



О. В. Брунець, О. М. Сироїд

Військово-медичний клінічний
центр Західного регіону,
м. Львів

© О. В. Брунець, О. М. Сироїд

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ВИКОНАНО АЛОГРИЖЕПЛАСТИКУ З ПРИВОДУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ

Резюме. У статті наведено аналіз лікування 98 пацієнтів із післяопераційними грижами черевної стінки. Грижі великих розмірів і рецидивні післяопераційні грижі діагностовано у 77,4 і 32,3% хворих відповідно, які потребували проведення алогрижепластики. Супровідна хірургічна патологія, яка вказувала на необхідність виконання симультанних операцій, діагностована у 12,2% пацієнтів. При цьому в ряді випадків виконували більше однієї симультанної операції. Незважаючи на те, що тривалість одночасних втручань була істотно довшою від тільки алогрижепластики (160 ± 40 хв проти 120 ± 25 хв), частота післяопераційних ускладнень у пацієнтів, що перенесли симультанні операції і тих, кому виконано ізольовану герніопластику, статистично значуще не відрізнялась (20,0 та 16,9% відповідно). Це ж стосувалось і тривалості післяопераційного періоду ($12,3 \pm 2,5$ і $11,3 \pm 1,8$ доби відповідно). Таким чином, виконання симультанних операцій дозволяє отримати добрі безпосередні результати лікування, попередити можливість загострення супровідної хірургічної патології у післяопераційному періоді, зменшити сумарний період перебування хворого у стаціонарі і тому є доцільним з економічної точки зору.

Ключові слова: післяопераційна грижа, алогрижепластика, симультанні операції.

Вступ

В останні десятиліття спостерігається зростання захворюваності післяопераційними грижами (ПОГ) живота, що пов'язане зі збільшенням кількості операцій на органах черевної порожнини, розширенням обсягу оперативних втручань, збільшенням числа повторних операцій, постійним збільшенням серед оперованих кількості осіб похилого і старечого віку [3].

Поширені дефекти черевної стінки призводять до порушення її анатомічних і фізіологічних функцій, дисфункції органів черевної порожнини. У пацієнтів із ПОГ доволі часто діагностують захворювання органів черевної порожнини і стінок живота, які потребують хірургічного лікування. Високий показник частоти рецидивів після аутопластики різних типів гриж живота змусила хірургів створювати нові методики пластики з використанням синтетичних протезів [5].

Тепер алогрижепластику розглядають як операцію вибору у більшості осіб із ПОГ. Проте закриття дефектів апоневрозу синтетичними протезами призводить до змін властивостей черевної стінки, а у подальшому обумовлює важкість хірургічного доступу до органів черевної порожнини при їх патології.

Тому у цих хворих поряд із алогрижепластикою доцільно проводити симультанні операції (СО). Крім того, виконання СО дає можливість позбавити пацієнта від кількох захворювань одночасно, а також воно є вигідним з економічної точки зору [3].

Мета роботи — проаналізувати особливості СО у пацієнтів із післяопераційними грижами і супровідною хірургічною патологією.

Матеріали і методи

Протягом 2006—2009 рр. у відділенні абдоминальної хірургії алогрижепластику з приводу ПОГ здійснено у 98 осіб. Вік хворих становив від 31 до 83 (у середньому $60,2 \pm 9,8$) років. Жінок було 59 (60,2%), чоловіків — 39 (39,8%).

Для алопластики використовували сіткові імплантати Ethicon: Prolene*mesh — у 89 (90,8%) хворих і Ultrapro — у 9 (9,2%) пацієнтів. Сітковий протез фіксували атравматичним шовним матеріалом Prolene 2-0 (Ethicon). Операції здійснювали під багатокомпонентним загальним знеболенням з інтубацією трахеї.

Результати дослідження та їх обговорення

В анамнезі холецистектомію перенесли 53 (54,1%) хворих з ПОГ, гінекологічні втручання — дев'ять (9,2%), оперативні втручання з приводу перитоніту — 8 (8,2%), операцію з приводу деструкційного панкреатиту — 7 (7,1%), лапаротомії з приводу травм органів черевної порожнини — 7 (7,1%), ушивання перфораційної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки — 5 (5,1%), спленектомію виконано у 5 (5,1%), операції на товстій кишці — у 4 (4,1%) пацієнтів.

Згідно з класифікацією Chevrel J.P., Rath A.M. (1999) [6], медіальну грижу (М) діагностовано у 93 (94,9%) хворих, латеральну (L) — у 5 (5,1%)



пацієнтів. Великі грижі (W2) спостерігались у 23 (23,5%) осіб, поширені (W3) — у 72 (73,5%), гігантські (W4) — у 3 (3,1%) хворих. Рецидивні ПОГ (R1-R3) констатовано у 30 (30,6%) пацієнтів, із них у 6 (6,1%) в анамнезі виконано алогрижепластику.

Супровідну хірургічну патологію діагностовано у 12 (12,2%) хворих: грижі передньої черевної стінки (пупкові, пахвинні, післяопераційні) — у 5 (5,1%) пацієнтів, хронічний калькульозний холецистит — у 4 (4,1%), кісту яєчника — в 1 (1,0%), хронічний тромбоемболізм варикозно розширених підшкірних вен нижньої кінцівки — у 2 (2,0%).

Супровідні захворювання серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем встановлено у 77 (78,6%) пацієнтів. Причому у 31 (31,6%) хворого виявлено кілька соматичних захворювань. Ожиріння (індекс маси тіла понад 30 кг/м²) констатовано у 39 (39,8%) оперованих хворих.

Передопераційне приготування здійснювали з метою компенсації соматичної патології (серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, хронічні неспецифічні захворювання легенів, цукровий діабет). Хворим із ПОГ великих розмірів (W3-W4) проводили адаптацію черевної порожнини до переміщення вмісту грижевого мішка шляхом дозованого бандажування живота. Для попередження ранової інфекції виконували санацію трофічних порушень шкіри і вогнищ хронічного запалення тканин у ділянці післяопераційного рубця. Важливим моментом приготування до алогрижепластики вважали зменшення маси тіла у пацієнтів з ожирінням [4].

Техніку «sub lay» застосовано у 90 (91,8%) пацієнтів із ПОГ. При поширених та гігантських грижевих дефектах доцільно виконувати комбіновану герніопластику із застосуванням сіткових протезів і максимально можливим використанням тканин черевної стінки [2]. У цих випадках застосовували модифікований метод комбінованої аутоалогрижепластики, яку було виконано у 8 (8,2%) пацієнтів [1].

Паралельно із алогрижепластикою з приводу ПОГ, пластику гриж іншої локалізації здійснено у 5 (5,1%) хворих, холецистектомію — у 4 (4,1%), аднексектомію — в 1 (1,0%), перев'язку великої підшкірної вени стегна — у 2 (2,0%) пацієнтів. Крім цього, у 3 (3,1%) хворих із морбідним ожирінням (індекс маси тіла понад 40 кг/м²) алогрижепластику доповнено абдомінопластикою за Castanares.

Таким чином, лікування пацієнтів із ПОГ є актуальною проблемою через високий показник гриж великого розміру (у даному дослідженні 76,6% хворих) та рецидивних гриж (30,6%) випадків, наявність супровідної соматичної (78,6% хворих) і хірургічної (12,2% пацієнтів) патології. Використання синтетичних сіткових протезів дозволило виконати пластику дефектів черевної стінки без натягу тканин, уникнути розвитку компартмент-синдрому.

Загалом виконано 15 (15,3%) симультанних операцій. Тривалість СО була істотно довшою від тривалості тільки алогрижепластики і становила у середньому 160±40 хв проти 120±25 хв (p<0,05). Післяопераційні ускладнення виникли в 17 (17,3%) пацієнтів: серома — у 7 (7,1%) осіб, запальний інфільтрат — у 4 (4,1%), гематома післяопераційної рани — в 1 (1,0%), порушення серцевого ритму — у 4 (4,1%), ерозивний гастродуоденіт — в 1 (1,0%). Проте частота ускладнень статистично значуще не відрізнялася (p>0,05) у пацієнтів, яким виконано СО (20,0%) випадків і у хворих, які перенесли тільки алогрижепластику (16,9%). Термін перебування хворих у стаціонарі дорівнював 12,3±2,5 доби і 11,3±1,8 доби відповідно (p>0,05). Таким чином, незважаючи на більшу тривалість СО у пацієнтів із ПОГ і супровідною хірургічною патологією, кількість ускладнень і терміни стаціонарного лікування у хворих цієї групи суттєво не зросли.

Висновки

1. Великі та рецидивні ПОГ (у даному дослідженні відповідно 77,4 і 32,3%) є показаннями до застосування сіткових імплантатів для пластики дефектів передньої черевної стінки.

2. Проведення СО потребують 12,2% хворих, яким показана алогрижепластика, при цьому у низки пацієнтів необхідно виконувати більше однієї СО. У зв'язку з цим пацієнтам із ПОГ потрібно здійснювати додаткові обстеження для виявлення супровідних хірургічних захворювань.

3. Частота післяопераційних ускладнень у пацієнтів з ПОГ, яким виконано СО, та таких, що перенесли ізольовану алогрижепластику, істотно не відрізняється (20,0 і 16,9% відповідно).

4. Застосування СО дозволяє отримати добрі безпосередні результати лікування, попередити можливість загострення супровідної хірургічної патології у післяопераційному періоді і зменшити сумарний період перебування хворого у стаціонарі.



ЛІТЕРАТУРА

1. Брунець О.В. Алопластика передньої черевної стінки у пацієнтів зі серединними грижами / О.В. Брунець, Я.І. Клецко // АМЛ. — 2009. — Т. 15, №3. — С. 101—104.
2. Жебровський В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровський. — М.: Мед. информ. агентство, 2005. — 384 с.
3. Козань І.В. Алопластика післяопераційних гриж живота / І.В. Козань, О.З. Бойченко // Клінічна хірургія. — 2008. — № 11—12. — С. 49—50.
4. Профілактика післяопераційних ускладнень у пацієнтів, яким виконано алогрыжепластику / В.М. Трач, О.М. Сироїд, Я.І. Клецко [та ін.] // Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2007. — Т. 7, вип. 1—2. — С. 179—182.
5. Хірургічне лікування хворих з післяопераційними грижами попереково-бокових ділянок живота / В.Г. Мішалов, А.О. Бурка, І.І. Теслюк [та ін.] // Хірургія України. — 2008. — № 1. — С. 99—108.
6. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chevrel, A.M. Rath // Hernia. — 2000. — Vol. 4, № 1. — P. 1—7.

СИМУЛЬТАННЫЕ
ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ,
КОТОРЫМ ВЫПОЛНЕНО
АЛЛОГРЫЖЕПЛАСТИКУ
ПО ПОВОДУ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ГРЫЖ

А. В. Брунец, А. М. Сыроид

Резюме. В статье приведен анализ лечения 98 пациентов с послеоперационными грыжами брюшной стенки. Грыжи больших размеров и рецидивные послеоперационные грыжи диагностированы у 77,4 и 32,3% больных соответственно, что стало причиной выполнения им аллогрыжепластики. Сопутствующая хирургическая патология, которая требовала проведения симультанных операций, диагностирована у 12,2% пациентов. При этом в ряде случаев выполнялась более одной симультанной операции. Несмотря на то, что длительность одновременных вмешательств была существенно больше при только аллогрыжепластике (160 ± 40 против 120 ± 25 мин), частота послеоперационных осложнений у пациентов, которые перенесли симультанные операции, и тех, кому выполнена изолированная герниопластика, статистически значимо не отличалась (20,0 и 16,9% соответственно). То же касалось и длительности послеоперационного периода ($12,3 \pm 2,5$ и $11,3 \pm 1,8$ суток соответственно). Таким образом, выполнение симультанных операций позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения, предупредить возможность обострения сопутствующей хирургической патологии в послеоперационном периоде, уменьшить суммарный период пребывания пациента в стационаре, и тем самым оно выгодно с экономической точки зрения.

Ключевые слова: *послеоперационная грыжа, аллогрыжепластика, симультанные операции.*

SIMULTANEOUS
OPERATIONS IN PATIENTS
WHO UNDERWENT
ALLOHERNIOPLASTY
ON THE SUBJECT OF
POSTOPERATIVE HERNIAS

A. V. Brunets, A. M. Syroid

Summary. The treatment of 98 patients with postoperative hernias was analyzed in this study. The large and recurrence hernias were diagnosed at 77.4% and 32.3% of patients respectively what induced to make them the alloplasty. It was the combine surgical pathology in 12.2% of patients what was stand in need of simultaneous operations. Duration of the simultaneous operations was significantly prolonged compared with just alloplasty (160 ± 40 min vs. 120 ± 25 min) notwithstanding this frequency of the postoperative complications in patients after simultaneous operations and after alloplasty was not different statistically (20.0% and 16.9% respectively). The same about of postoperative stay (12.3 ± 2.5 days and 11.3 ± 1.8 days respectively). That's why accomplishment of the simultaneous operations allows to get the good immediate results of treatment, to decrease possibility of intensification of attendant surgical pathology in the postoperative period, to reduce the hospital stay and cost effective.

Key words: *postoperative hernia, alloplasty, simultaneous operations.*