham, Caryn L. Perera, D. Scott Watkin, Guy J. Maddern // *Surg. Endosc.* – 2009. – № 23. – Р. 4–15.
3. A prospective study comparing the complication rates between laparoscopic and open ventral hernia repairs / J. M. McGreevy, P. P. Goodney, C. M. Birkmeyer [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2003. – № 17. – Р. 1778–1780.
4. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5 year recurrence rates / Naveen Ballem, Rikesh Parikh, Eren Berber, Alan Siperstein // *Surg. Endosc.* – 2008. – № 22. – Р. 1935–1940.
5. Pooled data analysis of laparoscopic vs. open ventral hernia repair: 14 years of patient data accrual / Richard A. Pierce, Jennifer A. Spitler, Margaret M. Frisella [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2007. – № 21. – Р. 378–386.

Отримано 08.09.09