

УДК 616.34-007+616.007.43+617-55

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІЙ ВЕНТРАЛЬНІЙ ГРИЖІ

В.М. Галюк, В.І. Гудивок

Івано-Франківський національний медичний університет

Реферат. Було проведено обстеження та лікування 48 хворих з післяопераційною вентральною грижею великих і гігантських розмірів, поєднаною із гострою спайковою непрохідністю кишечника. Всі пацієнти були прооперовані в ургентному порядку. Для пластики передньої черевної стінки використовували методику за М.Д. Василюком та інші методи. Кропітливо висікались старі рубці. Було виявлено гіпоксію гепатоцитів, порушення функціонального стану печінки, зміни білковосинтезувальної функції печінки, що проявилось ендотоксикозом та порушенням водно-електролітного балансу. Був вивчений спектр сироваткового білка у фракціях методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі.

Ключові слова: післяопераційна грижа, ендотоксикоз, функція печінки, фракції сироваткового білка.

В останні роки зросла кількість операцій з приводу післяопераційних гриж. Дана патологія становить 10% від усіх гриж [5]. 29,6% пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами надходять у хірургічні стаціонари з клінікою гострої кишкової непрохідності, морфологічним субстратом якої є спайки або защемлення у грижових воротах, що вимагає невідкладного хірургічного втручання після короткої передопераційної підготовки, а це в свою чергу погіршує перебіг післяопераційного періоду виникненням гнійних ускладнень, рецидиву грижі та нерідко призводить до летальних випадків [1, 4].

Причинами рецидиву грижі, крім нагноєння рани, є погіршеності оперативної техніки, недиагностовані і некориговані в передопераційному періоді супутні захворювання [2, 3].

Метою дослідження було вдосконалити методи хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів, поєднаних із спайковою кишковою непрохідністю.

Матеріал та методи

Нами було проведено фізикальне, лабораторне та інструментальне обстеження 48 хворих з післяопераційною вентральною грижею великих і гігантських розмірів, поєднаною із гострою спайковою непрохідністю кишечника. Серед них було 12 (25,0%) чоловіків і 36 (75,0%) жінок, віком від 50 років і старше. Всім хворим в передопераційному періоді, крім загальноприйнятих лабораторних методів обсте-

ження, досліджували спектр фракцій сироваткового білка, методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі, пероксидне окислення ліпідів, стан антиоксидантного захисту, активність ферментів АЛТ, АСТ, трансферину, церулоплазміну, каталази, вугільної ангідрази, сорбітолдегідрогенази, орнітинкарбомойлтрансферази, фактори гуморального та клітинного імунітету, а саме – Ig G, Ig A, Ig M у фракціях сироваткового білка диск-електроферограми в поліакриламідному гелі за методикою М.Д. Василюка, кількісний вміст Т і В лімфоцитів та їх популяцій. Проводили електрокардіограму, спірограму, пробу Сообразе і Штанге, рентгенографію органів грудної клітки та черевної порожнини, при необхідності дані доповнювали ехокардіоскопією і ультразвуковою діагностикою внутрішніх органів. Корекцію виявлених змін з боку органів і систем проводили на протязі 2-х годин з моменту надходження пацієнта, враховуючи рекомендації терапевта, анестезіолога та інших спеціалістів. Проводили нормалізацію водно-електролітного балансу, дезінтоксикаційну терапію, передопераційну підготовку доповнювали проведенням сифонної клізми. У представленій групі хворих ці заходи не приводили до ліквідації непрохідності кишечника, тому вони були прооперовані ургентно.

Результати та обговорення

Поведене дослідження спектру фракцій сироваткового білка, перекисного окислення ліпідів, стану антиоксидантного захисту, активності ферментів печінки, факторів гуморального та клітинного імунітету, виявили виражений ендотоксикоз, функціональне ураження гепатоцитів, порушення імунного статусу організму, що вимагало корекції у післяопераційному періоді. Виявлено, що вміст дієнових кон'югат підвищується у 1,8 раза, а малонового альдегіду-у 3,2 раза в порівнянні з показниками контрольної групи, причому ці зміни прямо залежали від тяжкості клінічного перебігу спайкової кишкової непрохідності в поєднанні із післяопераційною вентральною грижею. Найвні зміни призводили до ендотоксикозу, гіпоксії органів і тканин, а також мали уражаючий вплив на мембрани гепатоцитів, що знижувало функціональ-

ну здатність печінки. На це вказувало зростання світлосуми спонтанного ініційованого свічення з $56,25 \pm 2,34 \times 10^2$ імп/с в контрольній групі, до $78,82 \pm 3,45 \times 10^2$ імп/с в дослідній групі ($P < 0,005$). Кількість перекисних сполук у сироватці крові цих хворих збільшувалась ще більш стрімко, на що вказувало підвищення амплітуди швидкого спалаху, індукованого іонами двовалентного заліза хемілюмінісценції з $54,82 \pm 1,82$ ум.од. в контрольній групі, до $168,80 \pm 6,94$ ум.од. у хворих на спайкову кишкову непрохідність у поєднанні з післяопераційною вентральною грижею. Підвищення рівня ПОЛ у хворих на спайкову кишкову непрохідність за даними реєстрації хемілюмінісценції, мало підтвердження і в результатах спектрофотометричного визначення кінцевих продуктів ПОЛ-малонового альдегіду. Його кількість збільшувалося до $5,52 \pm 0,12$ нмоль/л, в порівнянні з контрольною групою $3,25 \pm 0,14$ нмоль/л ($P < 0,001$). Хірургічне лікування хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною зі спайковою кишковою непрохідністю, вимагало тактичного маневрування в залежності від локалізації, розмірів грижі, частоти рецидивів, порушення функціональних показників органів і систем у конкретного хворого та спайкового процесу в черевній порожнині. Із наведеного числа хворих заземлені грижі спостерігались у 8 (16,6%) хворих і спайкова кишкова непрохідність у - 37 (77,0%). У 6 (12,5%) хворих при ревізії органів черевної порожнини виявлено нежиттєздатні петлі тонкого кишечника, які були резековані з накладанням ентеро- ентеро анастомозу. Вираженість спайкового процесу у всіх хворих була неоднаковою. У 11 (22,9%) хворих спайковий процес переважав у грижовому мішку, у 26 (54,2%) – у черевній порожнині, і у 8 (16,6%) – у черевній порожнині та грижовому мішку. Для попередження рецидиву спайкової кишкової непрохідності максимально обережно проводили адгезіолізис. Десерозовані ділянки кишок і пошкоджені місця вісцеральної очеревини зашивали атравматичними голками з розсмоктувальним шовним матеріалом (перевагу надавали вікрилу 3-0, 4-0). Під час операції намагались роз'єднати зрощення між всіма петлями кишок. На нашу думку, залишення нероз'єднаних петель в черевній порожнині може бути фактором ризику розвитку гострої ранньої спайкової кишкової непрохідності вже у післяопераційному періоді. Вмістом грижового мішка, поряд з іншими органам був великий сальник, чи його пасмо, який у більшості випадків був склерозований чи запально змінений. Для збільшення обсягу черевної порожнини, а також з метою профілактики абдомінального компартмент-синдрому, у частини хворих проводили, особливо з ожирін-

ням, проводили часткову резекцію великого сальника.

Відділи кишечника вище місця перепони були розширеними та переповненими токсичним кишковим вмістом, контамінованими патогенними мікроорганізмами та їх токсинами, все це призводило до дисфункції печінки та синдрому поліорганної недостатності. Для спорожнення кишечника використовували методику «видоювання» вмісту в шлунок з наступною евакуацією його назовні через назогастральний зонд з допомогою відсмоктувача. Після цього шлунок промивали до чистих промивних вод. При наявності некротизованої петлі кишечника вміст евакуйовували через проведену в ній ентеростому. Дані заходи дали можливість зменшити інтоксикацію та парез кишечника у післяопераційному періоді. Черевну порожнину промивали антисептиками: 0,02% розчином діоксидину, розчином фурациліну 1:5000, розчином бетадіну 1:100, при цьому використовували до 1,5-2 л антисептика.

У наявного грижового дефекту проводили ретельне висічення старих рубців, лігатур, мікроабсцесів, лігатурних гранулом, де знаходилася «дрімаюча» інфекція, яка спричиняла інфікування тканин у ділянці пластики. Як показали проведені бактеріологічні дослідження, такі тканини давали ріст мікрофлори у 62% випадків.

Для проведення пластики дефекту апоневрозу використовували запропоновану М.Д.Василуком методику (заявка на винахід № 2003109745), яка дозволяє ліквідувати дефект без підвищення внутрічеревного тиску та надмірного натягу тканин. Дану методику застосували у 30 хворих.

У 10 хворих через наявність повторних рецидивувальних післяопераційних гриж, ожиріння та супутньої патології, пластику проводили з допомогою поліпропіленової сітки.

У 8 хворих пластику проводили за Мейо та Сапежко.

Операцію закінчували висіченням клаптів шкіри з підшкірною жировою клітковиною, яка інфікувалась під час операції. Це також дозволяло ліквідувати звислий живіт і кишеню над місцем пластики апоневрозу.

Протягом 2-4 діб після операції проводили активне дренивання підшкірної жирової основи, запропонованим методом, направлене на відсмоктування ексудату та крові з dna рани.

Під час операції всім хворим вводили внутрішньовенно 200 мг цифрану. Це попереджувало нагноєння післяопераційної рани.

У післяопераційному періоді призначали не менше двох антибіотиків широкого спектру дії. Застосовували цефаласпорини III і IV по-

коління. Хворим вводили білкові препарати, розчини амінокислот, 5% розчин глюкози, ізотонічний розчин натрію хлориду, трисіль, серцеві глікозиди, дихальні аналептики, трентал, еуфілін. Також призначали антиоксиданти: вітамін Е, полівітаміни; ентеросорбенти, гепатопротектори, імуностимулятори (тімалін, Т-активін, ехінацею). Важливим моментом було призначення адекватного знеболення в післяопераційному періоді, яке дозволяє хворому активно рухатись.

Значну увагу приділяли активному веденню післяопераційного періоду, лікувальній фізкультурі, дихальній гімнастиці, для попередження розвитку гіповентиляції та ускладнень з боку дихальної системи.

Для профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих застосовували апарат Г.Малиновського, який є пристроєм для імітованої ходи в горизонтальному положенні, у старших пацієнтів. У хворих у яких було варикозне розширення підшкірних вен, тромбоемболічні ускладнення в анамнезі, додатково призначали клексан по 20 мг, фраксипарин по 0,3 мл або цибор 2500 ОД підшкірно 1 раз на добу, протягом 5 днів з наступним переходом на аспірин. Хворим із варикозним розширенням підшкірних вен бинтували нижні кінцівки на час операції і в післяопераційному періоді.

Зазначений методичний підхід до хірургічного лікування та ведення післяопераційного періоду сприяли 47 (97,9%) хворих первинному загоєнню післяопераційної рани, сприятливому перебігу післяопераційного періоду, відсутності рецидиву грижі та спайкової непрохідності кишечника в безпосередніх та віддалених термінах після операції. У 1 (2,18%) хворої наступила смерть в результаті супутніх захворювань і перитоніту.

Висновки

1. Для попередження рецидиву грижі та спайкової непрохідності кишечника необхідне ретельне виконання всіх етапів операції, а метод пластики застосовувати за принципом «кожному хворому – своя операція».

2. При поєднанні у хворих післяопераційної вентральної грижі великих і гігантських розмірів із спайковою і странгуляційною кишковою непрохідністю кишечника, внаслідок ендотоксикозу, виникають зміни в організмі, які негативно впливають на пластичні здатності тканин до загоєння, що може призвести до рецидиву грижі.

3. Порушення функціональної здатності печінки, зниження імунологічного захисту організму внаслідок ендотоксикозу потребує корекції у післяопераційному періоді у хворих із післяопераційною вентральною грижею,

поєднаною з гострою спайковою непрохідністю кишечника.

4. У майбутньому доцільно вивчити гістоморфологічні зміни печінки у цієї категорії хворих.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

В.М. Галюк, В.И. Гудивок

Реферат. Было проведено обследование и лечение 48 больных с послеоперационной вентральной грыжей, сочетанной с острой спаечной кишечной непроходимостью. Все пациенты были прооперированы в urgentном порядке. Для пластики передней брюшной стенки использовали методику М.Д.Васильюка, а также другие методики. Тщательным образом иссекались старые рубцы. Было выявлено гипоксию гепатоцитов, нарушения функционального состояния печени, изменения белоксинтезирующей функции печени, что проявлялось эндотоксикозом, нарушением водно-электролитного баланса. Был изучен спектр сывороточного белка в фракциях методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа, эндотоксикоз, функция печени, фракции сывороточного белка.

THE MODERN APPROACH OF TREATMENT ACUTE COMMISURAL INTESTINAL OBSTRUCTION WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

V.M. Galyuk, V.I. Gudivok

Abstract. 48 patients with large postoperative ventral hernia and acute commisural intestinal obstruction were examined and treated. All patients were operated in urgent need. In all patients methods of the anterior abdominal walls plasty with it's modification and other. The wide excision of scary-changel edges of performed. The evident endotoxycosis, the disturbances of the aqueous and electrolytic exchanges caused the hypoxia of hepatocytes find the disturbances of the functional liver ability to the proteins synthesized function of the liver were established. The spectrum of the serum protein fractions by means of the disc-electrophoresis method in the polyacrylamid gel in 48 patients were examined.

Key words: postoperative ventral hernia, endotoxycosis, function of liver, serum protein fractions.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беленький В.П. Изменения показателей иммунитета у больных с острой непроходимостью кишечника // Вестн. хирургии. – 2000. - № 3. – С. 23-24.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. – К.:Здоровья. – 2001. – 280 с.
3. Зайцева М.И. Причины возникновения большой и сложной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки // Клінічна хірургія. - 2001. - № 11. – С. 51-54.
4. Петров В.П., Ерухин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина. - 1989. – 228 с.
5. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Мануйло Н.Н. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенке // Клінічна хірургія. - 2001. - № 6. – С. 59-64.