

УДК 616.55-007.43.-089.844-085.849.19

© О.Т. ФЕДОРЧУК, Б.Л. ШЕВЧУК

Луцька міська клінічна лікарня

Оптимізація алогерніопластик при грижах різної локалізації

О.Т. FEDORCHUK, В.Л. SHEVCHUK

Lutsk City Clinical Hospital

OPTIMIZATION OF ALOHERNIOPLASTIES AT HERNIAS OF VARIOUS LOCALIZATION

Хірургічне лікування гриж є одним із найбільш частих операцій у плановій хірургії, оскільки герніопластики складають 7 % від всіх планових операцій. Частота виявлених гриж передньої черевної стінки становить 50 на 10 тис. населення, 40 % з яких складають хворі працездатного віку. Результати лікування гриж в Україні залишаються невтішними, частота післяопераційних рецидивів гриж коливається від 15 до 65 %. Впродовж останнього десятиріччя герніологія вступила в новий, прогресивний етап свого розвитку. Нові технології, сучасні пластичні та шовні матеріали дозволяють досягнути в лікуванні гриж значно кращих результатів. Впровадження в практику різних методик герніопластики “без натягу”, за рахунок застосування поліпропіленових сіток, дозволило суттєво поліпшити результати хірургічного лікування хворих.

Однією з найважливіших проблем в герніології на сьогодні є створення сучасніших матеріалів для пластики гриж. Іншими словами, пошук ідеального матеріалу для пластики триває. Це стосується не тільки хімічної природи та біосумісності протезів, але і їх дизайну, конструкції, конфігурації, розмірів пор, товщини ниток.

Мета роботи: порівняльна характеристика герніопластик, виконаних класичним методом з алогерніопластиками. Оцінка результатів застосування поліпропіленових сіток для закриття грижових воріт під час герніопластик у хворих із грижами різної локалізації.

Нами проведено ретроспективний аналіз лікування у 406 хворих із різними видами гриж, які були прооперовані в хірургічному відділенні ЛМКЛІ за період 2007–2008 рр. Здійснено вивчення перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих із різними видами герніопластик. Чоловіків було 245 (60,4 %), жінок – 161 (39,6 %). Вік хворих коливався від 18 до 74 років, хворих із паховою грижею було 165 (40,7 %).

З вентральною грижею – 126 (31,5 %) пацієнтів, з параумбілікальною – 71 (17,5 %), з рецидивною вентральною грижею – 42 (10,3 %) хворих. Рецидивні післяопераційні грижі черевної стінки у хворих були на місці розрізу за Пфаненштїлем, у місцях виведення колостом та дренажів після серединної лапаротомії. На доопераційному етапі усім пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження, включаючи методи функціональної діагностики, огляд хворого терапевтом, при необхідності огляд гінеколога чи інших лікарів суміжних спеціальностей.

Всі хворі були поділені на дві групи. До 1-ї групи (основної) увійшли 173 (42,6 %) хворих, а до другої (контрольної) – 233 (57,4 %) пацієнти.

Хворим основної групи виконувалась класична герніопластика власними тканинами в різноманітних модифікаціях. Серед прооперованої категорії пацієнтів були відмічені такі ускладнення: інфільтрат післяопераційної ділянки у 9-ти хворих (5,2 %), у 3-х – (1,7 %) нагноєння рани, у 4-х пацієнтів (2,3 %) – серома, у 3-х хворих (1,7 %) – гематома рани. Середній термін перебування в стаціонарі склав $(7,4 \pm 0,6)$ ліжко-дня.

У контрольній групі хворим герніопластика виконувалась за допомогою поліпропіленової сітки різних фірм вітчизняного та зарубіжного виробництва (“Prolen” (Ethicon), “Ultrapro” (Ethicon)). При застосуванні біосумісних протезів використовували методики on-lay, in-lay, sub-lay.

У післяопераційному періоді прооперованим хворим призначали знеболювальні: кетолонг – 1,0 через 8 год внутрішньом’язово, наклофен – 3,0 одноразово та супрастин – 2,0 через 12 год впродовж перших 2–3 діб. Окрім цього, застосовувались лікувальна фізкультура та УВЧ на ділянку післяопераційної рани. Тривалість дренивання підшкірного прошарку становила $(3,5 \pm 0,6)$ дня.

Після виконаних герніопластик із використанням поліпропіленових сіток нами були відмічені такі ускладнення, як серома (у 4 (1,75 %)), інфільтрат (у 3 (1,3 %)), гематома (у 2 (0,8 %)). Міграції сітки нами не відмічено в жодному випадку. Причому вищеперераховані ускладнення спостерігали у хворих, яким проводили імплантацію дрібночарункових сіток.

При імплантації великочарункової сітки післяопераційні ускладнення нами не відмічалися, оскільки біодеградація тканин набагато швидша, локальне запалення мінімальне, внаслідок чого зона ішемії значно менша і репаративні процеси в м'яких тканинах перебігають динамічніше. У післяопераційному періоді було діагностовано інфільтрат післяопераційної ділянки у 2 (2,0 %) хворих, інших ускладнень не відмічали. У цієї категорії пацієнтів середній термін перебування в стаціонарі склав $(5,6 \pm 0,8)$ ліжко-дня.

Висновки. 1. Алогерніопластика з використанням поліпропіленової сітки є беззаперечною альтернативою іншим методикам ліквідації гриж різного генезу та локалізації. Перевагами нових методів є відсутність натягу, ішемізації тканин, менш виражений больовий синдром у післяопераційному періоді, який не потребує тривалого застосування анальгетиків, коротші терміни реабілітації, низькі показники післяопераційних ускладнень.

2. Сучасні полімери володіють високою міцністю, еластичністю, достатньою біологічною та хімічною інертністю, нетоксичні, легко стерилізуються, завдяки чому поліпропіленова сітка не приводить до імунної реакції відторгнення, але можуть викликати неспецифічну запальну реакцію на "стороннє тіло" серед м'яких тканин.

3. При застосуванні полегшених сіток при грижах різної локалізації післяопераційних ускладнень не спостерігається.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грубник В.В. Современные методы лечения брюшных грыж / В.В. Грубник, А.А. Лосев, Р.С. Парфентьев. – К. : Здоров'я, 2001. – С. 6–9.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Мохамед Том Эльбомир. – Симферополь : Бизнес-Информ, 2002. – С. 11–17.
3. Саенко В.Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В.Ф. Саенко, Л.С. Беленький // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3–5.
4. Єгієв В.Н. Современное лечение и перспективы герниопластики / В.Н. Єгієв // Герниология. – 2006. – № 2. – С. 5–10.

Отримано 07.09.09