



О. Ю. Усенко,
О. С. Тивончук,
Б. М. Кондратенко,
М. В. Манойло,
О. А. Лаврик,
В. В. Москаленко

Національний інститут
хірургії та трансплантології
ім. О. О. Шалімова НАМН
України, м. Київ

© Колектив авторів

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ КИЛ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Резюме. У статті представлено досвід лікування 90 хворих з рубцевою килою та супутнім ожирінням, у 75 (83,3 %) хворих виконана алогерніопластика та дерматоліпектомія другим етапом після баріатричної операції в період зниження та стабілізації маси тіла, 15 (16,7 %) хворим симультанно з баріатричною операцією виконана герніопластика та дерматоліпектомія. За період спостереження рецидиву киля після баріатричної операції та герніопластики не було, що свідчить про високу ефективність етапного методу в лікуванні цієї патології.

Ключові слова: рубцева грижа, ожиріння, етапне лікування.

Вступ

Рубцеві киля за даними різних авторів спостерігаються у 8,8-14 % усіх хворих, які перенесли оперативне втручання на черевній порожнині, а у хворих з надлишковою масою тіла відсоток збільшується до 20 %. Не дивлячись на широке впровадження сучасних безнатяжних методів герніопластики залишається високою частота рецидивів після герніопластики (близько 50 %) [2, 8]. На сучасному етапі розвитку герніології впровадження в практику синтетичних ендопротезів призвело до значного зниження числа рецидивів, але у людей зі значним підшкірно-жировим шаром наявність сітчатого імпланту збільшило частоту утворення сером, нагноєння та відторгнення протезу. У таких хворих крім запальної реакції на протез, виражена дія латерально направлених сил, що розтягують краї рани, що призводить до прорізування швів і зміщенню країв протезу, створюючи таким чином несприятливі умови для загоєння та розвитку рецидиву [4, 5, 7].

Епідеміологічні дослідження в різних країнах світу демонструють, що в останні десятиріччя спостерігається зростання розповсюдженості надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення. За останніми даними понад 1 млрд людей на планеті мають надлишкову масу тіла, з них у 250 млн виявляють ожиріння. За даними ВООЗ більше 30 % населення планети мають надшлікову масу тіла. Ожиріння визнано ВООЗ неінфекційною епідемією XXI століття. В Україні на ожиріння страждають 28,5 % пацієнтів, від надлишкової маси тіла – 48 % [1]. Із зростанням кількості людей, що страждають ожирінням, закономірний і зріст кількості захворювань – похідних ожиріння, одними з яких є рубцеві грижі.

Пацієнти з ожирінням, що мають рубцеві киля, є складною категорією хворих, проте, в більшості випадків хірургами не виділяються в особливу категорію. У сучасній літературі не розставлені акценти в передопераційній підготовці та післяопераційному веденні

цих хворих, не визначено лікувальну тактику в сенсі етапності лікування та ведуться дискусії з метою обрання оптимального способу герніопластики.

Схильність пацієнтів зі збитковою вагою до килотворення обумовлена початково підвищеним внутрішньочеревним тиском [2], який створює підвищене навантаження на шовну нитку, що зближує тканини, при цьому остання набуває ріжучих властивостей, навколо лігатури формується зона некрозу, а в подальшому – неспроможність швів [3], а також за рахунок часто наявного, іноді значного, шкірно-жирового «фартуха», що теж створює додаткове постійне статичне навантаження на апоневроз, призводить до перерозтягування прямих м'язів живота, апоневротичних та фаціальних шарів черевної стінки [2, 6], ставлення до необхідності його видалення серед хірургів неоднозначне: одні вважають дерматоліпектомію, виконану симультанно при герніологічній операції виправданою і необхідною мірою, інші, навпаки, впевнені в тому, що це лише подовжує час операції, збільшує ранову поверхню і підвищує ризик локальних ускладнень. Досить високий ризик появи рубцевої киля після практично будь-якого оперативного втручання, що супроводжується лапаротомією, обумовлений усіма перерахованими вище чинниками, а також порушеннями консолідації лапаротомного рани і трофічними змінами шкіри в складках шкірно-жирового «фартуха». У хворих з важкими формами ожиріння виникає складний комплекс проблем: труднощі діагностики самої грижі черевної стінки (при наявності великого жирового «фартуха»), технічні труднощі виконання герніопластики, необхідністю в більшості випадків поєданого виконання дерматоліпектомії, високим ризиком цілого ряду післяопераційних ускладнень.

Матеріал та методи досліджень

В інституті хірургії та трансплантології АМН України з 2007 по 2014 роки проліковано 90 хво-



рих з рубцевою килою, що страждали на різну ступінь ожиріння. З метою зниження маси тіла, першим етапом було виконано баріатричні втручання: у 18 (20 %) хворих шунтування шлунку, 30 (33,3 %) біліопанкреатичне шунтування, а у 42 (46,7 %) хворих – бандажування шлунку. Відстрочену герніопластику та дерматоліпектомію виконували після зниження та стабілізації маси тіла в строки $(1,2 \pm 0,5)$ роки після баріатричної операції. У 12 пацієнтів з гігантськими шкірно-жировим фартухом, який значно перешкодив нормальну рухову активність, була виконана відстрочена герніопластика і дерматоліпектомія в більш раніші строки $(6,3 \pm 3,5)$ місяців. Симультанно з баріатричною операцією прооперовано 5 (16,7 %) хворих. Показами до відстроченої герніопластики другим етапом були: відсутність в анамнезі явищ защемлення киля або низька його вірогідність; важкий вихідний загальний стан пацієнта; необхідність виконання комбінованого баріатричного втручання; гігантські розміри жирового «фартуха»; наявність хронічного вогнища інфекції.

Вік хворих склав від 32 до 60 років, в середньому $(45,7 \pm 8,04)$ років, жінок серед них – 66 (77,78 %), чоловіків – 24 (22,2 %). Серед загальної кількості хворих більшу частку склали жінки в віці 40-49 років з морбідним ожирінням. Маса тіла хворих варіювала від 82 до 187 кг. Індекс маси тіла у хворих знаходився в межах від 31 до 70 $\text{кг}/\text{м}^2$. У всіх хворих киля мали серединну локалізацію, як наслідок лапаротомії з приводу різних захворювань органів черевної порожнини. Після баріатричних операцій відзначене адекватне і стійке зменшення маси тіла. Втрата надмірної маси тіла через 1 рік після бандажування шлунку становила у середньому $(51,7 \pm 5,1)$ %, після шунтування шлунку – $(67,2 \pm 6,4)$ %. Із загальної кількості 9 пацієнтів (30 %) мали рецидиви грижі: після аутопластики – 22 (23,3 %), після аллопластики – 5 (6,66 %).

При обстеженні хворих особливу у вагу приділяли супутнім захворюванням, які мали місце у 93 % хворих. Найбільш поширеними захворюваннями були серцево-судинні, хронічні легеневі, жовчовивідних шляхів, цукровий діабет, органів опорно-рухового апарату, варикозне ураження вен нижніх кінцівок. Корекцію супутніх захворювань у таких хворих починали проводити в передопераційному періоді. До операції при наявності хронічного вогнища інфекції проводили його санацію, а також гігієнічний душ двічі на день, та обробка шкіри живота та шкірних складок розчином антисептика. Профілактика ускладнень зі сторони операційної рани проводилась одноразовим внутрішньовенним введенням

ударної дози цефалоспоринів 3 покоління під час операції, до шкірного розрізу. Оперативне втручання виконувалось під ендотрахеальним наркозом. Під час операції ретельно відмежовували підшкірно-жирову клітковину, застосовували електроніж, проводили ретельний гемостаз, а для зашивання рани використовували нитки, що розсмоктуються (Vicryl та PDS). У всіх випадках перед зашиванням рану обробляли розчином бетадіну 10 % та дренивали через контрапертуру силіконовим дренажем з активною аспірацією по Редону. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною відсепарованих ділянок рани, кількість дренажів два та більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5 мм. Рану зашивали пошарово. В обов'язковому порядку всім хворим проводились заходи що до попередження тромбоемболічних ускладнень у вигляді еластичного бинтування гомілок, та застосовували низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан), що використовували в лікувальній дозі одноразово, перед операцією та в післяопераційному періоді до повного відновлення рухової активності хворого на протязі 5-7 днів. Час дренивання залежав від кількості виділень. Після втручання хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфорей. У подальшому хворим підбирали індивідуальні бандажі.

У всіх випадках використовували беззатяжні методи герніопластики з використанням синтетичних ендопротезів поліпропіленових та політетрафторетіленових сіток, про стих або композитних. Як правило, використовували методики sub lay. У післяопераційному періоді проводили динамічний УЗ-моніторинг післяопераційної рани з метою своєчасного виявлення та лікування ранових ускладнень.

Результати досліджень та їх обговорення

Баріатричні операції приводять до адекватного і стійкого зниження маси тіла. Середній відсоток втрати надлишку маси тіла через рік після бандажування шлунку складає $(51,7 \pm 5,1)$ %, а після шунтування шлунку – $(67,2 \pm 6,4)$ %, після біліопанкреатичного шунтування – 70,3 %. Рецидивів гриж після баріатричної операції і герніопластики в строки спостереження не було. Сероми та гнійні ускладнення з боку післяопераційної рани в групі хворих, які перенесли симультанні операції виникли у 9 (60 %) пацієнтів. В групі, де виконувалась відстрочена герніопластика і дерматоліпектомія другим етапом серома спостерігалась у 9 (10 %) хворих. Всі хворі з усклад-

неннями лікувались консервативно, видалення синтетичної сітки не було потрібне. При хірургічному лікуванні хворих с ІМТ більше 40 кг/м² і супутньою вентральною килою повинне розглядатись питання про виконання бариатричної операції. Бариатричні операції дають змогу досягти стійкого зниження маси тіла, зниження внутрішньочеревного тиску, що дозволяє знизити ризик рецидиву грижоутворення після виконання пластичної операції.

Одночасне виконання бариатричної операції та герніопластики доцільне при локалізації кили в зоні хірургічного доступу. Виконання відстроченої герніопластики та дерматоліпектомії другим етапом в період стабілізації маси тіла і купування супутніх метаболічних і респіраторних порушень дозволяє знизити ризик операції, зменшити кількість ускладнень і вірогідність рецидиву кили. Використання динамічного УЗ-моніторинга після обширної

герніопластики з використанням синтетичної сітки і симультанної дерматоліпектомії дозволяє завчасно діагностувати ранові ускладнення (сероми, гематоми).

Висновки

Етапне застосування сучасних бариатричних операцій і герніопластик у хворих на ожиріння та супутньою рубцевою килою дозволяє покращити результати хірургічного лікування та знизити ризик рецидиву грижі. Етапність в тактиці хірургічного лікування визначається індивідуально на основі показників загального стану хворого, ІМТ, типу кили та виду запланованого бариатричного втручання. Перевага при лікуванні рубцевих кил передньої черевної стінки у пацієнтів з ожирінням слід надавати беззатяжним методам герніопластики з використанням сучасних сітчатих імплантів.

ЛІТЕРАТУРА

1. О выборе тактики лечения гриж передней брюшной стенки у больных ожирением : Мат. IV Российского симпозиума с международным участием «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболіческих нарушений» 26-28 апреля / А. С. Лаврик, А. С. Тывончук, Л. С. Бемянский, А. Ю. Згонник, Ю. Б. Лисун // «Анналы хирургии» (приложение). — 2007. — С. 32-34.
2. Славін Л.Е. Ускладнення гриж живота / Л.Е. Славін І.В. Федоров Е.І. Сігал. — М. : Профіль, 2005. — 175 с.
3. Стороженко О. В. Хірургічна тактика при поєднанні післяопераційної грижі черевної стінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у пацієнтів з ожирінням / О. В. Стороженко // Клінічна хірургія. — 2002. — № 4. — С. 30-33.
4. Тактика хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння та надлишковою масою тіла : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю [Сучасні аспекти хірургічного лікування кил], м. Судак, 23-30 вересня 2011 р. / А. С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук [и др.] // Хірургія України — 2011. — № 3 (39), додаток 1. — С. 128-129.
5. Тоскін К. Д. Грижі черевної стінки. 2-е вид., перероб. та доп. / К. Д. Тоскін, В. В. Жебровський. — М., Медицина, 1990. — 272 с.
6. Фелештинський Я. П. Сучасні способи хірургічного лікування післяопераційних гриж живота / Я. П. Фелештинський // Здоров'я України. — 2006. — № 17. — С. 1-5.
7. Johnson W. Surgical treatment of obesity / W. Johnson, E.DeMaria // Curr Treat Options Gastroenterol. — 2006. — Vol. 9. — P. 167-174.
8. Sugerman H. J. Effects of increased intra-abdominal pressure in severe obesity / H. J. Sugerman // Surg. Clin. North. Am. — 2001. — Vol. 81 (5). — P. 1063-1075.



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
РУБЦОВЫХ ГРЫЖ У
БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

*О. Ю. Усенко, О. С. Тывончук,
Б. М. Кондратенко,
М. В. Манойло, О. А. Лаврик,
В. В. Москаленко*

Резюме. В статье представлен опыт лечения 90 больных с рубцовой грыжей и сопутствующим ожирением, у 75 (83,3 %) больных выполнена аллогерниопластика и дерматолипектомия вторым этапом после бариатрической операции в период снижения и стабилизации массы тела, 5 (16,7 %) больным одновременно с бариатрической операцией выполнена герниопластика и дерматолипектомия. За период наблюдения рецидива грыжи после бариатрической операции и герниопластики не было, что свидетельствует о высокой эффективности этапного метода в лечении этой патологии.

Ключевые слова: *рубцовая грыжа, ожирение, этапное лечение.*

PRINCIPLES OF TREATMENT
INCISIONAL HERNIA IN
OBESE PATIENTS

*O. Yu. Usenko,
O. S. Tivonchuk,
B. M. Kondratenko,
M. V. Manoilo, O. A. Lavrik,
V. V. Moskalenko*

Summary. The article describes the experience of treatment of 90 patients with morbid obesity and incisional hernias. Simultaneously with the bariatric surgery 5 patients (16,7 %) received a hernioplasty and dermatolipectomy. The other 75 patients (83,3 %) received a hernioplasty and dermatolipectomy as a second stage after stabilization of their body mass. There was no hernia recurrence after bariatric surgery and hernioplasty within the observation period, which serves as an evidence of high efficiency of the stage method in treatment of the said pathology.

Key words: *incisional hernia, obesity, staged treatment.*