

УДК 617.55–053.9–089.12

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ПОПЕРЕКОВО–БІЧНОЇ ДІЛЯНКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО Й СТАРЕЧОГО ВІКУ

О. О. Воровський

*Вінницький обласний клінічний госпіталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF THE LUMBAR–LATERAL AREAS DEFECTS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

O. O. Vorovsky

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 44 хворих з дефектами попереково–бічної ділянки черевної стінки віком від 60 до 78 років. Причинами утворення дефектів у 32 (72,7%) хворих була грижа після оперативних втручань на органах сечової системи з використанням люмботомних доступів; у 4 (9,1%) – грижа, у 2 (4,5%) – евентрація після застосування троакарів під час лапароскопічних операцій; у 2 (4,5%) – грижа, у 2 (4,5%) – евентрація, у 2 (4,5%) – евісцерація через отвори після видалення дренажів з черевної порожнини. Для попередження їх утворення запропонований спосіб дренування черевної порожнини після лапароскопічних операцій (патент України на корисну модель 51170 від 12.07.10). Аутопластика з використанням власних тканин виправдана за розмірів дефекту W1. За наявності більших дефектів показана алопластика за методом sub lay в запропонованому оригінальному способі.

Ключові слова: дефекти попереково–бічної ділянки; хворі похилого і старечого віку.

SUMMARY

The results of surgical treatment of 44 patients with defects in the lumbar–lateral abdomen. Age of patients ranged from 60 to 78 years. Causes defects in 32 (72.7%) patients were hernia after surgical interventions on the urinary system using lumbotomic accesses; in 4 (9.1%) – hernias, in 2 (4.5%) – eventration after applying troakar lateral openings during laparoscopic surgery; in 2 (4.5%) – hernias, in 2 (4.5%) – eventration, and in 2 (4.5%) – evisceration through aperture after removing drains for drainage of the abdominal cavity. To prevent the development of the proposed method of drainage of the abdominal cavity during laparoscopic operations (patent for useful model № 51170 from 12.07.10). Autotransplantation own tissues justified by the size of the defect W1. If there is a defect larger aloplastyc shown by the method of sub lay in the proposed original method.

Key words: defects of the lumbar–lateral areas; surgical treatment; elderly and senile patients.

Післяопераційні грижі черевної стінки складають 20–22% в структурі гриж та посідають друге місце після гриж пахвинної ділянки [1, 2]. Частота післяопераційних гриж попереково–бічної ділянки черевної стінки в структурі післяопераційних гриж становить 4–6% [2, 3]. Крім гриж, в цій ділянці виникає евентрація при інтраопераційному формуванні отворів. Найчастіше дефекти виникають після оперативних втручань на органах позаочеревинної ділянки (нирки, надниркові залози, сечоводи) з використанням бічних лапаротомних доступів (Пирогова, Мак–Бурнея), троакарних бічних отворів під час лапароскопічних операцій та отворів для проведення дренажів під час дренування черевної порожнини [4, 5]. Причинами їх утворення, на відміну від дефектів передньої черевної стінки, вважають релаксацію м'язів та вікові зміни в поєднанні з післяопераційною атрофією тканин [3]. Більшість авторів відзначають, що під час надання допомоги хворим похилого й старечого віку виникає проблема якійсної та кількісної неповноцінності передньої черевної стінки з вираженими патологічними та атрофічно–дегенеративними змінами апоневротичних та м'язових утворень в ділянці грижового дефекту з значним порушенням мікроциркуляції [6], що спричиняє суттєве порушення травлення по лінії швів, прорізування їх лігатурами внаслідок значного натягу, що і може бути основною причиною рецидиву грижі [7].

Отже, виконувати аутопластику з використанням власних тканин безперспективно, оскільки при спробі сформувати дублікатуру збільшується атрофія м'язів цієї ділянки, і частота рецидивів досягає 65% [3]. Застосування алопластичних матеріалів під час грижопластики, за даними авторів, зменшує частоту рецидивів на 5–54% [3, 8], що за частотою поступається тільки післяопераційним гігантським грижам черевної стінки [3]. Низьку ефективність алопластики

пояснюють тим, що через відсутність міцних сполучнотканинних структур протезний матеріал фіксують до неповноцінних м'яких тканин, що згодом зумовлює прорізування швів, асептичне запалення спричиняє посилення атрофічно—рубцевих процесів та розширення дефекту в цій ділянці черевної стінки [9].

Таким чином, незважаючи на застосування розроблених методів хірургічного лікування дефектів попереково—бічної ділянки черевної стінки у хворих похилого й старечого віку, їх результати незадовільні, що потребує розробки й удосконалення існуючих способів.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування дефектів попереково—бічної ділянки черевної стінки у хворих похилого й старечого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2002 по 2011 р. в хірургічному відділенні оперовані 44 хворих з приводу дефектів попереково—бічної ділянки черевної стінки віком від 60 до 78 років. Жінок було 24 (54,5%), чоловіків — 20 (45,5%). Тривалість існування грижі від 4 міс до 14 років.

Причинами утворення дефектів у 32 (72,7%) хворих були грижі після оперативних втручань на органах сечової системи з використанням люмботомних доступів; у 4 (9,1%) — грижі, у 2 (4,5%) — евентрація після застосування троакарів під час лапароскопічних операцій; у 2 (4,5%) — грижі, у 2 (4,5%) — евентрація, у 2 (4,5%) — евісцерація через отвори після видалення дренажів для дренажування черевної порожнини.

Розміри гризових воріт визначали за класифікацією J. P. Chevrel—A.M.Rath (SWR — classification). Діаметр гризових воріт до 5 см (W1) відзначений у 4 (9,1%) хворих, причинами утворення грижі були троакарні та дренажні отвори; від 5 до 10 см (W2) — у 18 (40,9%); від 10 до 15 см (W3) — у 12 (27,3%); понад 15 см (W4) — у 4 (9,1%).

Вперше оперовані 36 (81,9%) хворих (R0), один рецидив (R1) був у 4 (9,1%), два (R2) — у 2 (4,5%), три (R3) — у 2 (4,5%). У 7 (15,9%) хворих дефекти черевної стінки локалізувалися у підреброво—бічній ділянці (L1), у 18 (40,9%) — у попереково—бічній (L2), у 10 (22,7%) — у клубово—бічній (L3), у 9 (20,5%) — у поперековій (L4).

У всіх пацієнтів діагностовані супутні захворювання: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз — в усіх, гіпертонічна хвороба — у 33 (75%), хронічні обструктивні захворювання легень — у 32 (72,7%), ожиріння — у 28 (63,6%), цукровий діабет — у 12 (27,3%), церебросклероз, ДАЕ II—III стадії з кохлеовестибулярним та атаксичним синдромом — у 10 (22,7%), аденома передміхурової залози — у 9 (20,5%).

Всім хворим проведене загальноклінічне обстеження, лабораторні та біохімічні дослідження, мікробіологічні дослідження виділень з операційної рани, інструментальні методи дослідження, визначення внутрішньочеревного тиску з використанням уретрального катетера Фоля. За даними комп'ютерної томографії та ультразвукового дослідження визначали розміри та об'єм дефекту, товщину навколишніх м'язово—апоневротичних тканин та ступінь їх атрофічних змін.

Аутопластичні методи застосовані у 3 (6,8%) хворих за розмірів дефекту W1, у решти — алопластичні, у 2 (4,5%) — за методом on lay, у 4 (9,1%) — in lay, у 38 (86,4%) — sub lay. Як протезний матеріал використовували поліпропіленову сітку виробництва фірм "Українська кольчуга", "Lintex", "Ethicon".

Анестезіологічне забезпечення передбачало комбінований ендотрахеальний наркоз — у 6 (13,6%) хворих, епідуральну анестезію — у 28 (63,6%), спинномозкову анестезію — у 6 (13,6%), місцеву анестезію — у 4 (9,1%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз свідчив, що у більшості (32) спостережень дефекти утворилися після використання люмботомного доступу під час урологічних операцій, саме за такої ситуації виникли великі та гігантські грижі (W3,W4). В основі цієї патологічної ситуації лежить травматичність доступу внаслідок розсічення не тільки м'язових волокон, а й нервів і судин, що забезпечують живлення м'язово—апоневротичних структур попереково—бічної ділянки, це сприяє не тільки їх релаксації та атрофії, а й рубцевому переродженню, що при спробі фіксації до них протезної сітки спричиняє не тільки виникнення рецидиву, а й зморщення та відторгнення імплантата. Тому запропонований оригінальний спосіб алопластики, за яким, незважаючи на розміри дефекту в цій ділянці, обирають протез достатніх розмірів, щоб можливо було кількома швами поліпропіленовою лігатурою фіксувати його не тільки через м'язово—апоневротичну структуру задньої стінки та прямих м'язів живота, а й до окістя внутрішньої поверхні клубової кістки та зовнішньої поверхні ребер.

Причинами, що зумовлюють утворення дефектів внаслідок застосування троакарів під час лапароскопічних операцій та проведення дренажів у черевну порожнину, крім загальних (супутні захворювання, підвищення внутрішньочеревного тиску) та місцевих (дефекти під час зашивання отворів, нагноєння тощо), вважають формування їх через "слабкі" місця в черевній стінці, де м'язово—апоневротичний прошарок неповноцінний. Тому запропонований спосіб дренажування черевної порожнини після лапароскопічних операцій (патент України на

корисну модель 51170 від 12.07.10). Отвір формують в косому напрямку на 3 см вище ободової кишки в проекції задньої пахвової лінії на 2 см нижче ребрової дуги. Дренаж проводять через найбільш повноцінну м'язово—апоневротичну зону черевної стінки. Після видалення дренажа м'язи скорочуються і закривають отвір.

Оперативне лікування евісцерації передбачало максимальне висічення запально— та рубцево—змінених м'яких тканин навколо стоми. За даними гістологічного дослідження у них виявлені "дрімаюча" інфекція, мікроабсцеси навколо лігатур та в рубцево—змінених тканинах. В усіх хворих під час грижопластики застосовували поліпропіленову сітку та проводили активне дренажування операційної рани. Протез розташовували під апоневрозом, фіксуючи його проленовими нитками. Слід відзначити, що попережна фасція з очеревиною в цій ділянці відшаровується під час операції простіше, ніж за наявності післяопераційної грижі білої лінії живота. Дренажі розташовували під та над апоневрозом, видаляли їх на другу добу за відсутності виділень. Під час операції рану періодично обробляли розчинами антисептиків, профілактично вводили антибіотики (цефалоспорины II—III покоління) в поєднанні з метронідазолом.

Результати хірургічного лікування проаналізовані в усіх пацієнтів шляхом анкетування у строки від 6 міс до 6 років за розробленим опитувальником якості життя (MOS SF—36/50) та під час клінічного огляду хворих з застосуванням ультразвукового дослідження. Встановлені більш високі показники оцінки якості життя у хворих похилого й старечого віку, яким здійснено протезуючу герніопластику післяопераційних дефектів попереково—бічної ділянки черевної стінки за методом sub laу в запропонованому оригінальному способі.

Ускладнення виникли у 4 (9,1%) хворих, серома — у 2 (4,5%), нагноєння та розходження країв рани — по одному спостереженню. Рецидиви відзначені у 2 (4,5%) хворих, пов'язані з набуттям досвіду. Всі пацієнти живі.

Отже, післяопераційні грижі в попереково—бічній ділянці черевної стінки найчастіше утворюються після люмботомних розрізів під час урологічних операцій, евісцерації та евісцерації — при формуванні

троакарних бічних отворів під час лапароскопічних операцій та отворів для проведення дренажів у черевну порожнину. Для запобігання їх утворення запропонований спосіб дренажування черевної порожнини під час лапароскопічних операцій (патент України на корисну модель 51170 від 12.07.10).

При оперативному лікуванні дефектів попереково—бічної ділянки черевної стінки у хворих похилого й старечого віку виконання аутопластики з використанням власних тканин оправдане за розмірів дефекту W1. За наявності більших дефектів показана алопластика. Найкращі результати, за даними розробленого опитувальника якості життя (MOS SF—36/50) та клінічного огляду хворих, спостерігали при імплантації поліпропіленового протеза за методом sub laу в запропонованому оригінальному способі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко О. В. Обґрунтування хірургічних доступів при герніопластиці післяопераційних вентральних гриж з позицій варіантних особливостей васкуляризації передньобічної черевної стінки / О. В. Бондаренко, П. Ф. Гольмамедов // АМЛ XVI. — 2010. — № 4. — С. 129 — 131.
2. Кузнецов О. О. Хірургічне лікування післяопераційних попереково—бокових гриж: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 — хірургія / О. О. Кузнецов; Київ. нац. мед. ун—т. — К., 2007. — 19 с.
3. Фелештинський Я. П. Особливості патогенезу післяопераційних попереково—бічних гриж черевної стінки та їх алогерніопластика / Я. П. Фелештинський, О. О. Кузнецов // Клініч. хірургія. — 2010. — № 7. — С. 18 — 22.
4. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично—боковой области / Е. И. Брехов, А. В. Юрасов, Ю. П. Грибунов [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 10. — С. 10 — 14.
5. Экспериментально—клиническое обоснование превентивного эндопротезирования боковой стенки живота при операциях на органах мочевыделительной системы / Б. С. Суковатых, А. А. Нетяга, А. И. Бежин [и др.] // Анналы хирургии. — 2010. — № 5. — С. 63 — 67.
6. Фелештинський Я. П. Хірургічні аспекти профілактики хронічного болю після алогерніопластики / Я. П. Фелештинський, С. А. Свиридовський, В. Ф. Ватаманюк // Клініч. хірургія. — 2010. — № 11—12. — С. 46.
7. Выбор метода пластики передней брюшной стенки / Ю. Л. Шевченко, С. С. Харнас, А. В. Егоров, А. С. Бекшюков // Анналы хирургии. — 2003. — № 1. — С. 20 — 23.
8. Десятирічний досвід операційних втручань у пацієнтів з післяопераційними попереково—боковими грижами / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, Л. Ю. Маркулан [та ін.] // АМЛ XV. — 2009. — № 3. — С. 84 — 88.
9. Современные принципы лечения больных с боковыми и переднебоковыми грыжами живота / С. Ю. Пушкин, В. И. Белоконев, Ю. В. Пономарева, Л. Т. Волова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2010. — Т. 109, № 2. — С. 26 — 30.

