

УДК 617.55-007.43-089.844

О.О. Воровський¹, В.О. Шапринський²

ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОШКОДЖЕННЯ СУДИН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕЛИКИХ ТА ГІГАНТСЬКИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

¹Вінницький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни²Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Проаналізовано результати хірургічного лікування 112 хворих з великими та гігантськими грижами передньої черевної стінки. 76 (67,9%) хворих становили хворі похилого та старечого віку. За статтю жінки склали 86 (76,8%) випадків, чоловіки – 26 (23,2%). Згідно класифікації J.P. Chevrel и A.M. Rath у даній групі хворих грижі мали серединну локалізацію (MR), ширина гризових воріт становила W₃ (100-150 мм) – у 78 (69,6%) і W₄ (>150 мм) – у 34 (30,4%) хворих. Із анамнезу найчастіше причиною грижоутворення мали місце гінекологічні операції – 33 (29,5%) випадках, у 18 (16,1%) хворих причиною післяопераційної вентральної грижі мало місце оперативні втручання з приводу жовчно-кам'яної хвороби, у 14 (12,5%) – первинні оперативні втручання з приводу пупкової грижі, у 10 (8,9%) – після оперативних втручань з приводу онкопатології товстої кишки; у 15 (13,4%) – після оперативних втручань з приводу непрохідності злукового генезу; у 10 (8,9%) – після релапаротомій з приводу перитоніту; у 6 (5,4%) – після травм та вогнепальних поранень отриманих під час Вітчизняної війни; у 6 (5,4%) – уточнити причину виконаної раніше лапаротомії не вдалось. Під час доопераційного обстеження необхідно проводити ультрасонографічне обстеження топографо-анатомічних структур та ангіографічне дослідження судин передньої черевної стінки, з урахуванням результатів яких дадуть можливість уникнути інтраопераційного їх пошкодження. При проведенні хірургічного лікування післяопераційних великих та гігантських вентральних гриж альтернативи алопластичним методам не має. Рекомендовано застосовувати модифікований нами метод алопластики “sublay”, як менш травматичний.

Ключові слова: післяопераційна велика та гігантська вентральна грижа, передня черевна стінка, ангіографія, алопластика, хворі похилого та старечого віку.

Актуальність проблеми післяопераційних вентральних гриж (ПВГ) зумовлена не лише поширеністю даного захворювання, а й незадовільними результатами хірургічного лікування. Неухильне зростання частоти вентральних гриж обумовлено збільшенням кількості операцій на органах черевної порожнини, в тому числі за рахунок симультанних операцій, збільшення кількості релапаротомій, а також перевагою серед оперованих осіб похилого та старечого віку (ПСВ) [10]. Дану патологію вважають не локальним дефектом передньої черевної стінки (ПЧС), а складним захворюванням, що спричиняє порушення діяльності багатьох внутрішніх органів [6]. Хірургічне лікування післяопераційних великих та гігантських гриж (ПВГГ) ПЧС у хворих ПСВ відносять до складних оперативних втручань не лише через їх розміри, але й тому що, в більшості випадків, маємо справу з рецидивними грижами, де клінічний перебіг супроводжується евентрацією, злуковою хворобою черевної порожнини та частковою кишковою непрохідністю, ожирінням, наявністю поєднаної

супутньої патології [7]. ПВГГ призводять до зміни топографо-анатомічного розташування прямих та косих м'язів ПЧС у вигляді їх діастазу, дистрофії та контрактури [10], розташування більшої частини кишечника за межами черевної порожнини та низьким рівнем внутрішньочеревного тиску що призводить до важких обструктивних та респіраторних захворювань легень. Частота рецидивів у даній віковій групі залишається досить високою і складає від 48 до 72%, а летальність 3-20% [9].

Завдяки широкому впровадженню алопластичних матеріалів при хірургічному лікуванні ПВГГ, вдалось значно покращити результати їх хірургічного лікування. Розроблені способи оперативного втручання при застосуванні імплантатів такі як, “onlay”, “inlay”, “sublay” дали змогу в більшості випадків добитись виконання “ненатяжної” пластики ПЧС, яка попереджує розвиток абдомінального компартмент-синдрому (Abdominal Compartment Syndrome) [1] та дає зниження кількості рецидивів до 50% [9]. Проте поруч з позитивною динамікою лікування спостерігається ріст специфіч-

них ускладнень, які пов'язані перш за все із застосуванням при грижепластиці різних видів синтетичних матеріалів. До них відносять утворення сером, гематом, зморщення та міграцію протезу, проростання імплантату в стінку порожнистого органу з утворенням абсцесів та нориць з посиленням розвитком злуккового процесу в черевній порожнині, нагноєння післяопераційної рани тощо [2].

Синтетичні сітки найчастіше імплантуються за методикою "sublay", де їх прикривають апоневротично-м'язевою структурою ПЧС з одного боку та очеревиною – з іншого. Проте, при даній патології, в більшості випадків сформувати задню стінку лише з очеревини не можливо, а застосовувати компонентні сітки типу "Proceed" для хворих ПСВ в більшості випадків придбати фінансово не можливо. Таким чином, виникає потреба у розширенні обсягу оперативного втручання з метою субфасціального розміщення імплантату [4, 8]. Даний спосіб оперативного втручання заключається у розсіченні піхви прямих м'язів ПЧС, при цьому м'язи відпрепаровують від апоневрозу [3, 5]. Операції за модифікацією Rives – Stoppa, Fabian та Ramires також відзначаються високою травматичністю. При даних методах часто виникає пошкодження судин, що призводить до виникнення інтраопераційних кровотеч та гематом [4, 8].

Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування ПВГГ за рахунок розробки методів прогнозування та профілактики інтраопераційного пошкодження кровеносних судин ПЧС.

Матеріал та методи

Проаналізовані результати хірургічного лікування 112 хворих ПСВ з ПВГГ, що знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни з 2002 по 2010 рр. Вік хворих коливався від 40 до 88 років, де у 36 (32,1%) випадків мало місце до 59 років, 62 (55,4%) від 60 до 74 років, 14 (12,5%) від 75 років і старше. За статтю жінки склали 86 (76,8%) випадків, чоловіки – 26 (23,2%).

Згідно класифікації J.P. Chevrel и A.M. Rath у даній групі хворих грижі мали серединну локалізацію (MR), ширина гризових воріт становила W_3 (100-150 мм) – у 78 (69,6%) і W_4 (>150 мм) – у 34 (30,4%) хворих.

Із 112 хворих рецидивні грижі мали місце у 72 (64,3%) випадках, у 32 (28,6%) – два рецидиви захворювання, у 12 (10,7%) – три рецидиви, у 4 (3,6%) – рецидиви мали місце більше трьох раз.

У групі хворих літнього віку (до 59 років) супутня патологія мала місце у 32 (88,8%) випадках, а саме атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 30 (83,3%) випадках; гіпертонічна хвороба – у 16 (44,4%); ожиріння – у 22 (61,1%); захворювання опорно-рухової системи – у 16 (44,4%); захворювання опорно-рухової системи – у 16 (44,4%); цукровий діабет – у 12 (33,3%); аденома передміхурової залози – 9 (25,0%); хронічні обструктивні захворювання легень – у 4 (3,6%); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлестибулярним та атаксичним синдромом – у 4 (3,6%); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 2 (1,8%).

У групі хворих ПСВ супутня патологія зустрічалася у 62 (100%) випадках, а саме: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 62 (100,0%) випадках; гіпертонічна хвороба – у 36 (58,1%); ожиріння – у 52 (83,9%); хронічні обструктивні захворювання легень – у 34 (54,8%); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлестибулярним та атаксичним синдромом – у 28 (45,2%); захворювання опорно-рухової системи – у 26 (32,7%); цукровий діабет – у 22 (41,9%); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 12 (19,4%); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – 14 (22,6%); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – 14 (22,6%); виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – у 4 (6,5%).

Із анамнезу найчастіше причиною грижотворення мали місце гінекологічні операції – 33 (29,5%) випадки, у 18 (16,1%) хворих причиною ПВГ стали оперативні втручання з приводу жовчно-кам'яної хвороби, у 14 (12,5%) – первинні оперативні втручання з приводу пупкової грижі, у 10 (8,9%) – після оперативних втручань з приводу онкопатології товстої кишки; у 15 (13,4%) – після оперативних втручань з приводу непрохідності злуккового генезу; у 10 (8,9%) – після релапаротомій з приводу перитоніту; у 6 (5,4%) – після травм та вогнепальних поранень отриманих під час Ві-

тчизняної війни; у 6 (5,4%) – уточнити причину виконаної раніше лапаротомії не вдалось.

В комплекс доопераційних досліджень були включені: лабораторні дослідження, моніторинг серцево-судинної системи, спірограма, рентгеноскопичні дослідження. Проводили ультрасонографічне дослідження не тільки органів черевної порожнини, а й структурних змін грижових воріт, їх розмірів, вмісту самої грижі, виявленню додаткових дефектів після-операційного рубця, лігатурних абсцесів, інфільтратів черевної стінки та черевної порожнини. Також поводити дослідження товщини апоневрозу, ширину діастазу м'язів ПЧС та ступінь їх атрофії.

Також проводили селективні ангиографічні дослідження судин ПЧС з метою діагностики їх дислокації за допомогою сіроскопа “Simens SX”.

Ступінь анестезіологічного ризику визначався за класифікацією ASA (Американська асоціація анестезіологів) фізичного стану хворого. Так, I ст. відповідали 24 (21,4%) хворих, II ст. – 46 (41,1%), III ст. – 42 (37,5%). Хворим з IV ст. було відмовлено в оперативному лікуванні. Спиномозкову анестезію в поєднанні із загальною внутрішньовенною седитацією застосовували у 23 (20,5%) випадках, загальний ендотрахеальний комбінований наркоз – у 42 (37,5%), епідуральну анестезію – у 47 (42,0%).

Всім хворим було проведено хірургічне лікування ПВГГ із застосуванням поліпропіленових сіток (“Українська кольчуга”, “Лінтекс”). За способом “onlay” було прооперовано 4 (3,6%) пацієнтів, “inlay” – 8 (7,1%), “sublay” – 100 (89,3%).

Результати та обговорення

Хворим з даною патологією приділяли значну увагу при підготовці до операції. Так, 23 (20,5%) хворих пройшли передопераційний курс лікування у терапевтичному відділенні.

При ультрасонографічному дослідженні у 22 (19,6%) випадках були діагностовані додаткові дефекти апоневрозу поза операційним рубцем. Також приділяли увагу товщині апоневрозу в ділянці білої лінії, де менше 0,3 см вважали критичною. Діастаз прямих м'язів живота більше 10 см та їх атрофія менше 3 см в поперечнику призводила до дислокації епігастральних судини, що підвищувало ризик їх пошкодження під час операції. 12

хворим з даної групи провели ангиографічні дослідження. В нормі а. ерігастрца superior нижче хряща VII ребра проникає в піхву прямого м'язу, а а. ерігастрца inferior відгалужується від зовнішньої клубової артерії, піднімається в перед черевному просторі, проникає в піхву прямого м'язу та анастомозує на рівні пупка з а. ерігастрца superior. Дислокацію даних судин досліджували селективно при трансфеморальній катетеризації стегнової артерії за допомогою контрасту ультрапрост 370. В 8 (7,1%) випадках діагностовано медіально-заднє зміщення по піхві прямого м'язу, в 2 (1,8%) – латеральне, в 2 (1,8%) – медіально-переднє. Проекцію розташування судин на шкірі відзначали коректором та враховували при проведенні хірургічного лікування.

Оперативне втручання починали з повного висічення післяопераційного рубця, де як правило, крім основного грижового дефекту по ходу рубця знаходили додаткові отвори. Наступним етапом розкривали грижовий мішок, ліквідовували злуковий процес та розділяли інфільтрати. В 4 (3,6%) випадках мало місце пошкодження кишечника. Виконували ревізію органів черевної порожнини. В 8 (7,1%) випадках була виконано холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холециститу, в 2 (1,8%) – видалення дермоїдної кісти яєчників, в 2 (1,8%) – поєднали з реконструктивно-відновною операцією на товстій кишці. В 44 (39,3%) оперативне лікування проводили за модифікованим нами способом “sublay”, де після ліквідації злукового процесу кишечник прикривали великим сальником, фіксуючи його до передньо-бокової стінки живота вікрілом 3,0. Як правило, в гіпогастральній ділянці очеревина, часто з технічними труднощами вдавалось відділити. Після чого з медіально-передньої поверхні розкривали піхву прямого м'язу зберігаючи по можливості ділянки грижового мішка. За допомогою даних структур (очеревина, задній листок апоневрозу прямого м'язу та ділянки грижового мішка) формували задню стінку. Ретромукулярно розташовували поліпропіленовий імплантат, фіксуючи його П-подібними швами через м'язово-апоневротичну структуру косого м'язу живота. У випадках, коли не вдавалось сформувати передню стінку з передніх листків апоневрозу прямого м'язу застосовували спосіб “inlay”. По причині ризику по-

шкодження самих прямих м'язів та порушення кровопостачання відмовились від їх зшивання чи переміщення. Спосіб "onlay" застосовували у хворих, де мала місце виражена супутня патологія.

При аналізі результатів клінічного лікування встановлено, що ускладнення мали місце у 24 (21,4%) випадках місцевого характеру, де у 12 (10,7%) – сероми, у 6 (5,4%) – відзначали тривале кров'янисті підтікання з дренажу, у 4 (3,6%) – гематоми, у 2 (1,8%) – нориці післяопераційного рубця, у 2 (1,8%) – нагноєння післяопераційної рани. Також в одному випадку у хворої розвинувся тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. Летальність мала місце у 3 (2,7%) випадках.

Висновки

Під час доопераційного обстеження необхідно проводити ультрасонографічне обстеження топографо-анатомічних структур та також бажано ангиографічне дослідження судин ПЧС, з урахуванням результатів яких дають змогу уникнути інтраопераційного їх пошкодження. При проведенні хірургічного лікування ПВГГ альтернативи алопластичним методам не має. Рекомендовано застосовувати модифікований нами метод алопластики "sublay", як менш травматичний.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТРАЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

О.О. Воровский, В.А. Шапринский

Проанализированы результаты хирургического лечения 112 больных с большими и гигантскими грыжами передней брюшной стенки. 76 (67,9%) больных составляли больные пожилого и старческого возраста. По полу женщины составили 86 (76,8%) случаев, мужчины – 26 (23,2%). Согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath в данной группе больных грыжи имели срединную локализацию (MR), ширина грыжевых ворот составляла W3 (100-150 мм) – в 78 (69,6%) и W4 (>150мм) – в 34 (30,4%) больных. Из анамнеза чаще всего причиной грыжи имели место гинекологические операции – 33 (29,5%) случаях, у 18 (16,1%) больных причиной послеоперационной вентральной грыжи имело место оперативные вмешательства по поводу желчно-каменной болезни, у 14 (12, 5%) – первичные оперативные вмешательства по поводу пупочной грыжи, у 10 (8,9%) – после оперативных вмешательств по поводу онкопатологии толстой кишки; у 15 (13,4%) – после оперативных вмеша-

тельств по поводу непроходимости спаечного неза; в 10 (8,9%) – после релапаротомий по поводу перитонита; у 6 (5,4%) – после травм и огнестрельных ранений полученных во время Отечественной войны; у 6 (5,4%) – уточнить причину выполненной ранее лапаротомии не удалось. Во время дооперационного обследования необходимо проводить ультразвуковое обследование топографо-анатомических структур и ангиографическое исследование сосудов передней брюшной стенки, с учетом результатов которых позволит избежать интраоперационного их повреждения. При проведении хирургического лечения послеоперационных больших и гигантских вентральных грыж альтернативы алопластичным методам нет. Рекомендуется применять модифицированный нами метод алопластики «sublay», как менее травматический.

Ключевые слова: послеоперационная большая и гигантская вентральная грыжа, передняя брюшная стенка, ангиография, алопластика, больные пожилого и старческого возраста.

PROGNOSIS AND PROPHYLAXIS OF INJURIES OF VESSELS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL AT ALLOPLASTICS OF POSTOPERATIVE LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

O.O. Vorovskiy, V.A. Shapriniski

Analyzed results of surgical treatment of 112 patients with large and giant anterior abdominal wall hernia were. 76 (67,9%) patients were elderly and senile age. According to the article women were 86 (76,8%) cases, the men – 26 (23,2%). According to the classification and J.P. Chevrel A.M. Rath in this group of patients had a hernia the middle localization (MR), was hernial gate width W3 (100-150mm) – in 78 (69,6%) and W4 (>150mm) – in 34 (30,4%) patients. Since history often cause hernial formation were gynecological operations – 33 (29,5%) cases, 18 (16,1%) patients for postoperative ventral hernia surgery took place on gallstone disease in 14 (12, 5%) – primary surgery on umbilical hernia, 10 (8,9%) – after surgery on colon Oncological Pathology, 15 (13,4%) – after surgery on adhesive obstruction genesis in 10 (8,9%) – after relaparotomy about peritonitis, in 6 (5,4%) – after trauma and gunshot wounds received during World War II, at 6 (5,4%) – specify the reason for laparotomy performed previously failed. During the preoperative examination should be conducted ultrasonographic examination of topographic-anatomical structures and angiographic study anteroventral vessels, taking into account the that will avoid intraoperative damage them. In a surgical treatment large and giant postoperative ventral hernia alloplastic alternative methods have not. Recommend us to apply the modified method alloplasty "sublay", as a less traumatic.

Key words: large and giant postoperative ventral hernia, anterior abdominal wall, angiography, alloplasty, elderly and senile patients.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аблаев Э.Э. Проблемы профилактики абдоминального компартмент-синдрома у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / Э.Э. Аблаев, Д.М. Каракаш // Хірургія України. – 2008. – № 2. – С. 6-7.
2. Белянский Л.С. Анализ пользования разных типов

- синтетических протезов при пластике грыжевых дефектов передней брюшной стенки / Л.С. Белянский, И.М. Тодуров, А.В. Перехрестенко, А.А. Калашников // *Хірургія України*. – 2008. – № 2. – С. 7-9.
3. Брунець О.В. Успішне лікування пацієнта з багаторазово рецидивуючою поширеною післяопераційною грижею черевної стінки / О.В. Бранець, Я.І. Клецко // *Хірургія України*. – 2008. – № 2. – С. 15-17.
 4. Грубник В.В. Сучасні методи пластики вентральних гриж із застосуванням синтетичних протезів / В.В. Грубник, Р.С. Парфентьев, Н.Д. Венгер // *Хірургія України*. – 2008. – № 2. – С. 22-24.
 5. Децьк Д.А. Оптимизация выбора способа пластики при рубцовых вентральных грижах больших размеров / Д.А. Децьк // *Хірургія України*. – 2008. – № 2. – С. 26-28.
 6. Егиев В.Н. Проблемы и противоречия “ненатяжной” герниопластики / В.Н. Егиев, Д.В. Чижов // *Герниология*. – 2004. – № 4. – С. 3-7.
 7. Хирургическое лечение гигантской послеоперационной грыжи брюшной стенки / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко, Т.Г. Лунина [и др.] // *Клінічна хірургія*. – 2007. – № 5-6. – С. 69.
 8. Кишибадзе К. Анализ и сравнительная оценка результатов хирургического лечения гриж передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом / К. Кишибадзе, В. Тедорадзе, Э. Диасамидзе // *Хірургія України*. – 2008. – № 2. – С. 42-45.
 9. Саенко В.Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // *Клінічна хірургія*. – 2003. – № 11. – С. 3-5.
 10. Фелештинский Я.П. Хирургическое лечение послеоперационной грыжи живота у пациентов пожилого и старческого возраста / Я.П. Фелештинский // *Клінічна хірургія*. – 1998. – № 7. – С. 35-36.

Стаття надійшла 02.03.2011