

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЫБОРЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹Чистяков Д.Б., ^{1,2}Мовчан К.Н., ¹Яценко А.С.

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, e-mail: dimdok@rambler.ru;

²СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Послеоперационные грыжи устранены у 291 пациента. В 12 случаях больные оперированы по поводу посттромакарных грыж. Лапароскопически герниопластика осуществлялась в 57 случаях, открытым способом (традиционно) - в 234 наблюдениях. Без использования синтетических протезов, укрепляющих "слабые" места передней брюшной стенки, традиционные методики герниопластики выполнены 86 пациенту. Открытые операции с использованием аллопластических материалов осуществлены 148 пациентам с послеоперационной грыжей. Пока, эндовидеохирургические технологии в лечении послеоперационных грыж используются не часто. Результаты лечения больных послеоперационными грыжами посредством модернизированной методики лапароскопической герниопластики позволяют считать, что в специализированных учреждениях, устранение этих патологических состояний оказывается, несомненно, эффективным без каких-либо специфических осложнений. Послеоперационные вентральные грыжи целесообразно устранять, используя протезирующие технологии герниопластики с преимущественным выполнением, при отсутствии противопоказаний, лапароскопических ее вариантов.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи живота, герниопластика.

THE QUESTION OF DIFFERENTIAL SELECTION OF MODERN TECHNOLOGIES HERNIOPLASTY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

¹ Chistyakov D.B., ^{1,2} Movchan K.N., ¹ Yaschenko A.C.

¹SBEE HPE, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, e-mail: dimdok@rambler.ru;

²St.-Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Medical Information and Analytical Center», St.-Petersburg

Postoperative hernia removed from 291 patients. In 12 cases, patients operated on for hernia posttrocakares. Laparoscopic hernia repair was performed in 57 cases, open way (traditional) - in 234 cases. Without the use of synthetic prostheses, strengthening the "weak" places the anterior abdominal wall, traditional techniques hernia repair performed 86 patients. Open surgery using alloplastic materials made of 148 patients with postoperative hernia. So far, endovideosurgical technology in the treatment of post-operative hernias are not used often. Results of treatment of patients with postoperative hernias through laparoscopic hernia repair technique modernized suggest that the specialized agencies, the elimination of these pathological conditions is undoubtedly effective without any specific complications. Postoperative ventral hernia is expedient to eliminate using prosthetic hernia repair techniques with primary fulfillment, in the absence of contraindications, laparoscopic its variants.

Keywords: postoperative hernia abdominal, hernia repair.

Ежегодно в России проводится свыше 100 тыс. операций по поводу послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ), частота которых составляет 22 - 26% среди всех наружных грыж живота [5]. Больные с ПОВГ – постоянный контингент хирургических стационаров. За последние 25 лет наблюдается тенденция к увеличению числа случаев ПОВГ в общей структуре хирургической патологии, в связи с возрастающей хирургической активностью при лечении больных заболеваниями и повреждениями органов брюшной

полости[5]. В целом, за этот период, частота верификации ПОВГ возросла в 9 раз и более[5]. В большинстве случаев (более 70%) пациенты, страдающие ПОВГ – люди с выраженной сопутствующей патологией и избыточной массой тела[2]. Повторные хирургические вмешательства, выполняемые по поводу грыж живота, сложны и не предотвращают возможности рецидивов заболевания[5]. Частота формирования рецидивов вентральных грыж после лапаротомии составляет 3-13%, а в случаях ожирения она достигает значения 28% [10]. Основными причинами, способствующими формированию грыж, после лапаротомии оказываются: объем хирургической травмы брюшной стенки и осуществление его в скомпрометированных областях, при лапаротомном доступе, нагноение операционных ран, выполнение хирургических вмешательств на фоне сахарного диабета, анемии, ожирения, возникновение ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде. Присутствие нескольких факторов значительно увеличивает риск формирования ПОВГ [15]. Большинство авторов обращает внимание, на то, что формирование ПОВГ зависит от характера рубцово-дегенеративных изменений тканей в зоне дефекта тканей брюшной стенки [4], от снижения биоэлектрической ее активности мышц [4], а так же от выраженности нарушения кровообращения в зоне ранее осуществленной лапаротомии [4].

Для устранения ПОВГ используется более 300 методов пластических операций [13]. Вместе с тем рецидивы грыж после герниопластики возникают в 28% случаев, а показатели летальности при этом достигают 3% [10].

Обилие предложений использовать новые способы грыжесечений [1], с одной стороны безусловно, свидетельствуют о неудовлетворённости хирургов результатами лечения пациентов с ПОВГ [6], с другой – о продолжающемся поиске путей улучшения результатов герниопластики [2]. Для повышения эффективности хирургического лечения ПОВГ, по мнению ряда исследователей [2], необходим целенаправленный выбор способа пластики брюшной стенки. Возможность рецидива заболевания во многом предопределяется негативными последствиями хирургического лечения, пути профилактики которых, еще окончательно не выяснены [8]. В современной герниологии перспективы связываются с использованием приёмов, способствующих уменьшению нагрузки на основную линию швов [2]. Особые надежды связываются с применением трансплантатов с пролангированным антимикробным действием [6]. Разрабатываются так же композитные материалы для герниопластики с новыми, заданными свойствами [1]. Большинство авторов в настоящее время, при устранении ПОВГ, признается целесообразность применения синтетических эндопротезных материалов [11]. Вместе с тем, на фоне снижения частоты случаев рецидивов грыж, после герниопластики с применением аллопротезов отмечается

увеличение частоты послеоперационных осложнений – от 20,9 до 67% [4]. Кроме того, после имплантации в брюшную стенку сетчатых протезов, почти в 15% случаев, пациенты вынуждены постоянно принимать обезболивающие препараты по причине болевого синдрома в отдаленном периоде после герниопластики [4].

Важную роль в профилактике образования ПОВГ играет выбор доступа, используемого при лапаротомии [9]. В настоящее время, обращается внимание на необходимость и возможность (за счет минидоступов с применением ранорасширителей оригинальных конструкций) уменьшения длины разреза брюшной стенки экономным и бережным отношением к ее тканям [7].

Принципиально, устранение ПОВГ осуществляется посредством двухвидов пластики брюшной стенки: 1) собственными тканями (наиболее распространено создание апоневротических и мышечно-апоневротических дубликатур), и по показаниям, применяется ушивание грыжевых ворот край в край [3]; 2) с использованием дополнительных материалов. Отдалённые результаты применения этих методов пластики варьируют в широких пределах. В частности, случаи рецидивов грыж констатируются в 4,5 - 6,4% наблюдений [8]. В последние десятилетия в герниологии лидирующие позиции занимает аллопластика [10].

При использовании в хирургии вентральных грыж эндоскопической техники послеоперационные осложнения сохраняются в 1% - 8,5% случаев [12]. Кроме того, при лапароскопических операциях возможно формирование такого специфического вида грыж живота, как послеоперационные троакарные грыжи (ПОТГ), о чем впервые в 1968 году сообщил R. Fear [16].

Осложнения, обусловленные использованием троакаров, при эндовидеохирургических вмешательствах происходят приблизительно в 1% - 6% случаев [14]. Случаи формирования ПОТГ констатируется в 0,23 % случаев в местах установки 10 мм порта, в 1,9 % случаев при использовании 12 мм порта и в 6,3% случаев на участке введения 20 мм. порта. У пациентов, страдающих ожирением, эти показатели увеличиваются до 12 % [14]. Таким образом, несмотря на малоинвазивность современных технологий герниопластики, проблемы при её применении в случаях устранения послеоперационных грыж сохраняются. Несформулированы так же чёткие показания и противопоказания к ненатяжным методам герниопластики с использованием синтетических имплантатов. Недостаточно изучено влияние синтетического протеза на тканевой иммунитет в зоне операционной раны. Остаётся нерешённой проблема борьбы с продукцией серозно-геморрагической жидкости в ответ на внедрение инородного тела в ткани пациента. Не изучены возможности использования современных методов диагностики состояния слоев передней брюшной стенки.

Неопределенными остаются критерии оптимальной тактики ведения пациентов на дооперационном этапе и в послеоперационном периоде. Эти спорные проблемы и нерешенные задачи побуждают к поиску путей улучшения результатов лечения больных ПОВГ с учетом современного уровня знаний о данной патологии.

Материалы и методы. В медицинских организаций (МО) Санкт-Петербурга – базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского С-ЗГМУ им. И.И. Мечникова (СПБ ГБУЗ "Городская Александровская больница" (ГАБ); СПБ ГБУЗ "Городская клиническая больница № 31" (ГКБ №31) и др.) с 2007 года по 2014 гг. прооперирован 291 пациент с ПОВГ (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных ПОВГ с учетом МО, где им проводилось лечение и технологий выполнения операций

| Технологии выполнения операции | Число больных, оперированных в | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | в ГАБ (2007-2011 гг.) | в ГКБ № 31 ГЦСХТ (2011-2014 гг.) | в других ЛПУ (2011-2014гг.) | всего с учетом технологий |
| Традиционные | 92 | 142 | 0 | 234 |
| ЭВХ | 0 | 41 | 16 | 57 |
| Всего | 92 | 183 | 16 | 291 |

Пациенты госпитализировались планово, пройдя стандартный порядок амбулаторного обследования перед операцией, для чего осуществлялись: общеклинические анализы крови и мочи; биохимический анализ крови; коагулограмма; исследование крови на наличие маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфицирования, сифилиса; электрокардиография; рентгенологическое исследование легких; осмотр терапевта. В стационаре (при необходимости) больным проводились: УЗИ, спирометрия, ФГДС и др. По показаниям, состояние пациентов оценивалось специалистами смежных дисциплин, т.к. у 207(71%) больных выявлены сопутствующие хронические заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, ожирение, пиелонефрит, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей и др.). Пациентам с ПОВГ, ранее неоднократно перенесшим лапаротомию, выполнялась КТ брюшной полости с целенаправленной оценкой состояния передней брюшной стенки и выраженности спаечного процесса. Осуществлялось это, прежде всего, для определения наиболее рационального выбора наименее травматичного метода гениопластики. При принятии решения о планируемой хирургической технологии стремились, как правило, склоняться в пользу ЭВХ вмешательств, при выполнении которых

необходимо учитывать состояние зон для постановки первого троакара в области брюшной полости, свободной от сращений и спаек. При вправимых грыжах, превышающих в диаметре 10 см, пациенты в течение 1-й - 2-х недель до операции осуществляли тренинги бандажом и соблюдали диету. Большинство больных составили женщины – 204 (70%). Возраст пациентов колебался от 25 до 75 лет (в среднем 45,3±3,2 лет). В 233 случаях (80%) размеры грыжевых ворот не превышали 5 см. от 5 до 10 см – 58 наблюдений (20%). Как правило, герниопластика осуществлялась под внутривенным или эндотрахеальным наркозом. Местное обезболивание использовалось лишь в тех редких случаях, когда осуществление общей анестезии было противопоказанным (у пациентов старшей возрастной группы и с множественной сопутствующей патологией других органов и систем в стадии декомпенсации).

Посредством лапаротомии операции выполнены у 234 чел (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных ПОВГ с учетом технологий их устранения

| Технологии устранения ПОВГ | Число наблюдений |
|----------------------------|------------------|
| Традиционные | 234 |
| без протезирования | 86 |
| по Сапежко | 47 |
| по Мейо | 39 |
| с протезированием | 148 |
| onlay | 76 |
| inlay | 41 |
| sublay | 31 |
| Лапароскопические | 57 |
| Всего | 291 |

Без использования синтетических протезов, укрепляющих "слабые" места передней брюшной стенки, традиционные методики герниопластики выполнены 86 пациенту (операция по Сапежко – 47, по Мейо – 39). Открытые операции с использованием аллопластических материалов осуществлены 148 пациентам с ПОВГ. Имплантация сетчатых протезов проводилась методами: «sublay» (у 31 пациента), «inlay» (в 41 случае), «onlay» (76 пациентам). Частое использование метода «onlay» по причине краткосрочности выполнения данной операции по сравнению с другими протезирующими методиками. В случаях, когда размеры грыжевых ворот, превышали 5 см, при традиционной технологии герниопластики, послеоперационная рана активно дренировалась через отдельные апертуры.

Лапароскопически, ПОВГ устранены у 57 пациентов. Среди них 12 больных оперированы диагнозом ПОТГ, выявленных в разные сроки (от 1 года до 3 лет) после проведения лапароскопической холецистэктомии.

После освоения современных технологий эндовидеохирургической герниопластики (с 2011 года) частота выполнения ЭВХ – операций существенно выросла (табл.3)

Таблица 3

Распределение больных ПОВГ по годам наблюдения с учетом технологии хирургического лечения

| Годы наблюдения | Число больных оперированных | |
|---------------------------|-----------------------------|-----|
| | традиционно | ЭВХ |
| 2007 | 12 | - |
| 2008 | 19 | - |
| 2009 | 22 | - |
| 2010 | 14 | - |
| 2011 | 70 | - |
| 2012 | 38 | 16 |
| 2013 | 30 | 19 |
| 2014 | 29 | 16 |
| Всего с учетом технологии | 234 | 57 |
| Всего | 291 | |

В ходе освоения лапароскопической герниопластики её технология нами несколько модернизирована. В частности, при выполнении ЭВХ герниопластики (57 случаев) использовали общее обезболивание и придавали пациенту положение "лежа на боку", чаще, – на правом. Доступ в брюшную полость осуществлялся преимущественно в левом мезогастррии, по средней или передней подмышечной линии. В 90% случаев использовались три троакара (один – для ввода лапароскопа и два других – для манипуляционных инструментов). Этапы собственно операции включали: обзорную лапароскопию с оценкой состояния органов брюшной полости, содержимого грыжевого мешка, размеров грыжевых ворот и возможности выполнения лапароскопической герниопластики. В случаях выявления в полости брюшины сращений посредством коагуляции выполнялся адгезиолизис. Сращения между петлями кишки устраняли острым путем в "холодном режиме" (без использования различных видов энергии). Экстракцию грыжевого содержимого, в том числе и при неврвправимых грыжах, всегда удавалось осуществить без дополнительного рассечения грыжевых ворот. Выделение грыжевого мешка и ворот проводилось последовательным разделением спаек. Размеры грыжевых ворот определялись в условиях пневмоперитонеума методом диафаноскопии – через кожные покровы брюшной стенки (у больных при отсутствии ожирения) или со стороны брюшной полости (при выраженной подкожной клетчатке). Иногда грыжевой мешок использовался для перитонизации зоны операции. При больших размерах грыжевой мешок резецировался, а при затруднении его мобилизации из рубцов и сращений – выделялся не полностью. Грыжевые ворота более 1 см в диаметре перед установкой сетчатого протеза ушивались трансабдоминально, используя иглу для шва троакарных ран. Для надежного сопоставления краев аппоневроза в момент затягивания узла внутрибрюшное давление снижалось до 4-6 мм.рт.ст. Сетчатый протез при герниопластике устанавливался интраперитонеально или экстраабдоминально

(предбрюшинно, преперитонеально). Площадь протеза, устанавливаемого в брюшную стенку для ее укрепления, каждый раз определялась интраоперационно, а сам имплантат выкраивался так, чтобы при фиксации, его края отступали на 3 – 5 см от края грыжевых ворот. В случаях проведения преперитонеальной пластики, вместе с грыжевым мешком, предварительно рассекался и выделялся париетальный листок брюшины. Париетальная брюшина рассекалась параллельно белой линии живота (на расстоянии 3 – 4 см от ее края), по линии расположения предбрюшинной клетчатки. В случаях выполнения интраперитонеальной герниопластики использовался композитный сетчатый протез при установке которого перитонизации не требовалось. В таких случаях протез обладает низкими адгезивными свойствами, с минимальной вероятностью развития спаечного процесса при контакте с органами брюшной полости. Сетчатый протез фиксировался по периметру грыжевого дефекта посредством многоугольного герниостеплера или спиралевидного фиксатора. В случаях предбрюшинной установки протеза после фиксации к тканям брюшной стенки осуществлялась его перитонизация отсепарованным ранее листком париетальной брюшины или участком грыжевого мешка. Брюшина ушивалась посредством герниостеплера или посредством ручного шва. По завершении операции троакары удалялись, дефекты в апоневрозе в области установки троакаров ушивались если их размеры превышали более 5мм.

Результаты и их обсуждение. Эффективность лечения пациентов оценивали по длительности операции, частоте развития осложнений, срокам реабилитации пациентов, частоте случаев возврата заболевания (табл. 3).

Таблица 3

Цифровые показатели эффективности герниопластики при ПОВГ с учетом метода выполнения операции

| Критерии оценки результатов | Количественные показатели критериев оценки при герниопластике | | |
|--|---|-----------------------|---------------|
| | лапароскопической | традиционной | |
| | | без протезирования БС | протезирующей |
| Количество операций | 57 | 86 | 148 |
| Средняя длительность операции (мин.) | 56,2± 0,01 | 55,1±0,03 | 80,4± 0,02 |
| Длительность стац. лечения (к/д) | 2-3 | 7-9 | 7-9 |
| Продолжительность восстановления полной физической активности (в днях) | 14 | 45 | 45 |
| Случаи осложнений (%) | 2 | 1 | 19 |
| Случаи рецидивов (%) | - | 15 | - |

Выполнение лапароскопической герниопластики в среднем осуществлялось $56 \pm 0,03$ минут. При традиционной герниопластике время операции колебалось от 30 мин до 2 часов (в среднем – $1,3 \pm 0,02$ часа). Интраоперационных осложнений не было. После традиционной герниопластики дренажи из зоны операционной раны удалялись на 3-4 сутки. Во всех случаях больным проводилась превентивная антибактериальная терапия. Для обезболивания применялись нестероидные противовоспалительные препараты (наркотические анальгетики не использовались). После ЭВХ-герниопластик необходимости в обезболивании не было начиная со 2-х суток послеоперационного периода, а после хирургических вмешательств, выполняемых традиционно, обезболивание осуществлялось в течение 4-5 суток.

Среднее время пребывания на койко-месте при выполнении ЭВХ герниопластики составило 3 дня (при традиционном устранении грыж – 8 дней). В послеоперационном периоде при традиционных протезирующих герниопластиках пациенты, подвергшиеся устранению ПОВГ, пользовались бандажом в течение 3 месяцев (при непротезирующих 6 месяцев), после лапароскопических операций – до 1,5-2 месяцев.

Самые низкие показатели частоты послеоперационных осложнений констатируются у больных, у которых герниопластика осуществлялась традиционно без протезирования (2,5%), а самые высокие – при протезирующей герниопластике, осуществляемой традиционно (15,2%). Тем не менее, характер осложнений оказался схожим (табл.4).

Таблица 4

Распределение осложнений при различных методах герниопластики

| Осложнения | Число осложнений при герниопластике | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------|
| | лапароскопической | традиционной | |
| | | без протезирования | протезирующей |
| количество операций | 57 | 86 | 148 |
| ранняя тонкокишечная непроходимость | - | 1 | - |
| повреждение тонкой кишки | 1 | - | 1 |
| инфицирование раны | - | - | 1 |
| серомы и гематомы | 1 | - | 17 |
| Всего | 2 | 1 | 19 |

Несмотря на превентивное дренирование послеоперационной раны у 17 пациентов, оперированных традиционно с протезированием, наблюдались серомы, которые удалялись пункционно (1 - 4 раза). После ЭВХ-герниопластики серома констатирована у 1 пациента, у которого это осложнение устранено консервативным лечением.

Ранняя послеоперационная тонкокишечная непроходимость диагностирована на 3-е сутки после операции и только у больного, оперированного традиционными технологиями

без протезирования. Во время выполнения релапаротомии выявлены "двухстволки" тонкой кишки в зоне вскрытия брюшной полости. Осуществлено разделение сращений, проведены санация и дренирование брюшной полости. Срок лечения пациентов в стационаре составил 9 суток. Повреждения тонкой кишки выявлены при релапароскопии, предпринятой на основании признаков неблагополучия в животе в первые сутки послеоперационного периода у пациентов, перенесших протезирующую герниопластику (в 1-м случае после ЭВХ операции, в другом – после традиционной). При лапаротомии дефекты в кишках ушиты, протезы удалены, выполнены санация и дренирование брюшной полости. Больные выписаны из стационара через 8-9 суток пребывания в нем. Инфицирование послеоперационной раны отмечено у пациента, перенесшего традиционную протезирующую операцию. Пациенту потребовалась госпитализация и иссечение инфицированной части протеза, после чего наступило заживление вторичным натяжением.

После операций признаков синдрома абдоминального компартмента не отмечено ни в одном наблюдении, что, вероятно, обуславливалось его профилактикой на этапе обследования и лечения пациентов.

За 7-ми летний период наблюдений в группах пациентов, перенесших протезирующую герниопластику, случаев рецидивов заболевания не было. В группе оперированных традиционно без имплантации протеза в БС рецидив грыж констатирован в 15 наблюдениях. Операции по устранению рецидивов заболевания выполнялись в форме протезирующей методики, как правило, с применением ЭВХ-технологий (традиционно – при наличии противопоказаний к ЭВХ-вмешательствам).

Применение сетчатых протезов с установкой их подапонеуротически – патогенетически обоснованная технология герниопластики. При данной технике выполнения операции каркас передней БС укрепляется, в результате своеобразного наращивания структур соединительнотканного происхождения с формированием «ковровоподобного» рубца в пределах площади внедряемого имплантата. Расположение сетчатого протеза подапонеуротически оправданно с точки зрения биофизики и биомеханики, так как внутрибрюшному давлению противодействует участок передней БС, защищенный протезом и сформированным на его основе «ковровым» рубцом. Внутрибрюшное давление при этом равномерно распределяется по всей площади сетчатого имплантата, что препятствует формированию рецидива грыжи в зоне проведенной операции.

Модернизация используемой методики ЭВХ-герниопластики при положении пациента "на боку" с введением троакаров по подмышечным линиям позволяет без каких-либо технических сложностей максимально отдалить места введения инструментов от зоны выполнения операции. При этом ЭВХ- вмешательство (при неукоснительном соблюдении

общих правил) осуществляется в привычном режиме. Важный момент операции – постановка в брюшную полость первого порта, с целью исключения возможности травмы органов живота. Рациональное использование париетальной брюшины и грыжевого мешка при устранении ПОВГ обеспечивает перитонизацию протеза. Собственная ткань, покрывающая имплантат, является лучшей профилактикой спайкообразования. Вместе с тем, использование композитных материалов интраабдоминально и крепление их спиралевидным фиксатором облегчает работу хирурга и сокращает продолжительность хирургического вмешательства.

Имплантация протезов предбрюшинно с последующей перитонизацией при устранении ПОВГ – непростая операция. Рубцово-спаечные изменения после ранее перенесенных хирургических вмешательств, деформируют как саму брюшную стенку, так и обуславливают формирование сращений внутри брюшной полости. Во время операции возникает необходимость адгезиолизиса, для доступа к непосредственной зоне пластики БС. Разделение сращений между органами брюшной полости должно выполняться тщательно и осторожно, исключая возможность повреждения органов живота. В этом отношении использование прядей сальника с целью профилактики контакта петель кишок с не композитными имплантатами (при их установке для укрепления БС и при отсутствии возможности их перитонизации) оказывается целесообразным. Для облегчения этого этапа операции целесообразно осуществлять редукцию внутрибрюшного давления.

Так, как при ЭВХ-технологии устранения ПОВГ нет традиционного разреза, и, как следствие, нет входных ворот для инфекции непосредственно в зоне операции, то существенно уменьшается вероятность ее инфицирования. Кроме того, малая травматичность ЭВХ операций и отсутствие выраженного болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде способствует ранней активизации пациентов уже в день операции.

Несмотря на все достоинства технологии ЭВХ-герниопластики показания и противопоказания к её выполнению при ПОВГ продолжают оставаться предметом дискуссий. В частности, т.к. в большинстве случаев пациенты с ПОВГ – люди, страдающие сопутствующей патологией, то им необходимо проводить всесторонние обследования в предоперационном периоде для определения возможности проведения операции под общим эндотрахеальным наркозом. Вторым важным условием для выполнения ЭВХ-герниопластики является оценка риска создания повышенного внутрибрюшного давления при выполнении лапароскопических операций, что может пагубно отражаться на состоянии больных, страдающих сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Выполнение операций при сниженном (до 6-8 мм.рт.ст.) внутрибрюшном давлении

возможно, однако на этом фоне затрудняется процесс выполнения этапов хирургического пособия и, как следствие, – увеличивается длительность оперативного вмешательства. Важными условиями успешного выполнения ЭВХ-герниопластики оказываются квалификация и опыт хирурга. У больных с ПОВГ, после ранее перенесенных операций технические условия для проведения ЭВХ-герниопластики несколько хуже, чем в случаях первичных грыж, что обуславливается рубцово-спаечными изменениями в брюшной стенке и в полости брюшины. Особо важной задачей является определение зоны постановки первого троакара в месте отсутствия сращений. До настоящего момента нет достоверных методов, с помощью которых можно с уверенностью определить местов БС свободное от сращений, но очевидно, что выполнение и целенаправленная интерпретация данных КТ в предоперационном периоде облегчает данную задачу. В процессе выполнения ЭВХ-адгезиолизиса для создания доступа к непосредственной зоне пластики БС при неуверенности оператора в отсутствии повреждения полых органов, а так же хирургам не имеющим достаточного опыта выполнения ЭВХ операций следует выполнять конверсию для выполнения традиционной открытой операции. Ранее при обсуждении показаний к ЭВХ-герниопластике определяющим моментом считались размеры грыжевых ворот и грыжевого выпячивания. Считаем важным отметить не параметрические данные, а наличие выраженных сращений в брюшной полости, состояние грыжевого содержимого и степень плотности конгломерата тканей. При созданных параметрах пневмоперитонеума до 10-12 мм.рт.ст. тракция содержимого грыжевого мешка в брюшную полость изнутри ЭВХ-зажимами при надавливании рукой хирурга снаружи на брюшную стенку в области выпячивания (на фоне максимального расслабления миорелаксантами мускулатуры), оказывается возможным осуществить без дополнительного рассечения апоневроза.

Анализ причин формирования ПОТГ после выполненной лапароскопической холецистэктомии позволяет считать, что подобные грыжи чаще всего возникают в околопупочной области в месте извлечения препарата (желчного пузыря с конкрементами) из брюшной полости. Используемая хирургами методика извлечения препарата путем увеличения площади повреждения передней брюшной стенки в зоне наибольшего удаления от костных структур (пупочная и околопупочная область), при отсутствии превентивного ушивания рассеченного апоневроза троакарной раны обуславливает увеличение риска образования послеоперационных троакарных грыж. Поэтому мы считаем, что лучшей профилактикой образования ПОТГ может быть извлечение препарата в эпигастрии с ушиванием апоневроза в зоне троакарной раны.

Заключение. Результаты лечения больных ПОВГ позволяют считать, что при надлежащем техническом оснащении, отработанной методике ЭВХ-герниопластики,

выполнении её квалифицированными специалистами, лапароскопические операции при этом патологическом состоянии, оказываются эффективными и безопасными. При устранении ПОВГ в специализированных учреждениях предпочтение целесообразно отдавать протезирующим технологиям герниопластики, а при отсутствии противопоказаний к применению ЭВХ-вмешательств, – лапароскопическим вариантам ее выполнения.

Список литературы

1. Абасов Б.Х. Герниопластика огромных рецидивных вентральных грыж по способу / Б.Х. Абасов, Дж. Н.Гаджиев // Материалы конф. "Современные технологии в общей хирургии" (г. Москва, 26-27 декабря, 2001). -М., 2001. - С.79.
2. Белоконев В.И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева и соавт. – Самара: Перспектива серия «Трудные вопросы хирургии», 2005. – 208с.
3. Гогия Б.Ш. Герниопластика с применением сетчатых имплантатов и без них у больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов // Материалы конф. «Актуальные вопросы герниологии». -М., 2002. —С. 13.
4. Гусейнов А.А. Сравнительная оценка результатов лечения паховых грыж методами натяжной и ненатяжной герниопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.
5. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота [Текст] /В.В. Жебровский – МИА. – 2005. – 384 с.
6. Майстренко Н.А. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и пути профилактики / Н.А. Майстренко, А.Н. Ткаченко //Вестн. хирургии. — 1998. № 1. - С. 130-135.
7. Прудков М.И. Основы минимально инвазивной хирургии / М.И. Прудков. Екатеринбург, 2007. - 63 с.
8. Рубинов М.А. Сравнительная оценка вживления некоторых сетчатых эксплантатов для герниопластики при различных вариантах имплантации / М.А. Рубинов, В.А. Козлов, Л.П. Истранов // Материалы конф. «Актуальные вопросы герниологии»,- М., 2002. С. 52-53.
9. Семенов Г.М. Хирургический шов./Г.М. Семенов, В.Л. Петришин, М.В. Ковшова-СПб: Питер, 2013.-256 с.

10. Тимошин А.Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки [Текст] / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.И. Шестаков // Герниология. - 2004. - №1.- С. 5-10.
11. Федоров И.В. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция [Текст] / И.В. Фёдоров, А.Н. Чугунов // Герниология. – 2004. - №2.- С. 45-52.
12. Хлебников Е.П., Кубышкин В.А. Антибиотикопрофилактика инфекции области хирургического вмешательства в плановой абдоминальной хирургии // Русский медицинский журнал. Хирургия, урология. - 2003. - том 11. - № 24(196). - С. 1348-1353.
13. Arenal JJ.Hernias of the abdominal wall over the age of 70 years/Arenal JJ, Rodriguez-Vielba P, Gallo E, Tinoco C.// Eur J Surg.- 2002.-168:460-463
14. Di Lorenzo N, Coscarella G, Lirosi F, Gaspari A (2002) Port-site closure: a new problem, an old device JSLS 6(2): 181-3
15. Israelsson L.A. The surgeon as a risk-factor for complications of midline incisions [Text] / L.A. Israelsson // Eur J Surg. – 1998. – Vol.164. – P. 353-359.
16. Fear R.E. Laparoscopy: a valuable aid in gynecologic diagnosis / Fear R.E. // Obstet Gynecol. – 1968. – №31. – P. 297–309.

Рецензенты:

Ткаченко А.Н., д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург;

Прошина Л. Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой морфологии человека ИМО НовГУ, г. Великий Новгород.