

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ: КОГДА, КАК, ПОЧЕМУ?

ГОГИЯ Б.Ш., АЛЯУТДИНОВ Р.Р.

НИИМЦ хирургии им. А.В. Вишневецкого, Москва

dr.rif@mail.ru

Во всем мире грыжесечение по поводу паховой грыжи является одной из наиболее частых операций, выполняемых более чем 20 миллионам человек в год. Хирургическое лечение в большинстве случаев является успешным, но рецидивы требуют повторных операций в 10–15% случаев после традиционной методики пластики пахового канала. В настоящее время лечение паховой грыжи не стандартизировано. Использование эндопротезов для пластики пахового канала началось в начале 60-х годов прошлого века, первоначально только у пожилых пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Достигнутые благоприятные долгосрочные результаты впоследствии способствовали применению эндопротеза у более молодых пациентов. В настоящее время большинство хирургов в мире предпочитают использование эндопротеза у больных грыжами брюшной стенки. Несмотря на то, что было разработано множество различных методик герниопластики, техника Лихтенштейна в XXI веке по-прежнему остается самой популярной, что обусловлено одинаковыми хорошими результатами во многих хирургических центрах. Частота рецидива после герниопластики по Лихтенштейну варьирует от 1% в специализированных отделениях до 3% – в неспециализированных.

Принцип пластики по Лихтенштейну заключается в имплантации сетчатого эндопротеза под апоневроз наружной косой мышцы живота. Сетчатый эндопротез фиксируется к паховой связке, к апоневрозу над лобковой костью и к соединённому сухожилию внутренней косой мышцы живота.

Материалы и методы. С 1998 по 2017 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневецкого по поводу паховых грыж выполнена 821 операция с пластикой пахового канала по Лихтенштейну. Мужчин было 752 (91,6%), женщин – 69 (8,4%). Подавляющее большинство пациентов были среднего и пожилого возраста – 541 (65,9%). Правосторонняя паховая грыжа была у 427 (52,0%) пациентов, левосторонняя – у 384 (46,8%), а двухсторонняя – у 10 (1,2%). В 509 (62,0%) случаях грыжи были косые, в 263 (32,0%) – прямые и в 49 (6,0%) – сочетание косых и прямых.

Операции в подавляющем большинстве наблюдений выполнены под местной анестезией – у 674 пациентов (82,1%), под спинальной анестезией – у 24 (3,0%) и под общей – у 123 (15%). При этих операциях легкие сетчатые эндопротезы использованы в 132 (16%) случаях, а в 689 (84%) – стандартные.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде отмечали серому у больных с пахово-мошоночными грыжами в 14 (1,7%) случа-

ях, ликвидированы пункционно. В 4 (0,5%) наблюдениях отмечали поверхностное нагноение раны, в 7 (0,85%) – отек семенного канатика и яичка, в 19 (2,3%) – экхимозы и в 6 (0,73%) – острую задержку мочи. Отторжений эндопротеза не было. В отдаленные сроки (от 6 месяцев до 16 лет) рецидива грыжи не наблюдали. Все больные остались довольными результатами операции.

Заключение. Методика герниопластики по Лихтенштейну безопасна, легко выполнима и обеспечивает отличные результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СЕПАРАЦИОННЫХ ПЛАСТИК ПРИ СРЕДИННЫХ ГРЫЖАХ

ЕГИЕВ В.Н., КУЛИЕВ С.А., ЕВСЮКОВА И.В.

Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва
irinaevsyukova1984@mail.ru

Актуальность. Послеоперационная вентральная грыжа развивается у 20% пациентов, перенесших лапаротомию. До 80% пациентов нуждаются в оперативном лечении. До 11% пациентов имеют ширину грыжевых ворот более 15 см, и выбор хирургической тактики для таких пациентов представляет трудности. Целью исследования является оценить характер осложнений у пациентов после передней и задней сепарационной пластики.

Материалы и методы. В период с января 2015 г. по январь 2017 г. в герниологическом центре ГКБ №1, на кафедре хирургии и онкологии ФПК МР МИ РУДН, 91 пациенту выполнено оперативное лечение. Пациенты разделены на 2 группы. Первая группа (51 пациент) выполнено грыжесечение, задняя сепарационная пластика. Второй группе (40 пациентов) выполнено грыжесечение, передняя сепарационная пластика.

Результаты. Пациенты по возрасту, полу и сопутствующей патологии не имели существенных различий. Многие исследуемые пациенты имели различные сопутствующие заболевания, среди них чаще всего наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы. Исследуемые пациенты в обеих группах имели крайне высокий риск развития тромбоза глубоких вен. В первой группе площадь грыжевого дефекта составила $209,9 \pm 67,6 \text{ см}^2$, используемый сетчатый эндопротез $755,6 \pm 191,2 \text{ см}^2$, длительность операции $185,9 \pm 45,3$ мин. Во второй группе площадь грыжевого дефекта составила $204,7 \pm 91,8 \text{ см}^2$, используемый сетчатый эндопротез $552,5 \pm 110,3 \text{ см}^2$, длительность операции $134,75 \pm 53,5$ мин. ВБД как до, так и после операции имело схожие параметры в обеих группах. Длительность госпитализации одинакова в обеих группах: $8,1 \pm 2,6$ дней и $8,2 \pm 3,1$ дней соответственно.

У пациентов, перенесших переднюю сепарационную пластику, в соответствии с классификацией Clavien-Dindo: осложнения I степени – 14 больных (35%), осложнения II степени – 5 (12,5%), осложнения III степени – 4 (10%), осложнения IV степени – 0, осложнения

У степени — 1 (2,5%). Летальный исход — 1, в связи с развитием в раннем послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома. Поздние осложнения: серома — 13 (32,5%), гипостезия — 4 (10%). За время наблюдения, который составил $23,5 \pm 7,5$ мес., данных за рецидив нет. У пациентов, перенесших заднюю сепарационную пластику, в соответствии с классификацией Clavien-Dindo: осложнения I степени — 7 больных (13,7%), осложнения II степени — 6 (11,8%), осложнения IIIa степени — 1 (1,96%), IIIb степени — 4 (7,8%), осложнения IV степени — 1 (1,96%), осложнения V степени — 1 (1,96%). Летальный исход — 1, в связи с развитием в раннем послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома. Поздние осложнения: серома — 1 (1,96%), данное осложнение потребовало частичное удаление сетчатого имплантата, гипостезия — 3 (5,9%). Рецидив — 1 (1,96%). Период наблюдения $22,8 \pm 6,1$ мес.

Выводы. Различий по количеству общих осложнений в группах не отмечено. Количество местных осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших переднюю сепарационную пластику, встречается чаще. В обеих группах отмечено по 1 летальному исходу. Рецидив — 1 (1,96%), у пациента после задней сепарационной пластики.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ И ДЕФИЦИТА ТКАНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

ЕРМОЛОВ А.С., АЛЕКСЕЕВ А.К., БЛАГОВЕСТНОВ Д.А.,
КОРОШВИЛИ В.Т.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра общей и неотложной хирургии, Москва
vadimkorshvili@yandex.ru

Актуальность: в данной публикации представлен 15-летний опыт кафедры неотложной и общей хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО в лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) и в разработке современных алгоритмов диагностики и хирургической тактики при данной патологии.

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения у больных средними и гигантскими ПОВГ.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 472 пациентов, мужчин и женщин от 32 до 84 лет, оперированных в 2002–2017 гг. с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Диагноз устанавливался при помощи клинично-anamnestических и инструментальных методов исследования (ультразвукового метода исследования брюшной стенки, мультиспиральной компьютерной томографии — (рентгенкомпьютерной гернио-абдоминометрии (РКГАМ)). Согласно классификации европейского общества герниологов, все грыжи относились к категории средних и гигантских ПОВГ — площадь грыжевых ворот варьировала от 5 до 30 см², а относительный объем грыжи при РКГАМ варьировал от 10% до 32%. Реконструктивная пластика выполнялась

в подавляющем большинстве — у 389 (82,4%) пациентов с частичным натяжением тканей и возможным повышением внутрибрюшного давления (ВБД — интраабдоминальная гипертензия 1 степени). У 83 (17,6%) пациентов выполнена коррекция передней брюшной стенки (ненатяжная пластика) с моделированием объема брюшной полости под контролем внутрибрюшного давления. Из них 79 пациентам этой группы выполнялась коррекция передней брюшной стенки по стандартной методике «submuscular — inlay». При дефиците тканей передней брюшной стенки у 4 пациентов использовали модифицированную нами оригинальную методику корригирующей пластики передней брюшной стенки (№ заявки на изобретение 2018105012). Перед операцией у этих больных уровень внутрибрюшного давления (ВБД) от 3 до 8 мм.рт.ст. Далее интраоперационно выполнялся мониторинг с измерением оксигенации крови, сопротивления давления в дыхательном контуре наркозного аппарата, частоты пульса, а также уровень ВБД. Моделирование брюшной полости выполнялось с использованием показателей заданного диастаза (расстояние между мышечно-апоневротическими элементами) с увеличением ВБД не более чем на 2–3 мм рт. ст. В конце операции уровень ВБД варьировал от 7 до 10 мм. рт. ст., а заданный диастаз — от 6 см до 17 см.

Результаты. Ближайший послеоперационный период при корригирующей пластике по методике «submuscular-inlay»: раневые осложнения выявлены в двух наблюдениях, в одном инфильтрат, в другом — серома, эти осложнения не потребовали повторного хирургического вмешательства. При реконструктивной пластике осложнений не выявлено. При всех использованных методиках дренажные системы удалялись на 3–5 сутки. Обезболивание в послеоперационном периоде проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (наркотические препараты не применялись). Ранняя активизация пациентов в первые сутки после операции. Средний койко-день составил 14. УЗИ и КТ-контроль пластики перед выпиской и через 6–12 месяцев — передняя брюшная стенка без дефектов. В итоге, при успешности моделирования в отдаленном послеоперационном периоде (срок наблюдения — 15 лет) количество рецидивов при реконструкции передней брюшной стенки — 1 (0,26%), при корригирующей пластике по методике «submuscular — inlay» — 2 (2,5%). При использовании модифицированной методики в условиях дефицита тканей рецидивов не выявлено.

Выводы: реконструктивная (натяжная) пластика брюшной стенки показана при средних ПОВГ и иногда у молодых пациентов до 40 лет при гигантских ПОВГ под контролем ВБД с восстановлением функции передней брюшной стенки. С целью исключения компартмент-синдрома корригирующая, или ненатяжная, пластика с применением сетчатых материалов и интраоперационным моделированием объема брюшной полости должна выполняться под контролем показателей ВБД. Это позволяет избежать осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.