Оптимізація вибору лапароскопічної та відкритої алопластики післяопераційних вентральних гриж

Фелештинський Я.П.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) становлять 20,4-22 % усіх гриж живота. Частота рецидивів після алопластики великих і гігантських ПВГ становить 10-25 %. Адекватний вибір способу алопластики при ПВГ сприятиме покращенню результатів лікування та зменшенню частоти рецидивів.

Мета. Охарактеризувати особливості лапароскопічної та відкритої алопластики ПВГ.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел на цю тему.

Результати та їх обговорення. За класифікацією ПВГ поділяються на серединні (підмечоподібні, епігастральні, пупкові, підпупкові, надлобкові) та латеральні (підреберні, фланкові, клубові, люмбальні). Автопластика (за Сапезжком, Мейо) застосовується лише при ПВГ малого розміру в осіб молодого та середнього віку за відсутності діастазу прямих м'язів живота й ожиріння (до 3,5 % випадків). У 96,5 % осіб використовується алопластика (відкрита – 81,1 %; лапароскопічна – 15,4 %). Існує близько десятка видів алопластичних втручань. Обираючи оптимальне втручання, необхідно врахувати ширину дефекту, ширину діастазу чи наявність контрактури прямих м'язів живота, рівень внутрішньочеревного тиску. При лапароскопічній алогерніопластичі профілактика інфікування троакарних ран здійснюється із застосуванням розчину Декасан («Юрія-Фарм») шляхом промивання перед зашиванням. Алопластику гігантських ПВГ слід виконувати в поєднанні з методиками роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки й обов'язковим моніторингом внутрішньочеревного тиску, оскільки частим ускладненням таких процедур виступає інтраабдомінальна гіпертензія. Передопераційна підготовка й обстеження пацієнтів перед пластикою ПВГ включають лабораторні дослідження (загальний і біохімічний аналізи крові, коагулограма), електро- й ехокардіографію, ультразвукове дослідження чи комп'ютерну томографію необхідних

ділянок, спірографію, консультації суміжних спеціалістів, безшлакове харчування та прийом послаблювальних упродовж 10-12 днів (в амбулаторних умовах), корегувальну терапію супутніх захворювань, максимальне очищення кишківника перед операцією, контроль внутрішньочеревного тиску, профілактику інфекційних ускладнень із боку рани та профілактику тромбоемболічних ускладнень. Протипоказаннями до планового хірургічного втручання є неефективність передопераційної підготовки, порушення серцево-легеневої діяльності, підвищення внутрішньочеревного тиску >12 мм вод. ст. в умовах бандажної компресії, зниження показників зовнішнього дихання <60 % від належних. Для профілактики інфікування післяопераційної рани під час операції на етапах роз'єднання анатомічних компонентів передньої черевної стінки, фіксації сітки та перед дренажуванням і зашиванням рану промивають Декасаном (400-800 мл залежно від площі ранової поверхні). Післяопераційне лікування включає знеболення (парацетамол – Інфуган, «Юрія-Фарм»), оксигенотерапію, бандажування живота, моніторинг внутрішньочеревного тиску, стимуляцію функцію кишківника (метоклопрамід – Реосорбілакт, «Юрія-Фарм»), корекцію водно-електролітного обміну, антибактерійну й антикоагулянтну терапію, нестероїдні протизапальні препарати. Дренажі від сітчастого імплантата видаляють на 3-4-ту добу, з підшкірної рани – на 5-6-ту.

Висновки. 1. Спосіб алопластики ПВГ слід обирати зі врахуванням розміру дефектів, ширини діастазу прямих м'язів живота та внутрішньочеревного тиску. 2. Оптимізації вибору лікувальної процедури при ПВГ гігантських розмірів можна досягти шляхом визначення внутрішньочеревного тиску під час операції при контактному зведенні прямих м'язів живота. 3. Для профілактики інфікування троакарних і хірургічних ран застосовується промивання Декасаном.

Ключові слова: післяопераційні вентральні грижі, алопластика, лапароскопія, діастаз прямих м'язів живота.

Optimization of the choice of laparoscopic and open alloplastic surgery of postoperative ventral hernias

Feleshtynskyi Ya.P.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Background. Postoperative ventral hernias (PVH) account for 20.4-22 % of all abdominal hernias. The recurrence rate after alloplastic surgery of large and giant PVH is 10-25 %. Adequate selection of alloplastic surgery method in PVH may help to improve treatment outcomes and reduce the frequency of relapses.

Objective. To describe the features of laparoscopic and open alloplastic surgery of PVH.

Materials and methods. Analysis of literature sources on this topic.

Results and discussion. According to the classification, PVH are divided into medial (subxiphoid, epigastric, umbilical, subumbilical, suprapubic) and lateral (subcostal, flank, iliac, lumbar). Autoplastic surgery (according to Sapezhko, Mayo) is used only for small-sized PVH in young and middle-aged people in the absence of diastasis recti and obesity (up to 3.5 %). In 96.5 % of cases alloplastic surgery is used (open – 81.1 %; laparoscopic – 15.4 %). There are about a dozen types of alloplastic interventions. When choosing the optimal intervention, it is necessary to take into account the width of

the defect, the width of diastasis or contracture of the rectus abdominis muscles, the level of intra-abdominal pressure. When performing laparoscopic alloplastic intervention, prevention of trocar wound infection is performed using Dekasan solution ("Yuria-Pharm") by rinsing before suturing. Alloplastic surgeries of giant PVH should be performed in combination with techniques for separating the anatomical components of the anterior abdominal wall and mandatory monitoring of intra-abdominal pressure, as intra-abdominal hypertension is a frequent complication of such procedures. Preoperative preparation and examination of patients before PVH surgery includes laboratory tests (general and biochemical blood tests, coagulation analysis), electro- and echocardiography, ultrasound or computed tomography of the required areas, spirometry, consultations with related specialists, slag-free nutrition and 10-12 days of laxatives (in the outpatient settings), correction of comorbidities, maximum bowel cleansing before surgery, control of intra-abdominal pressure, prevention of infectious complications of the wound and prevention of thromboembolic complications. Contraindications to elective surgery include ineffective preoperative preparation, impaired cardiopulmonary activity, increased intra-abdominal pressure >12 mm H₂O using bandage compression, reduction of breath-

ing function <60 % of normal. To prevent postoperative wound infection during surgery at the stages of separation of the anatomical components of the anterior abdominal wall, fixation of the mesh and before drainage and suturing the wound, Dekasan washing is used (400-800 ml depending on the wound surface area). Postoperative treatment includes analgesia (paracetamol – Infulgan, "Yuria-Pharm"), oxygen therapy, abdominal bandaging, monitoring of intra-abdominal pressure, stimulation of intestinal function (metoclopramide – Reosorbilact, "Yuria-Pharm"), antibacterial treatment, correction of electrolyte balance, nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Removal of drainages from the mesh implant is performed in 3-4 days, from the subcutaneous wound – in 5-6 days.

Conclusions. 1. The choice of PVH alloplastic surgery type should be made taking into account the size of the defects, the width of the diastasis recti and intra-abdominal pressure. 2. Optimization of the choice of treatment procedure for giant PVH can be achieved by determining the intra-abdominal pressure during surgery during contact of the rectus abdominis muscles. 3. Dekasan lavage is used to prevent infection of trocar and surgical wounds.

Key words: postoperative ventral hernias, alloplastic surgery, laparoscopy, diastasis recti.

Оптимизация выбора лапароскопической и открытой аллопластики послеоперационных вентральных грыж

Фелештинский Я.П.

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Обоснование. Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) составляют 20,4-22 % всех грыж живота. Частота рецидивов после аллопластики крупных и гигантских ПВГ составляет 10-25 %. Адекватный выбор способа аллопластики при ПВГ будет способствовать улучшению результатов лечения и уменьшению частоты рецидивов.

Цель. Охарактеризовать особенности лапароскопической и открытой аллопластики ПВГ.

Материалы и методы. Анализ литературных источников на эту тему.

Результаты и их обсуждение. Согласно классификации ПВГ делятся на срединные (подмечеообразные, эпигастральные, пупочные, подпупочные, надлобковые) и латеральные (подреберные, фланковые, подвздошные, люмбальные). Аутопластика (по Сапежко, Мейо) применяется только при ПВГ малого размера у лиц молодого и среднего возраста при отсутствии диастаза прямых мышц живота и ожирения (до 3,5 % случаев). В 96,5 % лиц используется аллопластика (открытая – 81,1 %; лапароскопическая – 15,4 %). Существует около десятка видов аллопластических вмешательств. При выборе оптимального вмешательства необходимо учесть ширину дефекта, ширину диастаза или наличие контрактуры прямых мышц живота, уровень внутрибрюшного давления. При лапароскопической аллогерниопластике профилактика инфицирования троакарных ран проводится с применением раствора Декасан («Юрия-Фарм») путем промывания перед зашиванием. Аллопластику гигантских ПВГ следует выполнять в сочетании с методиками разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки и обязательным мониторингом внутрибрюшного давления, поскольку частым

осложнением таких процедур выступает интраабдоминальная гипертензия. Предоперационная подготовка и обследование пациентов перед пластикой ПВГ включают лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма), электро- и эхокардиографию, ультразвуковое исследование или компьютерную томографию необходимых участков, спирографию, консультации смежных специалистов, бесшлаковое питание и прием слабительных в течение 10-12 дней (в амбулаторных условиях), корректирующую терапию сопутствующих заболеваний, максимальное очищение кишечника перед операцией, контроль внутрибрюшного давления, профилактику инфекционных осложнений со стороны раны и профилактику тромбозомических осложнений. Противопоказаниями к плановому хирургическому вмешательству выступают неэффективность предоперационной подготовки, нарушения сердечно-легочной деятельности, повышение внутрибрюшного давления >12 мм вод. ст. в условиях бандажной компрессии, снижение показателей внешнего дыхания <60 % от должных. Для профилактики инфицирования послеоперационной раны во время операции на этапах разъединения анатомических компонентов передней брюшной стенки, фиксации сетки и перед дренированием и зашиванием рану промывают Декасаном (400-800 мл в зависимости от площади раневой поверхности). Послеоперационное лечение включает обезболивание (парацетамол – Инфулган, «Юрия-Фарм»), оксигенотерапию, бандажирование живота, мониторинг внутрибрюшного давления, стимуляцию функции кишечника (метоклопрамид – Реосорбиллакт, «Юрия-Фарм»), коррекцию водно-электролитного обмена, антибактериальную и

антикоагулянтную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты. Дренажи от сетчатого имплантата удаляются на 3-4-е сутки, с подкожной раны – на 5-6-е.

Выводы. 1. При выборе способа аллопластики ПВГ следует учитывать размер дефектов, ширину диастаза прямых мышц живота и внутрибрюшное давление. 2. Оптимизации выбора лечебной процедуры при ПВГ гигантских размеров можно

достичь путем определения внутрибрюшного давления во время операции при контактном сведении прямых мышц живота. 3. Для профилактики инфицирования троакарных и хирургических ран применяется промывание Декасаном.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, аллопластика, лапароскопия, диастаз прямых мышц живота.