

УДК 617.55-089.844

**М.Г. Гнатюк, Ю.П. Петрук, М.В. Лянскорунський, С.І. Райчук, С.Ю. Шевченко,
*В.Ю. Бодяка**

*Відділення хірургії (зав. – к.мед.н. М.Г. Гнатюк) Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницька область, *Кафедра онкології та радіології (зав. – проф. О.І. Іващук) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

СПОСІБ ПЛАСТИКИ СІТЧАСТИМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ

Резюме. В даній статті представлено запропонований спосіб пластики передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом з приводу післяопераційної вентральної грижі. За участю 46 пацієнтів клінічно доведено, що застосування запропонованого способу пластики передньої черевної стінки вірогідно зменшує тривалість даного етапу оперативного втручання, кількість післяопераційних ускладнень, знижує рівень внутрішньочеревного тиску та скорочує ліжко день, порівняно із загальновідомою технікою розташування сітчастого трансплантата – “Inlay”.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, сітчастий трансплантат.

Лікування післяопераційних вентральних гриж залишається одним із головних питань сучасної хірургії. Це обумовлено високою частотою виникнення даного ускладнення, особливо після ургентних оперативних втручань, незадовільними результатами хірургічного лікування, про що свідчить велика кількість рецидивів, які становлять від 10 до 45,5% [1-3].

Незадовільні результати лікування післяопераційних вентральних гриж сприяють росту великої кількості досліджень спрямованих на розробку нових методів пластики передньої черевної стінки та вдосконалення існуючих. Проте кожний із існуючих способів має певні недоліки, які безпосередньо впливають на результати лікування. Це значна травматизація тканин, порівняно більший час оперативного втручання, часте утворення гематом та сером, підвищення рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) в ранньому післяопераційному періоді [1, 3, 4].

Мета дослідження: розробити спосіб пластики передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом та клінічно обґрунтувати його ефективність.

Матеріали і методи. Нами запропоновано спосіб пластики передньої черевної стінки із використанням сітчастих трансплантатів (патент України № 75491 від 10.12.12 р.). Даний спосіб полягає у тому, що після висічення післяопераційного рубця шкіри, останню виокремлюють від грижового мішка та ділянки в межах прямих

м'язів живота. Виконують видалення грижового мішка та зшивання країв дефекту м'язово-апоневротичного шару шляхом поздовжнього розтину та виокремлення присередньої частини передньої пластинки піхви обох прямих м'язів живота, створюючи два паралельних клапти у вигляді трапеції, основи яких обернені до середини (рис. 1).

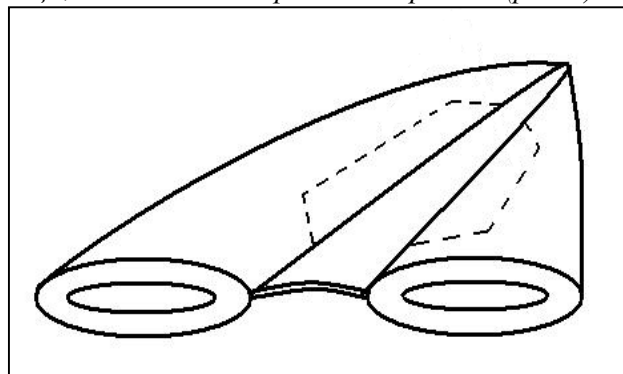


Рис. 1. Лінії розтину передніх пластинок піхв прямих м'язів живота

Завертаючи досередини вільні краї обох створених клаптів, з'єднують їх між собою за допомогою окремо вузлових швів. Поверх створених дефектів передніх пластинок піхв прямих м'язів живота розташовують сітчастий трансплантат та фіксують його до їх бічних країв окремо вузловими швами. Попередньо встановивши трубчасті дренажі в ділянку розташування сітчастого трансплантата, рану шкіри зшивають (рис. 2).

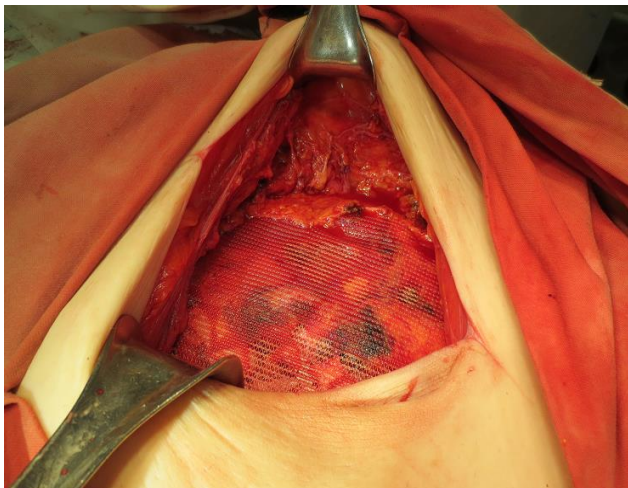


Рис. 2. Сітчастий трансплантат розташований на прямих м'язах живота та фіксований по периметру до бічних клаптів розсіченої передньої пластинки піхви обох прямих м'язів живота

З метою клінічного обґрунтування даного способу нами досліджено 46 хворих на післяопераційну вентральну грижу, які були розподілені на дві групи – порівняння та основну. Групу порівняння становило 18 осіб, яким було виконано пластику передньої черевної стінки, використовуючи загальновідомий спосіб розташування сітчастого трансплантата (техніка "Inlay"). Основну групу становило 28 пацієнтів, яким було виконано пластику передньої черевної згідно із запропонованим нами способом. Середній вік пацієнтів обох дослідних груп становив $53,745 \pm 1,155$ років. Обидві групи пацієнтів були репрезентативні за віком та статтю, а також у всіх випадках пластику передньої черевної стінки використовували проленовий сітчастий трансплантат.

Ефективність методу оцінювали за такими критеріями, як тривалість виконання пластики передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом, частота виникнення післяопераційних ускладнень, розвитку внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) в ранньому післяопераційному періоді, а також середній термін стаціонарного лікування.

Вимірювання рівня ВЧГ виконували через сечовий міхур, згідно із рекомендаціями Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії, використовуючи запропонований нами пристрій [5].

Для оцінки ступеня ВЧГ використовували класифікацію, яка була узгоджена на конференції Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії, згідно з якою при I ступені рівень ВЧГ становить 10-15 mmHg, при II ступені – 16-20 mmHg, при III ступені – 21-25 mmHg та при IV ступені – понад 25 mmHg [6].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотковими долями двох вибірок використовували критерій Фішера. Для порівняльного аналізу, при нормальному розподіленні незалежних груп застосовували критерій (t) Ст'юдента. Розбіжності отриманих результатів вважали статистично вірогідними при $p < 0,05$, що є загальноприйнятим у медико-біологічних дослідженнях, де p – рівень значущості.

Результати дослідження та їх обговорення.

Розташування сітчастого трансплантата безпосередньо на прямих м'язах живота сприяє порівняно швидкому утворенню сполучної тканини навколо нього, тим самим прискорює процес загоєння та значно знижує імовірність виникнення місцевих післяопераційних ускладнень, скорочує час оперативного втручання. Часткова заміна передніх пластинок піхв прямих м'язів живота на сітку призводить до зменшення рівня ВЧГ завдяки певному розтягненню передньої черевної стінки.

Середня тривалість виконання пластики передньої черевної стінки у пацієнтів групи порівняння становила $69,722 \pm 3,105$ хвилин, що в 1,84 раза ($p < 0,001$) перевищує показники основної групи ($37,536 \pm 1,282$ хвилин).

Післяопераційні ускладнення в групі порівняння спостерігалися у 4 (22,2%) пацієнтів. Це гематома в ділянці імплантації сітчастого трансплантата, яка мала місце у двох осіб, серома та нагноєння рани. В основній групі післяопераційні ускладнення відмічені у 5 (17,9%) пацієнтів. В чотирьох випадках мала місце серома та в одному – відчуття стороннього тіла.

У пацієнтів групи порівняння частота розвитку ВЧГ I ступеня становила 22,2% (4 особи), що на 31,6% ($p < 0,05$) менше ніж в основній – 53,6% (15 осіб). Різниця частоти ВЧГ II ступеня між обома групами пацієнтів невірогідна, проте у осіб групи порівняння вона вища. Частота розвитку ВЧГ III ступеня у пацієнтів групи порівняння становила 33,3% (6 осіб), а в основній – 10,7% (3 особи), що на 22,6% ($p < 0,05$) менше.

Середній термін стаціонарного лікування пацієнтів групи порівняння становив $11,722 \pm 0,647$ діб, а основної – $9,464 \pm 0,347$ діб. Летальних випадків в обох дослідних групах не було.

Отже, запропонований метод пластики передньої черевної стінки із використанням сітчастого трансплантата виявився порівняно ефективнішим, оскільки його використання зменшує три-

валість даного етапу оперативного втручання в 1,86 раза ($p < 0,001$), знижує кількість післяопераційних ускладнень – на 4,3% ($p < 0,05$), частоту розвитку ВЧГ III ступеня на 22,6% ($p < 0,05$) та скорочує ліжко день на 2,26 ($p < 0,01$) доби.

Висновок. Запропонований спосіб пластики передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом дає можливість порівняно швидко та надійно укріпити м'язово-апоневротичний

шар в ділянці грижового дефекту, а також знизити рівень ВЧТ у ранньому післяопераційному періоді.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому вважаємо за доцільне удосконалити запропонований спосіб пластики передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом у напрямку зниження рівня ВЧТ, а також запобігання розвитку місцевих післяопераційних ускладнень.

Список использованной литературы

1. Основные грыжесечения / [В.И. Ороховский, И. Гастингер, В.К. Гусак и др.]. – Ганновер-Донецк-Комтбус: МУНЦЭХ, КИТИС, 2000. – 236 с.
2. Miyauchi T. Repair of incisional hernia with prolene hernia system / T. Miyauchi, M. Ishikawa, Y. Tagami // J. Med. Invest. – 2003. – Vol. 50, № 1-2. – P. 108-111.
3. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж : монография / [В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева и др.]. – С. : Перспектива, 2005. – 183 с. – (Трудные вопросы практической хирургии).
4. Пашинський Я.М. Абдомінальний компрамент – синдром, як ускладнення в лікуванні серединних післяопераційних вентральних гриж / Я.М. Пашинський // Biomedical and Biosocial anthrology. – 2008. – № 10. – С. 25-29.
5. Патент України на корисну модель 61803, МПК А 61 В 5/03. Спосіб вимірювання внутрішньочеревного тиску / Іващук О.І., Бодяка В.Ю.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № и 2011 01361; заявл. 07.02.11; опубл. 25.07.11, Бюл. № 14.
6. Cheatham M.L. Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. II. Recommendations / M.L. Cheatham, M. Malbrain, A. Kirkpatrick // Intensive Care Med. – 2007. – Vol. 33, № 6. – P. 951-962.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Резюме. В данной статье представлено предложенный способ пластики передней брюшной стенки сетчатым трансплантатом при вентральной послеоперационной грыже. При участии 46 пациентов клинически применение предложенного способа пластики передней брюшной стенки достоверно уменьшает длительность данного этапа оперативного вмешательства, количество послеоперационных осложнений, уменьшает уровень внутрибрюшного давления и сокращает койко-день, в сравнении с общепринятой техникой расположения сетчатого трансплантата – “Inlay”.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, сетчатый трансплантат.

PLASTIC METHOD WITH WIRE GRAFT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

Abstract. The article presents a method of plastic surgical repair of the anterior abdominal wall with a wire graft in case of ventral hernias. With participation of 46 patients, it has been clinically proved that the suggested method of plastic surgical repair of the anterior abdominal wall reliably reduces the length time of the given stage of surgery, number of postoperative complications, decreases intra-abdominal pressure, and shortens bed-day when compared to «Inlay», a generally known technique of wire graft positioning.

Key words: postoperative ventral hernias, wire graft.

Starokostiantyniv Central Regional Hospital (Khmelnyskyi region),
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 01.10.2014 р.
Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)