

А.Ю. НЕКРАСОВ¹, С.А. КАСУМЬЯН¹, А.К. ВОРОНЦОВ²,
А.В. СЕРГЕЕВ³, А.А. БЕЗАЛТЫННЫХ¹

НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»¹,

МУЗ ГБ №1², г. Брянск,

ОГБУЗ «КБСМП»³, г. Смоленск,

Российская Федерация

Цель. Сравнить результаты применения различных методов ненатяжной герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы. Проведен анализ 93 протезирующих герниопластик послеоперационных грыж, выполненных с 2005 по 2010 гг. В контрольной группе 46 (49,4%) пациентам герниопластика была выполнена открытым способом «sub lay» и «on lay». В основной группе 47 (50,6%) пациентам произведена лапароскопическая герниопластика. Использовали полипропиленовую сетку фирмы «Линтекс». Для изучения качества жизни был использован опросник SF-36.

Результаты. Меньшее количество послеоперационных осложнений наблюдалось после лапароскопической герниопластики. При анализе качества жизни достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья наблюдались у пациентов после лапароскопической герниопластики.

Заключение. Лапароскопическая герниопластика является эффективным и безопасным методом коррекции наружных грыж живота. Преимуществами эндоскопической герниопластики являются малая травматичность, быстрая медицинская и социальная реабилитация пациентов.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика, герниопластика, послеоперационная грыжа

Objectives. To compare the results of various methods of non-stretching hernioplasty application at the postoperative ventral hernias.

Methods. The analysis of 93 prosthesis hernioplasty of the postoperative hernias performed at the period of 2005–2010 is carried out. In the control group 46 patients (49, 4%) underwent hernioplasty carried out by an open technique “sub lay” and “onlay”. In the main group 47 patients (50,6%) underwent laparoscopic hernioplasty. The polypropylene mesh of the firm “Lintex” was used. The inquire SF-36 was used to investigate the life quality.

Results. Fewer complications were observed after laparoscopic hernioplasty. While analyzing the life quality, reliably higher summed indicators of physical and psychic health components were seen in the patients after laparoscopic hernioplasty.

Conclusions. Laparoscopic hernioplasty is an effective and safe method of the external abdominal hernias correction. The advantage of the endoscopic hernioplasty is its less traumatic character as well as fast medical and social rehabilitation of patients.

Keywords: laparoscopic hernioplasty, hernioplasty, postoperative hernia

Введение

С ежегодным увеличением количества хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости растет и число пациентов с послеоперационными и рецидивными грыжами [1, 2]. По статистическим данным, от 2 до 15% процентов всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж [3, 4, 5].

Основными причинами большого количества рецидивов является выраженное натяже-

ние тканей передней брюшной стенки, высокое внутрибрюшное давление, приводящее к нарушению микроциркуляции по линии шва, а также гнойные послеоперационные раневые осложнения. Аутопластические методы не всегда позволяют устранить обширный грыжевой дефект, а также из-за возникновения респираторно-циркуляторных расстройств в раннем послеоперационном периоде вследствие повышения внутрибрюшного давления [6, 7, 8].

В последнее десятилетие для закрытия дефектов брюшной стенки при послеоперационных

вентральных грыжах стали широко использовать синтетические материалы, что позволило гарантировать благоприятный исход операции, улучшить качество жизни в отдаленные сроки. Использование синтетических материалов с применением ненатяжных способов пластики позволило сократить количество рецидивов до 3–10%. Способы применения трансплантатов различны: в край дефекта в области грыжевых ворот, к апоневрозу со стороны брюшины, между тканевыми элементами [9, 10, 11].

В последние годы бурно развивается лапароскопическая хирургия, в связи с чем открываются новые возможности в лечении пациентов с послеоперационными грыжами. Появление лапароскопии привело к рождению методик внутрибрюшной фиксации протеза с помощью лапароскопической техники, что позволило практически полностью нивелировать раневые осложнения, сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре [12]. Нерешенными остаются вопросы оптимальной тактики лечения пациентов в отношении выбора лапароскопического или открытого доступа; выбора способа самой герниопластики [8, 10, 13].

Во многих клиниках чаще всего используют композитные сетки с покрытием, которое препятствует адгезии сетки к органам брюшной полости, чаще это сетки Proseed и Sofradim. Однако цены на эти сетки достаточно высоки [11, 13].

В настоящее время сохраняются нерешенные вопросы лапароскопической герниопластики: рациональный выбор эксплантата, методика размещения и фиксации эндопротеза, проблема отграничения эксплантата от органов брюшной полости, определение показаний и противопоказаний к данному виду пластики. Поэтому хирургическое лечение вентральных грыж остается актуальным в настоящее время и требует дальнейшего изучения.

Цель. Сравнить результаты применения различных методов ненатяжной герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы

Проведен анализ 93 протезирующих герниопластик послеоперационных грыж выполненных с 2005 по 2010 гг. При выполнении работы мы использовали классификацию SWR [14]: S – локализация (срединная грыжа (M), боковая (L) и сочетанная (ML)); W – ширина грыжевых во-

рот (W1 – до 5 см, W2 – от 5 до 10 см, W3 – от 10 до 15 см, W4 – более 15 см); R – наличие рецидива и кратность его возникновения (R1, R2, R3 и т.д.). По классификации SWR пациенты были распределены следующим образом: по локализации M – 68 (73,1%) пациентов, L – 25 (26,9%) пациентов; по ширине грыжевых ворот – W2 – 39 (41,9%) пациентов, W3 – 54 (58,1%) пациентов; по частоте рецидива – R1 – 19 (20,4%) больных, R2 – 8 (8,6%) пациентов. Среди пациентов мужчин было 29 (31,2%), женщин – 64 (68,8%). Средний возраст пролеченных составил $51 \pm 4,1$ лет.

В контрольной группе 46 (49,4%) пациентам герниопластика была выполнена открытым способом. В основной группе 47 (50,6%) пациентам произведена лапароскопическая герниопластика.

По возрастному составу, индексу массы тела, наличию сопутствующей патологии, локализации, размеров и площади грыжевого дефекта обе группы пациентов статистически существенно не отличались.

При выполнении лапаротомных методов герниопластики у всех пациентов использовали полипропиленовую сетку фирмы «Линтекс». При этом сетку фиксировали полипропиленовой нитью к апоневрозу способом «on lay» 12 (26,1%) пациентам, 34 (73,9%) пациентам способом «sub lay».

Выполнение лапароскопической герниопластики проводилось по следующей методике: вводился 10 мм троакары с лапароскопом, после осмотра проводили два 5 мм троакара на противоположной стороне от грыжи для введения инструментария. Выполняли адгезиолизис и выделяли грыжевые ворота. Далее выполняли отсепаровку париетальной брюшины, после чего в предбрюшинном пространстве устанавливался полипропиленовый эксплантат «Линтекс». Сетчатый имплантат подшивался при помощи иглы Endoclose к передней брюшной стенке изнутри с завязыванием узлов над апоневрозом, расстояние между швами не более 2 см. Использовали не рассасывающуюся монофиламентную нить 1/0. Потом с помощью наложения непрерывного шва над сеткой восстанавливали целостность брюшины.

Для изучения результатов операций и качества жизни был разослан по почте опросник SF-36. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Количественно оцениваются следую-

щие показатели:

1) General Health (GH) – общее состояние здоровья.

2) Physical Functioning (PF) – физическое функционирование.

3) Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование.

4) Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

5) Social Functioning (SF) – социальное функционирование.

6) Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

7) Vitality (VT) – жизнеспособность.

8) Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья.

Всего было проанализировано 93 анкеты в сроки от 8 месяцев до 5 лет после операции.

Хранение результатов исследования и первичная обработка материала проводились в оригинальной базе данных Microsoft Excel 2000. При анализе материала рассчитывались средние величины (M), их стандартные ошибки (m), стандартные отклонения (SD) и 95% доверительный интервал. Так как большинство выборок подчинялось нормальному закону распределения, с целью унификации данные представлены в виде $M \pm m$.

Результаты и обсуждение

В контрольной группе пациентам выполнена лапаротомная герниопластика. По классификации SWR: M – 34 (73,9%) пациентов, L – 12 (26%) пациентов; W2 – 19 (41,3%) пациентов, W3 – 27 (58,7%) пациентов; R1 – 10 (21,7%) пациентов, R2 – 4 (8,6%) пациентов. Среди пациентов мужчин было 16 (34,8%), женщин – 30 (65,2%).

В основной группе пациентам произведена лапароскопическая герниопластика. По классификации SWR: M – 34 (72,3%) пациентов, L – 13 (27,7%) пациентов; W2 – 20 (42,5%) пациентов, W3 – 27 (57,53%) пациентов; R1 – 9 (19,1%) больных, R2 – 4 (8,5%) пациентов. Среди пациентов мужчин было 13 (27,6%), женщин – 34 (72,3%).

При сравнительной оценке динамики клинических показателей у пациентов контрольной группы, перенесших лапаротомную герниопластику, отмечается более медленная их норма-

лизация.

Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопической герниопластики в среднем составила $4,5 \pm 0,9$ суток, после открытой герниопластики боли в области послеоперационной раны сохранялись $6,7 \pm 1,1$ суток ($p < 0,05$).

В основной группе отмечалась более ранняя активизация пациентов на $0,9 \pm 0,2$ сутки после операции, и более поздняя после открытой герниопластики на $1,6 \pm 0,3$ сутки ($p < 0,05$). В наибольшей степени это связано с различием в оперативном доступе и связанным с этим различием в объеме операционной травмы.

Продолжительность лапароскопической герниопластики составила в среднем $67,2 \pm 3,3$ мин. Средняя продолжительность лапаротомной герниопластики $74,7 \pm 3,7$ мин ($p < 0,05$).

Летальных исходов в обеих группах не было.

Продолжительность госпитализации составила в среднем $6,4 \pm 0,9$ суток после лапароскопической герниопластики и $8,7 \pm 1,1$ суток после лапаротомной герниопластики ($p < 0,05$).

В контрольной группе послеоперационные осложнения выявлены у 7 (15,2%) пациентов. Серома выявлена у 5 (10,8%) пациентов, им проводилось пункционное лечение данного осложнения. У одного пациента (2,2%) возник инфильтрат послеоперационной раны, по поводу чего проводилась антибиотикотерапия и магнитотерапия. Также у одного пациента (2,2%) отмечено нагноение послеоперационной раны, после комплексного лечения наступило заживление (сетку не удаляли).

В основной группе послеоперационные осложнения выявлены у 2 (4,2%) пациентов – инфильтрат в области сетки. После проведения физиотерапии наступило выздоровление.

Сравнивая количество и тяжесть послеоперационных осложнений у пациентов контрольной и основной групп, необходимо отметить, что меньшее количество осложнений и меньшую их тяжесть наблюдали после лапароскопической герниопластики.

После лапаротомной герниопластики выявлен рецидив у одной (2,1%) пациентки через один год и 2 месяца. Ей проведена повторная герниопластика. Рецидивов вентральных грыж после лапароскопической герниопластики не отмечено.

Сравнительные результаты изучения качества жизни с использованием опросника SF-36 представлены в таблице.

Таблица

Оценка качества жизни по опроснику SF-36 после герниопластики (M±m)

Показатель	Лапаротомная герниопластика, n=46	Лапароскопическая герниопластика, n=47
PF	72,6 ± 4,6	85,3 ± 4,8*
RP	71,6 ± 3,1	81,2 ± 5,6
BP	67,4 ± 3,6	85,2 ± 4,2*
GH	69,1 ± 2,6	79,1 ± 3,2*
VT	67,2 ± 2,8	86,2 ± 3,1*
SF	38,2 ± 2,6	46,6 ± 2,5*
RE	69,5 ± 3,8	78,8 ± 4,8
MH	70,5 ± 2,4	85,4 ± 5,9*

Примечание: * - p<0,05.

При анализе полученных результатов обращает на себя внимание достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического показателей здоровья у пациентов после лапароскопической герниопластики (p<0,05).

Полученные результаты подтверждают минимальную травматичность эндовидеохирургического подхода к выполнению герниопластик и демонстрируют снижение частоты развития послеоперационных осложнений на 11% по сравнению с аналогичными результатами у пациентов, оперированных посредством лапаротомного оперативного доступа.

Таким образом, на основании анализа результатов проведенных исследований, мы можем констатировать, что эндовидеохирургическая герниопластика послеоперационных вентральных грыж обладает большей клинической эффективностью по сравнению с операциями, выполненными из лапаротомного доступа, а также имеет ряд существенных медико-экономических и социальных преимуществ.

Выводы

1. Лапароскопическая герниопластика является эффективным и безопасным методом коррекции наружных грыж живота.

2. При анализе качества жизни с помощью опросника SF-36 достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья наблюдались у пациентов после лапароскопической герниопластики.

3. Преимуществами эндоскопической герниопластики является малая травматичность, быстрая медицинская и социальная реабилитация пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деметрашвили, З. М. Лечение послеоперационных

вентральных грыж / З. М. Деметрашвили, Р. Д. Магалашвили, Г. В. Лобжанидзе // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 44-46.

2. Bower, C. Complications of laparoscopic incisional-ventral herniarepair: the experience of a single institution / C. Bower, C. Reade, L. Kirby // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18. – P. 672-675.

3. Егиев, В. Н. Современное состояние и перспективы герниологии / В. Н. Егиев // Герниология. – 2006. – № 2. – С. 5-11.

4. Тимошин, А. Д. Стационарзамещающие технологии в хирургии грыж / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов // Герниология. – 2007. – № 3. – С. 8-11.

5. McGreevy, J. M. Aprospective study comparing the complication ratesbetween laparoscopic and open ventral hernia repairs / J. M. McGreevy, P. P. Goodney, C. M. Birkmeyer // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17. – P. 1778-1780.

6. Белоконев, В. И. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей / В. И. Белоконев, З. В. Ковалева, В. А. Вавилов // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 42-47.

7. Beldi, G. Laparoscopic ventral hernia repair is safe and costeffective / G. Beldi, R. Ipaktchi, M. Wagner // Surg. Endoscopy. – 2006. – Vol. 20. – P. 92-95.

8. Clarabelle, T. Laparoscopic ventral hernia repair: asystematic review / T. Clarabelle, Pham, L. Caryn // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 23. – P. 4-15.

9. Ильченко, Ф. Н. Лапароскопическая герниопластика при послеоперационных грыжах брюшной стенки / Ф. Н. Ильченко, М. М. Сербул // Герниология. – 2004. – № 3. – С. 24-25.

10. Особенности лечения больных с большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / В. П. Сажин [и др.] // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 11-14.

11. Moore, M. Outcomes of the fascial component separation technique with synthetic mesh reinforcement for repair of complex ventral incisional hernias in the morbidly obese / M. Moore, T. Bax, M. MacFarlane // Am. J. Surg. – 2008. – Vol. 207, N 5. – P. 663-669.

12. Langer, C. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience / C. Langer, A. Schaper, T. Liersch // Hernia. – 2005. – Vol. 9, N 1. – P. 16-21.

13. Naveen, B. Laparoscopic versus open ventral herniarepairs: 5 year recurrence rates / B. Naveen, P. Rikesh, B. Eren // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22. –P. 1935-1940.

14. Chevrel, J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J. P. Chevrel, A. M. Rath // Hernia. – 2000. – Vol. 4. – P. 7-11.

Адрес для корреспонденции

214019, Российская Федерация,
г. Смоленск, ул. Крупской, 28,
ГОУ ВПО «Смоленская медицинская
академия», кафедра госпитальной хирургии,
тел. моб.: +7 910 710-84-27,
e-mail: alex.nekrasov2010@yandex.ru,
Некрасов А. Ю.

Поступила 9.02.2011 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**7 октября 2011 года в г. Гродно пройдет научно-практическая конференция
«ЛАЗЕРНАЯ И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНЕ»**

К участию приглашаются специалисты в области лазерной и фотодинамической терапии.

Конференция ставит целью обсуждение актуальных проблем, связанных с применением в клинической практике современных методов лазерной и фотодинамической терапии

Официальные языки конференции: русский и английский.

В рамках конференции запланировано проведение выставки медицинских препаратов и оборудования.

Желающие участвовать в конференции направляют материалы и заполненную заявку в оргкомитет до 30 мая 2011 года.

Материалы, представленные в указанный срок и оформленные соответственно представленным требованиям, будут опубликованы в сборнике научных работ. *Оргкомитет оставляет за собой право на принятие решения об их публикации.*

Место проведения конференции: г. Гродно, ул. Горького, 80

Адрес оргкомитета: 230009, УО «Гродненский государственный медицинский университет» ул. Горького, 80, г. Гродно, Республика Беларусь

Контакты: Смотрин Сергей Михайлович

Тел.: +375 29 781-00-78 (моб.) 8 0152 50-05-64 (раб.)

e-mail: S.Smotrin @ mail.ru

Меламед Владимир Дмитриевич

Тел.: +375 29 781-15-54

Дополнительная информация на сайте: www.grsmu.by