

ВИКОНАННЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ СКЛАДНИХ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Р. Б. Лисенко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

IMPLEMENTATION OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ALOPLASTY FOR COMPLICATED DEFECTS OF ABDOMINAL WALL

R. B. Lysenko

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Внаслідок збільшення тривалості життя, вдосконалення діагностичних технологій збільшилася кількість пацієнтів, у яких виявляють по 2 — 3 супутніх хірургічних захворювання. Успіхи сучасної анестезіології, реаніматології, хірургії сприяли збільшенню частоти виконання симультанних операцій (СО) [1, 2].

В літературі все частіше з'являються повідомлення про застосування СО у хворих за СДЧС [2 — 5].

Основними параметрами, що визначають СДЧС, вважали: їх розміри, поширення, локалізацію, стан тканин ЧС, дані анамнезу (раніше виконані операції, супутні захворювання, фактори ризику тощо), індивідуальні клінічні особливості (наявність супутніх захворювань, необхідність виконання СО тощо) [6].

Досить часто СДЧС поєднуються з різними видами косметичної деформації, рубцями ЧС, хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (жовчнокам'яна хвороба — ЖКХ, гінекологічні тощо), що потребують виконання СО. Тому хірургічна бригада має володіти достатнім досвідом виконання порожнинних втручань, операційна — оснащена всім необхідним для здійснення абдомінопластики, лапаротомії, втручання на органах черевної порожнини [1, 3, 5, 7].

Хоча багато хірургів відзначають необхідність виконання СО, їх частіше здійснюють як випадкові [1, 2, 7]. Багато питань, пов'язаних з виконанням СО в герніології, не виріше-

Реферат

Проаналізовані результати хірургічного лікування 360 хворих з приводу складних дефектів (СД) черевної стінки (ЧС), яким здійснено алопластику за період 2005—2015 рр. У 332 (92,2%) пацієнтів діагностовані супутні захворювання, що потребувало поєданого хірургічного лікування, у 16,4% з них — інтраабдомінальні. Деформація ЧС, що потребувала хірургічної корекції, виявлена у 274 (76,1%) пацієнтів. Використання диференційованого підходу дозволило не тільки надійно закрити різноманітні за локалізацією та розмірами дефекти, а й одночасно усунути супутні захворювання, що потребували хірургічного лікування, уникнути повторних операцій і пов'язаних з ними ускладнень, емоційного, фінансового навантаження.

Ключові слова: складні дефекти черевної стінки; алопластика; симультанні операції.

Abstract

We analyzed the results of surgical treatment of 360 patients for complicated defects of the abdominal wall, which carried out alloplastic for the period 2005—2015. In 332 (92.2%) patients were diagnosed comorbidities that require combined surgical treatment, in 16.4% of them — the intra—abdominal. Deformation of the abdominal wall, which required surgical correction, detected in 274 (76.1%) patients. Using differentiated approach allowed not only to firmly close a variety of localization and size of defects, at the same time eliminate the associated diseases that require surgical treatment, avoiding reoperations and associated complications, emotional and financial burden.

Keywords: complex defects of the abdominal wall; alloplasty; simultaneous operations.

ні. Подальша розробка цієї проблеми дозволить розширити показання до виконання СО в герніології, оптимізувати техніку, ведення післяопераційного періоду, поліпшити якість життя пацієнтів.

Актуальність проблеми зумовлена збільшенням кількості пацієнтів, яким показана не тільки реконструкція ЧС з приводу її дефектів, а й абдомінопластика з естетичних міркувань, лікування супутніх хірургічних захворювань, у тому числі органів черевної порожнини [1 — 5].

Метою дослідження була оцінка ефективності виконання СО при хірургічному лікуванні СДЧС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У хірургічній клініці за період з 2005 по 2015 р. оперовані 360 хворих з приводу СДЧС, в тому числі 309 (85,8%) — жінок та 51 (14,2%) — чоловік.

Супутні захворювання діагностовані у 258 (71,7%) пацієнтів, переважно хвороби серця, цукровий діабет, захворювання дихальної системи. Маса тіла становила від 79 до 165 кг, у середньому 120 кг; індекс маси тіла від 30,5 до 52,7 кг/м², у середньому 38,6 кг/м². Ожиріння виявлене у 158 (43,9%) пацієнтів, в тому числі 1 ступеня — у 23 (14,5%), 2

ступеня — у 38 (24,1%), 3 ступеня — у 51 (32,3%), суперожиріння — у 46 (29,1%).

У 332 (92,2%) пацієнтів з СДЧС супутні захворювання потребували поєданого хірургічного лікування. У 18,1% з них діагностовані інтраабдомінальні захворювання, найчастіше — ЖКХ (у 5,7%). Деформація ЧС, що потребувала хірургічної корекції, виявлена у 267 (74,2%) пацієнтів.

Під час підготовки пацієнтів до оперативного втручання розширювали стандарт передопераційного обстеження для діагностики поєднаних інтраабдомінальних захворювань, що потребували хірургічної корекції, застосовували всі можливі методи лабораторних та інструментальних досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наявність поєднаних захворювань, що вимагало хірургічного лікування, вважаємо показанням до виконання СО у хворих за наявності СДЧС. Такі хірургічні втручання, для досягнення їх медичної доцільності та соціально—економічної ефективності, виконували, беручи до уваги показання, протипоказання, ступінь операційного ризику, кваліфікацію хірурга, можливості анестезіологічного та реанімаційного забезпечення. Вважаємо виправда-

ним виконання СО при СДЧС навіть за умови підвищеного операційно—анестезіологічного ризику, оскільки повторні операції з приводу супутніх хірургічних захворювань, не коригованих одночасно, у подальшому можуть негативно вплинути на результати алопластики, а інколи навіть небезпечні для таких пацієнтів.

Особливу увагу звертали на необхідність проведення ретельної передопераційної підготовки та застосування індивідуального підходу до хірургічної технології у цих пацієнтів.

Протипоказаннями до виконання СО у хворих за наявності СДЧС вважали: надзвичайно високий операційний ризик, непередбачувані ускладнення під час здійснення основного етапу, що не дозволяли провести етап СО або значно підвищували ризик виникнення ускладнень.

Черговість виконання СО визначали індивідуально, проте, як правило, при поєднанні СДЧС та інтраабдомінальних захворювань першим етапом виконували герніолапаротомію або дерматоліпектомію з герніолапаротомією, другим — корекцію супутнього захворювання, третім — алопластику ЧС.

У пацієнтів за наявності СДЧС, у яких хірургічне втручання включало дерматоліпектомію, герніолапаротомію або герніолапаротомію з можливим

хірургічним лікуванням інтраабдомінального захворювання, алопластику ЧС, здійснювали так звану модифіковану абдомінопластику. Таке втручання застосоване у 274 (76,1%) пацієнтів.

Хоча відновлення або покращення функціональних можливостей ЧС є основною метою алопластики при СДЧС, особливу увагу приділяли косметичним аспектам операції, що часто більш важливе для пацієнтів. Тому прагнули вирішувати завдання не тільки медичного, а й естетичного плану.

На нашу думку, від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежав успіх операції, проте, більшість хірургів не приділяють цьому особливої уваги, використовують переважно обрамляючі розрізи над дефектом або випинанням. Такі показники, як вид, величина розрізу, глибина, межі відшарування клаптів, є емпіричними, їх ігнорування часто зумовлює додаткову деформацію зони операції та виникнення ускладнень.

Вибір виду дерматоліпектомії залежав від анатомічних особливостей локалізації та поширення дефекту ЧС, вираженості підшкірної жирової клітковини, наявності шкірно—жирового фартуха, післяопераційних рубців, трофічних виразок, нориць та їх розташування, віку пацієнта, його естетичних запитів, а

СО, виконані у хворих з приводу СДЧС

Операція	Кількість втручань					
	вимушених		запланованих		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дерматоліпектомія	7	1,9	267	74,2	274	76,1
Усунення непрохідності кишечника	5	1,4	2	0,6	7	1,9
Резекція тонкої кишки	4	1,1	2	0,6	6	1,7
Видалення кісти яєчника	3	0,8	3	0,8	6	1,7
Надпівдова ампутація матки	2	0,6	5	1,4	7	2,0
Екстирпація матки з придатками	1	0,3	3	0,8	4	1,1
Правобічна геміколектомія	1	0,3	—	—	1	0,3
Апендектомія	5	1,4	—	—	5	1,4
Холецистектомія	3	0,8	16	4,4	19	5,3
Реконструкція товстої кишки за Соаве	—	—	1	0,3	1	0,3
Вентрофіксація матки	—	—	2	0,6	2	0,6
Цистогастростомія	—	—	1	0,3	1	0,3
Пластика пахвинної грижі	1	0,3	5	1,4	6	1,7
Видалення доброякісних пухлин ЧС	1	0,3	6	1,7	7	2,0

також локалізації супутнього захворювання.

Поздовжня дерматоліпектомія застосована у 77 (28,1%) хворих, за Бебкоком — у 114 (41,6%), за Келлі — у 6 (2,2%), за Фернандесом — у 63 (22,9%), модифікована за Фернандесом — у 7 (2,5%), за Берсоном — у 3 (1,1%), за Тореком — у 2 (0,8%), за Гразером — у 2 (0,8%).

СО при поєднанні СДЧС та захворювань органів черевної порожнини виконані у 59 (16,4%) хворих. Їх поділяли на вимушені та заплановані. Віддавали перевагу єдиному доступу, застосованому у 69,5% пацієнтів за серединної локалізації дефекту. За поєднаного ураження передньої ЧС та органів черевної порожнини для виконання інтраабдомінального етапу операції у 57,6% хворих дозволялося розширити дефект (виконати герніолапаротомію). У 5 (1,4%) хворих, для здійснення хірургічного втручання з приводу дефектів ЧС іншої локалізації, розташованих на відстані, застосовували окремі розрізи. Види СО, виконаних у хворих за наявності СДЧС, представлені у таблиці.

Обов'язковим етапом операції вважаємо розділення спайок для усунення хронічної непрохідності кишечника. У 264 (70,1%) пацієнтів під час операції здійснений тотальний, у 15 (4,2%) — частковий вісцер-

роліз. Резекція великого сальника виконана у 192 (53,3%) хворих.

Основні етапи більшості СО здійснені за стандартними методиками, проте, під час виконання холецистектомії ми застосовували оригінальну методику зшивання ложа жовчного міхура (пат. України 51408 від 12.07.10), що дозволило досягти надійного гемостазу, герметизації зони операції, уникнути підтікання жовчі після операції та відмовитися від дренивання черевної порожнини у 12 (63,2%) хворих.

Спосіб алопластики обирали залежно від зони розташування дефекту, його розмірів, форми, стану тканин ЧС, можливості їх зведення без суттєвого натягу, створення оптимального об'єму черевної порожнини, вірогідності виникнення післяопераційних ускладнень.

Рану, зону пластики дренивали силіконовими дренажами з активним аспіруванням виділень. Значну увагу приділяли профілактиці ускладнень.

Специфічних ускладнень під час та після виконання СО не було. Пацієнти позитивно оцінювали ефект операції.

Використання диференційованого підходу дозволило не тільки надійно закрити різні за локалізацією та розмірами дефекти, а й одночасно усунути супутні захворю-

вання, що потребували хірургічного лікування. За умови правильного індивідуального відбору пацієнтів з поєднаними захворюваннями, їх адекватної передопераційної підготовки з огляду на компенсаторні можливості організму і зменшення ступеня операційного ризику, індивідуалізованого вибору способу, обсягу операції збільшення обсягу хірургічного втручання не впливало на частоту післяопераційних ускладнень.

Виконання СО у пацієнтів з приводу поєднаних хірургічних захворювань дозволяє усунути всю виявлену хірургічну патологію в межах одного анестезіологічного забезпечення, уникнути повторних операцій і пов'язаних з ними операційних, післяопераційних хірургічних та анестезіологічних ускладнень, емоційного навантаження, виключити виникнення в ранньому післяопераційному періоді загострення некоригованого супутнього захворювання, зменшити частоту виникнення рецидивів, тривалості лікування хворого у стаціонарі, витрат на лікування, соціальне страхування, поліпшити якість життя пацієнтів.

Це свідчить про медичну доцільність і високу соціально-економічну ефективність СО у таких пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аль Бикай Рами А. А. Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / Аль Бикай Рами Абдель Азиз. — Ярославль, 2009. — 36 с.
2. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А. В. Федоров, А. Г. Кригер, А. В. Колягин, А. В. Кочатков // Хирургия. — 2011. — № 7. — С. 72 — 76.
3. Абдоминопластика: історія та еволюція методів / О. І. Дронов, Л. О. Рощина, В. І. Федорук [та ін.] // Хирургія України. — 2011. — № 3(39). — С. 78 — 81.
4. Фелештинський Я. П. Післяопераційні вентральні грижі / Я. П. Фелештинський. — К., 2012. — 200 с.
5. Abdominoplasty: towards a two procedures surgery? Retrospective study of postoperative complications about 100 cases / J. Gliksmann, S. Himy, P. Ringenbach, J. B. Andreoletti // Ann. Chir. Plast. Esthet. — 2006. — Vol. 51, N 2. — P. 151 — 156.
6. Criteria for definition of a complex abdominal wall hernia / N. J. Slater, A. Montgomery, F. Berrevoet [et al.] // Hernia. — 2011. — N 12. — P. 226 — 237.
7. Kaplan H. Y. Safety of combining abdominoplasty and total abdominal hysterectomy: fifteen cases and review of the literature / H. Y. Kaplan, E. Bar—Meir // Ann. Plast. Surg. — 2005. — Vol. 54, N 4. — P. 390 — 392.

