

ДО ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Завідувач кафедри д. м. н. професор Дужий І.Д.

Реферат. Післяопераційні вентральні грижі залишаються одним із найбільш частих ускладнень відкритої абдомінальної хірургії. Хірургічне лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж у пацієнтів похилого віку з супутньою легеневою і серцево-судинною патологією складне і може супроводжуватись життєво небезпечними ускладненнями. В статті представлено досвід хірургічного лікування таких гриж з використанням алогерніопластики у хворих похилого віку.

Ключові слова: гігантські післяопераційні грижі, похилий вік.

Реферат. Послеоперационные вентральные грыжи остаются одним из наиболее частых осложнений открытой абдоминальной хирургии. Хирургическое лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж у пациентов пожилого возраста с сопутствующей легочной и сердечнососудистой патологией сложное и может сопровождаться жизнеугрожающими осложнениями. В статье представлен опыт хирургического лечения таких грыж с использованием алогерниопластики у больных пожилого возраста.

Ключевые слова: гигантские послеоперационные грыжи, пожилой возраст.

Summary. Incisional hernias is one of the commonest of long-term complications of open abdominal surgery. Especially in old patients (over 70 years) with associated respiratory and cardiovascular pathology the surgical treatment of giant incisional hernias is very difficult and may followed lifethreatening complications. The article reports experience about the surgical treatment of giant incisional hernia with prosthetic mesh in geriatric patients.

Key words: giant incisional hernia, surgical treatment.

Вступ. Огляд літератури. Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) залишаються одним із найчастіших ускладнень у абдомінальній хірургії. Частота ПВГ після лапаротомій сягає 11-20% [7]. Використання класичних методів герніопластики ПВГ супроводжується високою частотою розвитку рецидивів. Впровадження сучасних методів алогерніопластики сприяло зменшенню числа цих ускладнень [2, 3]. Особливі проблеми виникають при хірургічному лікуванні рецидивних гігантських післяопераційних вентральних гриж (ГПВГ) – W₄ за I.P. Shevrel, у хворих похилого віку з супутньою серцево-легеневою патологією та ожирінням [1]. Використання традиційної аутогерніопластики у них супроводжується зменшенням об'єму черевної порожнини, що веде до розвитку abdominal compartment syndrome, тяжкої дихальної і серцевої недостатності у ранній післяопераційний період. Летальність у хворих з ГПВГ знаходиться у межах 8 - 21%, залежно від віку хворих.

Мета роботи. Оптимізувати результати хірургічного лікування ГПВГ хворих похилого віку.

Матеріали і методи дослідження. На протязі 2000-2008 років з приводу ПВГ прооперовано 426 хворих віком 28-81 років (середній вік 53,4 роки). Чоловіків було 76 (17,8%), жінок - 350 (82,2%). Серед попередніх оперативних втручань, після яких виникла ПВГ найчастішими були: холецистектомія - 38,8%, операції з приводу виразкової хвороби – 18,2%, акушерсько-гінекологічні операції – 16,6%, резекції товстого кишечника, геміколонектомії – 14,8%. Структура попередніх лапаротомій була така: верхньо-середина – 62,1%, нижньо-середина – 24,3%, доступ Кохера – 1,2%, Федорова – 1,2%, Пфаненштіля – 2,4%, параректальний – 6,1%, Мак-Бурнея – 2,1%, Ріо-Бранко – 0,5%. У 18 (4,2%) ПВГ поєднувались з функціонуючою коло стомою після операції Гартмана. Протягом 1 року після операції грижі розвинулись у 64,5%, 2-5 років – у 35,5%. При цьому ГПВГ спостерігались - у 68 (15,9%), рецидивні ГПВГ - у 14 (3,3%). У 36 (8,5%) хворих з ГПВГ вік перевищував 70 років. Супутня кардіальна та легенева патологія спостерігалась у 74%. Ожиріння мало місце у 18 (50%) осіб. Оперативні втручання у 36 (52,9%) хворих з ГПВГ виконувались за методиками Мейо, Сапезко, з використанням tension-free герніопластики у 32 (47,1%). У 8 хворих використана преперитоніальна пластика (sub lay) за методикою Stoppa-Rives, у 11 - імплантант розташовано надапоневротично (on lay). У цих хворих додатково використовувались релаксуючі розрізи за Ramirez. У 13 хворих похилого віку з тяжкою легенево-серцевою патологією, рецидивними ГПВГ використана методика Я.П. Фелештинського [4]. Для профілактики інфекційних ускладнень проводилась передопераційна антибіотикотерапія, для попередження тромбоемболічних ускладнень вводили антикоагулянти на протязі 7-8 діб.

Результати та їх обговорення. При аналізі лікування встановлено, що чинниками, які сприяли розвитку ГПВГ були натягіння тканин у зоні лапаротомної рани (12), інфекційні ранові ускладнення (6), цукровий діабет(4), загальний тяжкий стан (4), ракова інтоксикація (4), оперативні втручання в ургентних умовах (12). Вибір методу герніопластики залежав від розмірів грижового дефекту, стану тканин передньої черевної стінки, об'єму та стану органів, що знаходились у грижовому мішку та наявної супутньої патології. Традиційні методи

герніопластики виконані у 14 хворих, алогерніопластика – у 22. У 3 імплантанти розташовано преперитонеально, у 6 – надапоневротично, у 13 – за методикою Я.П.Фелештинського. Основні труднощі операцій при ГПВГ були пов'язані з великим м'язово-апоневротичним дефектом черевної стінки, що затрудняє його закриття за рахунок власних тканин. Великий об'єм органів, що тривалий час знаходились у грижовому мішку за межами черевної порожнини супроводжувався компенсаторним зменшенням об'єму черевної порожнини, що затрудняло репозицію грижового вмісту. Іншою проблемою при ГПВГ був виражений спайковий процес у грижовому мішку, порушення мікроциркуляції та дистрофічні зміни у стінках кишечника, що перебував за межами черевної порожнини. Оскільки ліквідація спайкового процесу потребує делікатної техніки оперування, це збільшувало тривалість оперативного втручання. У 3 хворих виникла необхідність резекції зкомпроментованої ділянки кишечника. В усіх випадках оперативні втручання супроводжувалися великими розрізами, широкою мобілізацією підшкірної клітковини на значних ділянках та використанням поліпроленової сітки великої площі, що спричиняло тривалу лімфорею у післяопераційний період. Для боротьби з останньою післяопераційну рану дренивали двома трубчастими дренажами, які приєднували до модифікованої вакуумної системи. Активну аспірацію проводили на протязі 6-10 діб. Найбільш тривалою лімфорея була у хворих з ГПВГ, у яких використовувались релаксуючі розрізи, а імплантат розміщувався in lay та on lay. Для зменшення лімфореї використовували розроблений комплекс лікувальних заходів: активну аспірацію, еластичний бандаж, антикоагулянти, антибіотики, лазеротерапію. У 8 хворих з ГПВГ після класичних оперативних втручань у ранній післяопераційний період спостерігались різної тяжкості порушення зовнішнього дихання, що привело до смерті 1 хворої, у іншій пацієнтки причиною смерті була тромбоемболія легеневої артерії. Післяопераційна летальність склала 5,5%. У 6 оперованих виникли рецидиви. При використанні алогерніопластики (sub lay та on lay) рецидивів гриж не спостерігалось, але мали місце функціональні порушення з боку дихальної та серцево-судинної системи, що обійшлося без летальних наслідків. За методикою І.Я. Фелештинського ускладнень з боку дихальної системи не було. У пацієнтів похилого віку з ГПВГ після алогерніопластики спостерігались наступні ранові

ускладнення: сероми – 18, тривала лімфорей – 16, нагноєння рани – 6, некроз шкіри – 2. Необхідність видалення поліпроленової сітки виникла у 1 хворої. Рецидиви грижі після алогерніопластики мали місце у 2 хворих.

Висновки. Таким чином у хворих похилого віку з ГПВГ існує ціла низка несприятливих факторів, що ускладнює проведення оперативного втручання, а також сприяє розвитку тяжких післяопераційних ускладнень як системного, так і місцевого характеру.

Перспективи подальших досліджень. Використання безнатяжних методів алогерніопластики дозволяє усунути ускладнення з боку дихальної і серцево-судинної систем та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Література

1. Дужий І.Д., Шевченко В.П. Оптимізація хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж// Вісник української медичної стоматологічної академії. Актуальні проблеми сучасної медицини.-т.5.-В.1.-2005.-с.33-34.
2. Мошкова Т.А. Аллопластика срединних вентральних грыж полипроленовыми сетками// Вестник хирургии.-2008.-№4.-с.36-39.
3. Саенко В.Т., Беленский Л.С., Актуальные проблемы современной герниологии// Клиническая хирургия.-№11.-2003.-с. 3-5.
4. Фелештинський Я.П., Піотрович С.М., Дубенець В.О. т.і. Профілактика ускладнень з боку рани при хірургічному лікуванні великих та велетенських післяопераційних вентральних гриж з використанням дренажної системи «inovac»// Матеріали ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота».- Київ.-2006.-с.6-8.
5. Lenug I.M., Djankic S. Relative importance of preoperative health status versus intraoperative factors in predicting postoperative adverse outcomes in geriatric surgical patients.-I. Amer. Geriatr. Soc.- 2001.-№49.- p.1080-5.