

УДК 617.55-007.43-489.168.1-06-03

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Ф.И. Гюльмамедов, А.В. Бондаренко, П.Ф. Гюльмамедов,
А.П. Кухто, В.А. Гюльмамедов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проанализированы результаты лечения 107 больных с осложненными послеоперационными вентральными грыжами больших размеров. Все больные имели 2 и более сопутствующих заболеваний и избыточный вес. 58 больным выполнена герниоаллопластика по «on lay» методике; 33 больным «sublay» и 25 больным комбинированная «in lay-sub lay» пластика. 22 больным проводили рассечение тканей с помощью электрокоагулятора ЕК-300М1 для биосваривания тканей. 18 больным произведено иссечение кожно-жирового «фартука». Среди местных осложнений при «on lay» методике развитие сером, инфильтратов выше, чем при других способах. В группе больных, где применялся электрокоагулятор для биосваривания тканей экссудация была на 2-3 дня меньше. Выявлено 3 рецидива. Причинами рецидивов стали недостаточной площади и неадекватность фиксации протеза, смещение последнего книзу жировым «фартуком». При лечении осложненных вентральных грыж больших размеров необходим комплексный индивидуальный подход.

Ключевые слова: осложненные послеоперационные грыжи, лечение.

Результаты лечения больших послеоперационных вентральных грыжа (БПВГ), несмотря на широкое внедрение в клиническую практику новых хирургических технологий, в настоящее время нельзя признать удовлетворительными. Количество рецидивов значительно и достигает 25%-64% [1,2,3,4,5]. Летальность у этой категории больных достигает 7-10% [1,2,3]. Особую категорию представляют больные с БПВГ состояние которых осложнено сопутствующей патологией и избыточным весом, что значительно усугубляет протекание грыжевой болезни и затрудняет лечение. К сожалению, данная категория больных преобладает среди носителей БПВГ достигая порой 90% [2, 3].

Цель работы

Сравнить результаты лечения больных с осложненными ПВГБР после различных вариантов аллопластики.

Материал и методы

С 2003 по 2007 год в клинике общей хирургии № 1 герниоаллопластика полипропиленовым протезом выполнена 107 больным с БПВГ в возрасте от 35 до 82 лет. Все больные имели два и более сопутствующих соматических за-

болевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, обструктивный бронхит и др.) и избыточную массу тела. Женщин было 84 (78,5%), мужчин – 23 (22,5%). По классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath размеры грыжевых ворот соответствовали W3 у 45 больных (42%) и W4 – 62 больных (58%) [5]. 49 больным (45,6%) – 1 группа выполнена герниоаллопластика по «on lay» методике. 58 больных (54,2%) составили 2 группу, из них 33 больным (30,8%) выполнена «sublay» герниоаллопластика – 1 подгруппа и 25 больным (23,3%) комбинированная «in lay-sub lay» по разработанным в клинике методикам – 2 подгруппа. Группы были сопоставимы по размерам грыжи и тяжести сопутствующей патологии. Для пластики использовали полипропиленовую сетку. У 4 больных из 1-й группы и у 14 больных из 2-й группы с выраженной «фартукоподобной» деформацией живота произведено иссечение кожно-жирового лоскута комбинированными вертикальными и горизонтальными разрезами. 22 больным проводили рассечение тканей с помощью электрокоагулятора ЕК-300М1 для биосваривания тканей и затем тщательную коагуляцию. Дренажирование раны выполняли с помощью «гармошки» Редона. В послеоперационном периоде с целью ранней диагностики экссудативных осложнений проводили УЗИ мягких тканей, а у больных с избыточной жировой клетчаткой проводили микроскопическое, бактериологическое. Использовали биохимическое исследование раневого экссудата на 3 и 5 сутки после операции – изучались маркеры тканевой деструкции. При нарастании показателей в динамике – проводились эвакуация экссудата, дополнительная противовоспалительная и антибиотикотерапия.

С целью оценки возможности компенсаторных свойств сердечно-легочной системы после операции на всех этапах лечения измерялись: артериальное давление, частота пульса, внутрибрюшное давление (ВБД), функция внешнего дыхания, электрокардиограмма. Согласно динамике указанных показателей

проводилась корекція синдрому абдоминальної гіпертензії і серцево-легочних расстройств. Больним с ВБД після операції більше 20 см водяного столба проводилась подовжена штучна вентиляція легких. Больних активізували на наступні сутки після операції. Всі больні консультированы кардіологом і смежними спеціалістами, проводилась предопераційна корекція супутніх захворювань і профілактика тромбоемболії. Результати лікування оцінювали через 1 мес, 6 мес і через кожний рік. Термін спостереження до 5 років.

Результати і обговорення

Серед ускладнень загального характеру прояви гострої серцево-легочної недостаточності були у 3 больних (6,1%) 1-ї групи, і у 1 больно́го 1-ї (3%) і 2-ї (4%) підгруп. Померла 1 больна з 1-ї групи в результаті тромбоемболії легочної артерії і 1 больна 1-ї підгрупи на фоні гострої ниркової і серцево-легочної недостаточності, як прояви синдрома компартменту. У больних 1-ї групи відзначено більш виражене за об'ємом і тривалістю екссудату з рани 8 ± 3 днів, 2-ї групи в цілому 5 ± 2 . Серед місцевих ускладнень у пацієнтів 1-ї групи серозит діагностований у 7 больних (14,2%), запальний інфільтрат – у 4 больних (8,1%), в 1-ї підгрупі серозит – у 3 больних (9%), запальний інфільтрат – у 1 больно́го (3%), в 2-ї підгрупі серозит – у 3 больних (12%), запальний інфільтрат – у 1 больно́го (4%). Причому в групі больних, де застосовувався електрокоагулятор для біосварювання тканин екссудат був на 2-3 дні менше і за об'ємом менш виражений, а серозит розвинувся у 1 больно́го (4,5%).

Серед больних 1-ї групи виявлено 2 рецидива (4,1%). В 1 випадку рецидив розвинувся через 7 місяців після операції. Причиною рецидива став недостаточний за площею аллопротез, повністю не перекривавший дегенеративно-зміннені тканини брюшної стінки. Незважаючи на те, що протез закривав грижовий дефект більш ніж на 5 см по всьому периметру, грижа розвинулася нижче місця фіксації протеза. Другий рецидив виник вище протеза. При вивченні причин рецидивування виявлено зміщення протеза вниз у больно́ї з вираженою фартукоподібною деформацією живота. Зміщенню протеза сприяє також більш виражена екссудативна реакція і відповідно більш повільна фіброзна інкорпорація протеза при використанні методики «on lay». Серед больних 1-ї під-

групи 1 рецидив (3%) виник в гіпогастрії в зв'язі з недостаточною фіксацією протеза к лобкової кістки. В 2-ї підгрупі рецидивів не виявлено.

Висновок

При лікуванні ускладнених БПВГ необхідно ретельне виявлення і корекція супутньої патології на доопераційному етапі. Можливими причинами рецидивів при аллопластиці БПВГ є недостаточна площа протеза, недостаточна його фіксація, зміщення протеза вниз під впливом ваги шкіро-жирового «фартука». При виконанні герніоаллопластики переважніше підпонаевротичне або передбрюшинне розташування протеза, а розмір необхідно вибирати максимально можливий. Видалення вираженого шкіро-жирового «фартука» є патогенетично обґрунтованим при грижопластиці. Використання електрокоагулятора для біосварювання тканин і активної аспірації при герніоаллопластиці по відношенню до БПВГ дозволяє зменшити тривалість серозної екссудату з рани на 2-3 дні, скоротити розвиток серозитів і тривалість лікування і, тим самим, покращити найближчі результати лікування.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Ф.І. Гюльмамедов, О.В. Бондаренко,
П.Ф. Гюльмамедов, О.П. Кухто, В.А. Гюльмамедов

Реферат. Проаналізовані результати лікування 107 хворих з ускладненими післяопераційними вентральними грижами великих розмірів. Всі хворі мали 2 і більш супутніх захворювань і надлишкову вагу. 58 хворим виконана герніоаллопластика по «on lay» методиці; 33 хворим «sublay» і 25 хворим комбінована «in lay-sub lay» пластика. 22 хворим проводили розтин тканин за допомогою електрокоагулятора ЕК-300М1 для біосварювання тканин. 18 хворим виконано видалення шкіро-жирового «фартука». Серед місцевих ускладнень при «on lay» методиці розвиток серозитів, інфільтратів вище, ніж при інших методах. У групі хворих, де застосовувався електрокоагулятор для біосварювання тканин екссудат був на 2-3 дні менше. Виявлено 3 рецидиви. Причинами рецидивів стали недостатня площа і неадекватність фіксації протеза, зсув останнього донизу жировим «фартухом». При лікуванні ускладнених вентральних гриж великих розмірів необхідний комплексний індивідуальний підхід.

Ключові слова: ускладнені післяопераційні грижі, лікування.

TREATMENT OF THE LARGE COMPLICATED POSTOPERATIVE HERNIA

F.I. Gulmamedov, A.V. Bondarenko, P.F. Gulmamedov, A.P. Kukhto, V.A. Gulmamedov

Abstract. The results of 107 patients' treatment with large complicated postoperative hernia have been analysed. All patients had 2 and more concomitant diseases and were overweight. 58 patients were operated on according to «on lay» methodics; 33 – to «sublay» and 25 – to combined «in lay-sub lay» plasty. 22 patients were performed the dissection of tissues with the electrocoagulator EK-300M1 for biowelding of fabrics. 18 patients the excision of dermic-fatty «apron» was performed. Among local complications the development of seroma infiltration at «on lay» method was higher, than it was at another method. In the group of patients, where an electrocoagulator was used for biowelding of fabrics the exudation was 2-3 days less. 3 relapses were exposed. The causes of relapses were insufficient size and inadequacy of fixing of prosthetic appliance, the displacement of the latter downward by means of a fatty «apron». Complex and individual treatment of the large complicated postoperative hernia is necessary.

Key words: complicated postoperative hernia, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Лыхман В.Н., Далавурак В.П., Савви С.А. Профилактика и лечение осложнений после операций по поводу грыж брюшной стенки // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С. 80-82.
2. Жебровский В.В., Хирургия грыж живота. – М., 2005. – 384 с.
3. Криворучко И.А., Чугай В.В., Тонкоглас А.А., Сиво-железов А.В. Лечение рецидивных, больших и гигантских брюшных грыж с использованием полипропиленовых сеток. // Харківська хірургічна школа. – 2005. – №2. – С. 114-116.
4. Лупальцов В. И. Оптимизация хирургического лечения вентральных грыж в сочетании с липэктомией и абдоминопластикой. // Материалы научно-практической конференции «Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций». – Алушта, 2006. – С. 124-125.
5. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – Vol.4, № 1. – P. 1-7.