УДК: 616.381-007.43-089:616.381-072.1.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шербеков Улугбек Ахрарович, Сайинаев Фаррух Карроматович
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ЛАПАРОСКОПИК ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКАНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шербеков Улугбек Ахрарович, Сайинаев Фаррух Карроматович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC HERNIOALLOPLASTICS IN VENTRAL HERNIA

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Sherbekov Ulugbek Akhrarovich, Sayinaev Farrukh Karomatovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sherbekov.ulugbek@sammi.uz

Резюме. *Вентрал чурраси бўлган 14 беморда лапароскопик герниоаллопластика натижалари келтирилган: - киндик чурраси (6), параумбиликал чурра (2), қориннинг оқ чизиғи чурраси (6). Кузатувларни барчасида P_0. Чурралар дарвозасининг кенглиги бўйича W1-6, W2-4, W3-4. Таққослаш гуруҳи 57 та беморни ташкил этди ва очиқ усул билан операция қилинган беморлар клиник жиҳатига кўра таққосланди. Асосий гуруҳда операция давомийлиги, операциядан кейинги асоратлар, касалхонада ётиш муддати ва реабилитатсия пасайганлиги қайд қилинди.*

Калит сўзлари: *лапароскопия, аллогерниопластика.*

Abstract: *The results of laparoscopic hernioalloplasty in 14 patients with ventral hernias are presented: - umbilical (6), paraumbilical (2), white line of the abdomen (6). In all observations R_0. The width of the hernial orifice is W1-6, W2-4, W3-4. The comparison group consisted of 57 patients, clinically comparable, operated on by the open method. In the main group, there was a decrease in the duration of surgery, postoperative complications, length of hospital stay and rehabilitation.*

Key words: *laparoscopy, allohernioplasty.*

Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах [2,11]. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки до настоящего времени не имеет альтернатив, а применение сетчатых протезов позволило снизить частоту рецидивов с 15-30% до 3-5% [3, 6, 10].

Вместе с тем, 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 мес. [1, 8].

Перспективы в хирургии грыж открывает малоинвазивная лапароскопическая техника, которая открывает новые возможности в лечении пациентов с вентральными грыжами. Появились методики внутрибрюшной фиксации протеза, позволяющей практически полностью нивелировать раневые осложнения, сократить сроки лечения [4, 5, 7, 9, 12].

В настоящее время сохраняются нерешенные вопросы лапароскопической герниопластики: рациональный выбор имплантата, методика размещения и фиксации эндопротеза, проблема отграничения эксплантата от органов брюшной полости, определение показаний и противопоказаний к данному виду пластики [3, 6, 8].

Наше исследование посвящено изучению результатов эндовидеохирургической герниоаллопластики пациентов с вентральными грыжами.

Материал и методы. За период с 2019 по 2020 гг. 14 пациентам (5 мужчин, 9 женщин, средний возраст 54,4±6.2 лет) проведена лапароскопическая герниоаллопластика в хирургических отделениях клиники 1 СамГосМИ. Вентральные грыжи были у 6 пациентов по средней линии живота, пупочные – 6, параумбиликальные у 2 пациентов. 57 пациентов (21 мужчин и 36 женщин, средний возраст 56,5±8,6 лет) представляли группу сравнения, они были прооперированы открытым методом. Данные группы статистически существенно не отличались по индексу массы тела, наличию сопутствующей патологии, возрастному составу, локализации и размеров грыжевого дефекта.

По классификации SWR, разработанной J. Chevrel и A. Rath (1999) [9]: в основной группе во всех наблюдениях R0, по ширине грыжевых ворот W1-6, W2-4, W3-4.

Методы исследования соответствовали клиническим стандартам рекомендованным ВОЗ и МЗ РУз: - оценка общего состояния, выявление сопутствующих заболеваний и степень их компенсации; - общеклинические лабораторные исследования; - ультразвуковое исследование, по показаниям МСКТ, эндоскопические исследования.

Нами в клинической практике применен способ лапароскопической герниоаллопластики, который включает лапароскопическое введение импланта в брюшную полость предварительно прошитого лигатурами и фиксацию импланта к передней брюшной стенке внебрюшинно экстракорпорально. Для герниоаллопластики мы использовали композитные сетки фирмы Ethicon и Sofradim со специальным покрытием, которое предотвращает адгезию.

Сущность метода состоит в том, что больному с вентральной грыжей в условиях пневмоперитонеума в брюшную полость вводили 10 мм троакар для лапароскопа, устанавливали рабочие троакары в правой и левой половине передней брюшной стенки под визуальным лапароскопическим контролем. При этом для определения истинного размера грыжевого дефекта проводили лапароскопическую диафаноскопию. После определения краев грыжевых ворот готовили имплант размером, превышающим грыжевой дефект на 2-3 см по периметру. На края импланта накладывали лигатуры длиной 25-30 см. Затем имплант – сетку сворачивали в виде трубки и вводили в брюшную полость. Имплант в брюшной полости расправляли. По периметру грыжевых ворот делали надрезы кожи длиной 0,5 см, соответствующие количеству лигатур импланта. Под контролем лапароскопа при помощи скорняжной иглы через кожные проколы концы лигатур выводили из брюшной полости на переднюю брюшную стенку. Подтягивая за концы лигатур имплант под контролем лапароскопа подводили к передней брюшной стенке таким образом, чтобы он полностью закрывал грыжевой дефект. После ликвидации пневмоперитонеума лигатуры поочередно завязывали.

Результаты и обсуждение. Данный способ герниоаллопластики применен у 14 больных. В раннем послеоперационном периоде у всех больных заживление ран первичным натяжением, рецидивов грыжи в сроки наблюдения не отмечено, продолжительность дней нахождения в стационаре составила 3,9±1,8 дней. Во второй группе пациентов средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11,6±3,2 дней, рецидивы грыжи были у 2 пациентов (3,1%), серомы сформировались у 5 больных (8,7%).

Выводы. Таким образом, примененный нами лапароскопический способ значительно упрощает выполнение герниоаллопластики, повышает эффективность фиксации импланта, позволяет сократить время оперативного вмешательства, снизить количество послеоперационных осложнений, сокращает сроки лечения и реабилитации.

Литература:

1. Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцеваи К.О. Новый метод лапароскопической герниопластики послеоперационных вентральных грыж // ВІСНИК ВДНЗУ «Українска медична стомотологічна академія».— 2012. – Том.12, №3(39). — С. 130-134

2. Каштальян М. А. Использование биоматериала политетрафторэтилен в ходе лапароскопической аллогерниопластики вентральных грыж / Каштальян М. А., Шаповалов В. Ю. // Хірургія України. - 2011. -№3(39)-С.59.

3.Криворучко И.А., Сивожелезов А.В.,Тесленко С.Н., Чугай В.В. Лапароскопические пластики вентральных грыж//Сучасні медичні технології.- 2012. - №4. – С.30-32

4.Сейсембаев В.М., Мадьяров В.М., Медеубеко У.Ш., Сарсенбаев Е.Ж. Способ лапароскопической герниопластики вентральной грыжи//Медицина. —2014. — №5.- С. 12-15

5. Ahonen-Siirtola M., Rautio T., Ward J. Complications in Laparoscopic Versus Open Incisional Ventral Hernia Repair. A Retrospective Comparative Study // World Journal of Surgery. – 2015 – V.39(12). – P. 2872-2877.;

6. Ballem N. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs:5 year recurrence rates / Ballem N., Parikh R., Berber E., Siperstein A. // Surg Endosc. – 2008. – V. 22. – P. 1935–1940

7. Beldi G. Laparoscopic ventral hernia repair is safe and cost effective. / Beldi G., Ipaktchi R.,

Wagner M. [et al.] //Surg Endosc. – 2006. – V.20. – P. 92–95
8. Chelala E., Baraké H., Estievenart J. Long-term outcomes of 1326 laparoscopic incisional and ventral hernia repair with the routine suturing concept: a single institution experience // Hernia. – 2016. – V.20. – P. 101-110.]
9. Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – V.4. – P. 7-11.
10. Millikan K.W. Incisional hernia repair// Surg. Clin. North.Am. — 2003. — №83(5). – P.1223-1234.
11. Pierce R.A. Pooled data analysis of laparoscopic vs. openventral hernia repair:14 years of patient data accrual / PierceR.A., Spitler J.A., Frisella M.M., Matthews B.D. [et al.] // SurgEndosc. – 2007. – V. 21. – P. 378–386
12. Stetsko T., Bury K., Lubowiecka I. Safety and efficacy of a Ventralight ST echo ps implant for a laparoscopic ventral hernia repair - a prospective cohort study with a one-year follow-up // Polski przeglad chirurgiczny. – 2016. – V.88(1). – P. 7-14.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Сайинаев Ф.К.

Резюме. *Приведены результаты лапароскопической герниоаллопластики у 14 пациентов с вентральными грыжами: - умбиликальные (6), параумбиликальные (2), белой линии живота (6). Во всех наблюдениях R_0. По ширине грыжевых ворот W1-6, W2-4, W3-4. Группу сравнения составили 57 пациентов, сопоставимые по клинике, прооперированные открытым методом. В основной группе отмечено сокращение длительности операции, послеоперационных осложнений, сроков пребывания в стационаре и реабилитации.*

Ключевые слова: *лапароскопия, аллогерниопластика.*