

УДК 616-056.52-003.92-007.43-089

*А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук, М.В. Манойло, Б.М. Кондратенко***ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ ГРИЖ У ХВОРИХ ОЖИРІННЯМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА***Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України, Київ*

В статті представлений досвід лікування 30 хворих з рубцевою грижою та супутнім ожирінням, у 25 (83,3%) хворих виконана алогерніопластика та дерматоліпектомія другим етапом після бариатричної операції в період зниження та стабілізації маси тіла, 5 (16,7%) хворим симультанно з бариатричною операцією виконана герніопластика та дерматоліпектомія. За період спостереження рецидиву гриж після бариатричної операції та герніопластики не було, що свідчить про високу ефективність етапного методу в лікуванні цієї патології.

Ключові слова: рубцева грижа, ожиріння, етапне лікування.

Рубцеві грижі за даними різних авторів спостерігаються у 8,8-14% всіх хворих, які перенесли оперативне втручання на черевній порожнині, а у хворих з надлишковою масою тіла відсоток збільшується до 20%. Не дивлячись на широке впровадження сучасних безналяжних методів герніопластики залишається високою частота рецидивів після герніопластики (близько 50%) [6, 7]. На сучасному етапі розвитку герніології впровадження в практику синтетичних ендопротезів призвело до значного зниження числа рецидивів, але у людей зі значним підшкірно-жировим шаром наявність сітчатого імпланту збільшило частоту утворення сером, нагноєння та відторгнення протезу. У таких хворих крім запальної реакції на протез, виражена дія латерально направлених сил, що розтягують краї рани, що призводить до прорізування швів і зміщенню країв протезу, створюючи таким чином несприятливі умови для заживлення та розвитку рецидиву [8-10].

Епідеміологічні дослідження в різних країнах світу демонструють, що в останні десятиріччя спостерігається зростання розповсюдженості надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення. За останніми даними понад 1-млрд. людей на планеті мають надлишкову масу тіла, з них у 250 млн. виявляють ожиріння. За даними ВООЗ більше 30% населення планети мають надшлікову масу тіла. Ожиріння визнано ВООЗ неінфекційною епідемією XXI століття. В Україні на ожиріння страждають 28,5% пацієнтів, від надлишкової маси тіла – 48% [1]. Із зростанням кількості людей, що страждають ожирінням, закономірний і

зріст числа захворювань – похідних ожиріння, одними з яких є вентральні грижі.

Пацієнти з ожирінням, що мають вентральні грижі, є складною категорією хворих, проте, в більшості випадків хірургами не виділяються в особливу категорію. У сучасній літературі не розставлені акценти в передопераційної підготовки та післяопераційному веденні цих хворих, не виявлено оптимальний спосіб герніопластики.

Схильність у огрядних пацієнтів до грижоутворення обумовлена початково підвищеним внутрішньочеревним тиском [2], який створює підвищене навантаження на шовну нитку, що зближує тканини, при цьому остання набуває ріжучих властивостей, навколо лігатури формується зона некрозу, а в подальшому – неспроможність шва [3], а також за рахунок часто наявного, іноді значного, шкірно-жирового «фартуха», що теж створює додаткове постійне статичне навантаження на апоневроз, призводить до перерозтягування прямих м'язів живота, апоневротичних та фаціальних шарів черевної стінки [4, 5], ставлення до необхідності його видалення серед хірургів неоднозначне: одні вважають дерматоліпектомію, виконувану симультанно при герніологічній операції виправданою і необхідною мірою, інші, навпаки, впевнені в тому, що це лише подовжує час операції, збільшує ранову поверхню і підвищує ризик локальних ускладнень. Досить високий ризик появи рубцевої грижі після практично будь-якого оперативного втручання, що супроводжується лапаротомією, обумовлений усіма перерахованими вище причинами, а також порушеннями кон-

солідації лапаротомного рани і трофічними змінами шкіри в складках шкірно-жирового «фартуха».

У хворих з важкими формами ожиріння виникає складний комплекс проблем: технічні труднощі виконання герніопластики, труднощі діагностики самої грижі черевної стінки (при наявності великого жирового «фартуха»), необхідністю в більшості випадків поєднаного виконання дерматоліпектомії, високим ризиком цілого ряду післяопераційних ускладнень.

Матеріал та методи

В інституті хірургії та трансплантології АМН України з 2000 по 2010 роки проліковано 30 хворих з рубцевою грижою, що страждали на ожиріння. З метою зниження маси тіла, першим етапом було виконано такі бариатричні втручання: у 6 (20%) хворих шунтування шлунку, а у 24 (80%) хворих – бандажування шлунку. Відстрочену герніопластику та дерматоліпектомію виконували після зниження та стабілізації маси тіла в строки $1,2 \pm 0,5$ роки після бариатричної операції. У 4 пацієнтів з гігантськими шкірно-жировим фартухом, який значно перешкоджав нормальну рухову активність, була виконана відстрочена герніопластика і дерматоліпектомія в більш раніші строки $4,3 \pm 0,7$ місяців. Симультанно з бариатричною операцією прооперовано 5 (16,7%)

хворих. Показами до відстроченої герніопластики другим етапом були: відсутність в анамнезі явищ защемлення грижі або низька його вірогідність; важкий вихідний загальний стан пацієнта; необхідність виконання комбінованого бариатричного втручання; гігантські розміри жирового «фартуха»; наявність хронічного вогнища інфекції.

Вік хворих склав від 32 до 60 років, в середньому $45,7 \pm 8,04$ років, жінок серед них 22 (77,78%), чоловіків 8 (22,2%). Серед загального числа хворих більшу частку склали жінки в віці 40-49 років з морбідним ожирінням (табл. 1).

Маса тіла хворих коливалась від 82 до 187 кг. Індекс маси тіла у хворих знаходився в межах від 31 до 70 кг/м^2 . У всіх хворих грижі мали серединну локалізацію, як наслідок лапаротомій з приводу різних захворювань органів черевної порожнини. Із загальної кількості 9 пацієнтів (30%) мали рецидиви грижі: після аутопластики – 7 (23,3%), після аллопластики – 2 (6,66%) (табл. 2).

При обстеженні хворих особливу у вагу приділяли супутнім захворюванням, які мали місце у 93% хворих. Найбільш поширеними захворюваннями були серцево-судинні, хронічні легеневі, жовчовивідних шляхів, цукровий діабет, органів опорно-рухового апарату, варикозне ураження вен нижніх кінцівок. Корекцію супутніх захворювань у таких хворих

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів з ожирінням за статтю і віком

Вік	I ст. ожиріння		II ст. ожиріння.		III ст. ожиріння		Морбідне ожиріння	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
32-39 років	-	-	1	-	1	-	1	2
40-49 років	1	4	1	-	-	1	2	8
50-60 років	-	-	-	2	-	1	1	4

Таблиця 2.

Кількість рецидивів

Вид герніопластики	Кількість рецидивів		
	1 рецидив	2 рецидива	3 рецидива
Аутопластика	4	2	1
Аллопластика	1	1	-

починали проводити в передопераційному періоді.

До операції при наявності хронічного вогнища інфекції проводили його санацію, а також гігієнічний душ двічі на день, та обробка шкіри живота та шкірних складок Стеріліумом, або 40% розчином етилового спирту.

Профілактика ускладнень зі сторони операційної рани проводилась одноразовим внутрішньовенним введенням цефалоспоринів 3 покоління під час операції, до шкірного розриву. Оперативне втручання виконувалось під ендотрахеальним наркозом.

Під час операції ретельно відмежовували підшкірно-жирову клітковину, застосовували електроніж, проводили ретельний гемостаз, а для зашивання рани використовували розсмоктуючі нитки Vicryl (Ethicon). У всіх випадках перед зашиванням рану промивали розчином бетадіна та дренивали через контрапертуру силіконовим дренажем з активною аспірацією по Редону. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною відсепарованих ділянок рани, кількість дренажів два і більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5мм. Рану зашивали пошарово.

Для профілактики гнійно-запальних ранових ускладнень в післяопераційному періоді всі хворі отримували антибіотикопротекцію (цефалоспоринової 3 покоління). В обов'язковому порядку всім хворим проводились заходи що до попередження тромбоемболічних ускладнень у вигляді еластичного бинтування гомілок, та застосовували низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан), що використовували в дозі 0,3 мг на добу одноразово, перед операцією та в післяопераційному періоді до повного відновлення рухової активності хворого на протязі 5-7 днів. Час дренивання залежав від кількості виділень. В ранньому післяопераційному періоді хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфореї. В подальшому хворим підбирали індивідуальні бандажі.

У всіх випадках використовували безтяжні методи герніопластики з використанням синтетичних ендопротезів поліпропіленових та політетрафторетіленових сіток, про-

стих або композитних. Як правило, використовувались методики sub lay.

Результати та обговорення

Бариатричні операції приводять до адекватного і стійкого зниження маси тіла. Середній відсоток втрати надлишку маси тіла через рік після бандажування шлунку складає $51,7 \pm 5,1\%$, а після шунтування шлунку – $67,2 \pm 6,4\%$. Рецидивів гриж після бариатричної операції і герніопластики в строки спостереження не було. Сероми та гнійні ускладнення з боку післяопераційної рани в групі хворих, які перенесли симультанні операції виникли у 3 (60%) пацієнтів. В групі, де виконувалась відстрочена герніопластика і дерматоліпектомія другим етапом серома спостерігалась у 3 (10%) хворих. Всі хворі з ускладненнями лікувались консервативно, видалення синтетичної сітки не було потрібне. При хірургічному лікуванні хворих с ІМТ більше 40 кг/м^2 і супутньою вентральною грижею повинне розглядатись питання про виконання бариатричної операції. Бариатричні операції дають змогу досягти стійкого зниження маси тіла, зниження внутрішньочеревного тиску, що дозволяє знизити ризик рецидиву грижоутворення. Одночасне виконання бариатричної операції та герніопластики доцільне при локалізації грижі в зоні хірургічного доступу. Виконання відстроченої герніопластики та дерматоліпектомії другим етапом в період стабілізації маси тіла і купування супутніх метаболічних і респіраторних порушень дозволяє знизити ризик операції, зменшити кількість ускладнень і вірогідність рецидиву грижі. Використання динамічного УЗД-моніторинга після обширної герніопластики з використанням синтетичної сітки і симультанної дерматоліпектомії дозволяє завчасно діагностувати раньові ускладнення (сероми, гематоми).

Висновки

Етапне застосування сучасних бариатричних операцій і герніопластик у хворих на ожиріння та супутньою рубцевою грижею дозволяє покращити результати хірургічного лікування та знизити ризик рецидиву грижі. Етапність в тактиці хірургічного лікування визначається індивідуально на основі показників загального стану хворого, ІМТ, типу грижі і виду запланованого бариатричного втручання.

ня. Перевага при лікуванні рубцевих гриж передньої черевної стінки у пацієнтів з ожирінням слід надавати безнатяжним методам герніопластики з використанням сучасних сітчатих імплантів.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И ЧРЕЗМЕРНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

А.С. Лаврик, А.Ю. Усенко, О.С. Тывончук, М.В. Манойло, В.М. Кондратенко

В статье представлен опыт лечения 30 больных с рубцовой грыжей и сопутствующим ожирением, у 25 (83,3%) больных выполнена аллогерниопластика и дерматоліпектомия вторым этапом после бариатрической операции в период снижения и стабилизации массы тела, 5 (16,7%) больным одновременно с бариатрической операцией выполнена герниопластика и дерматоліпектомия. За период наблюдения рецидива грыжи после бариатрической операции и герниопластики не было, что свидетельствует о высокой эффективности этапного метода в лечении этой патологии.

Ключевые слова: рубцовая грижа, ожирение, этапное лечение.

THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF CICATRICIAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY AND EXCESSIVE BODY WEIGHT

A.S. Lavrik, A.Yu. Usenko, O.S. Tyvonchuk, M.V. Manoylo, V.M. Kondratenko

The article describes the experience of treatment of 30 patients with morbid obesity and incisional hernias. Simultaneously with the bariatric surgery 5 patients (16,7%) received a hernioplasty and dermatolipectomy. The other 25 patients (83,3%) received a hernioplasty and dermatolipectomy as a second stage af-

ter stabilization of their body mass. There was no hernia recurrence after bariatric surgery and hernioplasty within the observation period, which serves as an evidence of high efficiency of the stage method in treatment of the said pathology.

Keywords: incisional hernia, obesity, staged treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Егієв В.Н. Реконструктивні втручання на шлунку в лікуванні хворих з ожирінням. / В.Н. Егієв. – М.: Медпрактика, 2004. – 100 с.
2. Чистяков А.А. Хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж. / А.А. Чистяков. – М.: Медичне інформаційне агентство, 2005. – 104 с.
3. Краонов О.А. Профилактика ранних послеоперационных осложнений надпоясничной пластики вентральных грыж экзплантом / О.А. Краонов // Актуальные в опросы современной хирургии. – 2000. – С. 130-136.
4. Майстренко Н.А. Негативні наслідки хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж. Можливості прогнозу та профілактики. / Н.А. Майстренко // Вісник хірургії. – 1998. – № 4. – С. 130-136.
5. Славін Л.Е. Ускладнення гриж живота / Л.Е. Славін І.В. Федоров Е.І. Сігал. – М.: Профіль, 2005. – 175 с.
6. Ткач С.М. Гастроентерологічні наслідки надлишкової маси тіла й ожиріння. / С.М. Ткач, В.Г. Передерій // Здоров'я України. – 2007. – С. 54-55.
7. Sugerman H.J. Effects of increased intra-abdominal pressure in severe obesity. / H.J. Sugerman // Surg Clin North Am. – 2001. – Vol. 81 (5). – P. 1063-1075.
8. Вінник Ю.С. Результати герніопластики з застосуванням сітчастих ендопротезів в оперативному лікуванні післяопераційних вентральних гриж. / Ю.С. Вінник // Вісник герніології. – 2001. – Вип. II. – С. 56.
9. Тоскін К.Д. Грижі черевної стінки. 2-е вид., перероб. та доп. / К.Д. Тоскін, В.В. Жебровский. – М., Медицина, 1990. – 272 с.
10. Стороженко О.В. Хірургічна тактика при поєднанні післяопераційної грижі черевної стінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у пацієнтів з ожирінням / О.В. Стороженко // Клінічна хірургія. – 2002. – № 4. – С. 30-33.

Стаття надійшла 21.02.2011