

УДК 617.55-007.43-007.61-089.168.1-06:616.34-007.274-089

Я.П. Фелештинський, О.В. Яриновська

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА ВЕЛИКОГО ТА ГІГАНТСЬКОГО РОЗМІРІВ ПОЄДНАНИХ ЗІ СПАЙКОВОЮ ХВОРОБОЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 144 хворих у віці від 30 до 75 років з післяопераційними грижами живота (ПГЖ) поєднаними зі спайковою хворобою. Жінок було 107 (74,3%), чоловіків – 37 (25,7%). Післяопераційні грижі живота великого розміру спостерігалися у 96 (66,7%), гігантського – у 48 (33,3%). Алогерніопластика виконувалася за методикою «sublay» та модифікованим способом Ramirez. Хворі були розподілені на дві групи в залежності від вираженості спайкового процесу та дві підгрупи в кожній в залежності від використання антиадгезивного гелю. Віддалені результати лікування впродовж 12-36 місяців показали, що в 1А підгрупі без виражених ознак спайкової хвороби та без використання антиадгезивного гелю гостра спайкова кишкова непрохідність спостерігалася у 16,6%, а у 1Б підгрупі з використанням гелю – бар'єру кишкової непрохідності не спостерігалася. В 2А групі хворих з вираженим спайковим процесом без використання гелю-бар'єру кишкова непрохідність спостерігається у 20% хворих. В 2Б групі хворих яким використовувався антиадгезивний гель частота гострої спайкової кишкової непрохідності до 4%. Рецидив спайкової кишкової непрохідності після алогерніопластики з приводу післяопераційних гриж живота великого та гігантського розмірів, із роз'єднанням зрощень, назоінтестинальною інтубацією та використанням традиційної медикаментозної суміші спостерігається у 20% хворих, що вимагає спеціальних лікувально-профілактичних заходів. Використання в комплексному хірургічному лікуванні післяопераційних гриж живота великого та гігантського розмірів поєднаних зі спайковою хворобою антиадгезивного гелю значно покращує безпосередні та віддалені результати, а саме, зменшує частоту гострої післяопераційної кишкової непрохідності у 5 разів.

Ключові слова: післяопераційні грижі живота, алогерніопластика, гостра спайкова кишкова непрохідність, антиадгезивний гель

Післяопераційні грижі живота (ПГЖ) великого та гігантського розмірів у 78-93% хворих супроводжуються спайковою хворобою [1], що ускладнює виконання алогерніопластики та післяопераційний перебіг. Більшість хірургів при закритті великих та гігантських дефектів черевної стінки основний акцент ставлять на алогерніопластику і при поєднаній спайковій хворобі переважно обмежуються лише рутинним роз'єднанням зрощень [2]. Це призводить до рецидиву спайкової хвороби, гострої спайкової кишкової непрохідності у 35-42% хворих та високої післяопераційної летальності (3-10%) [1]. Використання для профілактики зрощень в черевній порожнині мініінвазивних технологій, зрощення кишечника ізотонічним фізіологічним розчином, біологічно інертного шовного матеріалу та ін. не перешкоджає утворення спайок [4].

За останні роки для профілактики рецидиву спайок в черевній порожнині використовують розчини, гелі (кристалоїди, полімери глюкози, карбоксиметил целюлоза), які широко розповсюджуються в черевній порожнині і забезпечують тривалий антиадгезивний бар'єр [5].

Мета роботи — покращити результати комплексного хірургічного лікування хворих на післяопераційні грижі живота, що поєднані зі спайковою хворобою.

Матеріал та методи

Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 144 хворих з ПГЖ великого та гігантського розмірів поєднаними зі спайковою хворобою. Вік хворих від 30 до 75 років. Жінок було – 107 (74,3%), чоловіків – 37 (25,7%). За розмірами, відповідно до міжнародної класифікації [3], хворі були розподілені наступним чином: ПГЖ великого розміру спостерігалися у 96 (66,7%), гігантського у 48 (33,3%) хворих. Діагноз поєднаної спайкової хвороби з післяопераційною грижею живота було встановлено на основі клінічних ознак (періодичний біль в животі, нудота, блювання, здуття живота, затримка газів, стільця) та рентгенологічного дослідження кишечника з барієм per os. В залежності від вираженості клінічних проявів спайкової хвороби при ПГЖ, наявності хронічної спайкової кишкової непрохідності та відповідно вираженості спайкового проце-

су в черевній порожнині, а також проведення лікувально-профілактичних заходів хворі були розподілені на дві основні групи.

Першу групу склали 72 хворих з ПГЖ та поєднаною спайковою хворобою без вираженого спайкового процесу в черевній порожнині та ознак хронічної спайкової кишкової непрохідності. Серед них ПГЖ великого розміру мали місце у 65 хворих, гігантського у 7.

В другу групу були включені 72 хворих з ПГЖ поєднаних з вираженим спайковим процесом в черевній порожнині та явищами хронічної спайкової кишкової непрохідності. В цій групі переважали хворі з гігантськими ПГЖ (41 хворий).

В залежності від комплексу лікувально-профілактичних заходів, перша та друга групи хворих були розподілені на дві підгрупи в кожній.

Перша група хворих була розділена на підгрупи 1А (36 хворих) та 1Б (36 хворих). В 1А підгрупі комплекс лікувальних заходів включав герніолапаротомію, роз'єднання зрощень між петлями кишок, резекцію рубцево зміненого великого чепця. З метою профілактики зрощень між петлями кишок та профілактики післяопераційної кишкової непрохідності ділянки кишок, які були роз'єднані від зрощень обробляли традиційним протиспайковим розчином (ізотонічний фізіологічний розчин та розчин гідрокортизону). Роз'єднання зрощень між петлями кишок та краями грижового дефекту виконували максимально атравматично, десерозовані ділянки кишечника перитонізували.

В 1Б підгрупі після роз'єднання зрощень між петлями кишок з метою профілактики виникнення повторних зрощень на ділянки петель кишечника де роз'єднувалися зрощення наносили гель – бар'єр «Intercoat». Цей гель є сполукою поліетиленом оксиду і натрійкарбоксиметил целюлози, який попереджує зрощення кишечника.

Необхідно зазначити в цих підгрупах хворих спайковий процес в черевній порожнині займав лише окремі ділянки кишечника без явищ хронічної спайкової кишкової непрохідності.

Алогерніопластику при ПГЖ великого розміру в 1А та 1Б підгрупах виконували за модифікованою нами методикою «sublay». Сутність цієї операції полягала в тому, що сітчас-

тий імплант (пролен, ультрапро) розміщували ретромускулярно та фіксували його в епігастрії та мезогасрії до задніх стінок апоневротичних піхв прямих м'язів живота, а в гіпогастрії до м'язово-апоневротичних тканин.

При гігантських ПГЖ алогерніопластику виконували за модифікованим нами способом Ramirez (варіант 1). Після мобілізації від підшкірної основи апоневротичних країв грижового дефекту до косих м'язів живота розрізали апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота по краю апоневротичної піхви прямого м'яза живота справа і зліва. Це сприяло зміщенню прямих м'язів до серединної лінії на 10см з обох боків та відповідно збільшувало об'єм черевної порожнини. Серединний дефект укріплювали сітчастим імплантом (пролен) за методикою «sublay», а слабкі ділянки між прямими та косими м'язами укріплювались проленовими сітками за методикою «onlay».

Друга група хворих з вираженим спайковим процесом в черевній порожнині та явищами хронічної спайкової кишкової непрохідності в залежності від комплексу лікувальних заходів була розділена на 2А та 2Б підгрупи. В 2А підгрупі в зв'язку з вираженим спайковим процесом та явищами хронічної спайкової кишкової непрохідності, наявністю множинних зрощених петель кишечника у вигляді двостволок виконували вісцероліз та виконували назоінтестинальну інтубацію. В 2Б підгрупі після роз'єднання зрощень між петлями кишечника, ліквідації хронічної спайкової кишкової непрохідності та назоінтестинальної інтубації на кишечник наносили тонкий шар гелевого бар'єру «Intercoat». Алогерніопластика виконувалася за описаними раніше методиками: при ПГЖ великого розміру – «sublay», а при ПГЖ гігантського розміру – модифікована методика Ramirez (варіант 1).

Лікування у післяопераційному періоді у всіх хворих було спрямовано на ранню стимуляцію функції кишечника: медикаментозну (метаклопрамід, прозерін) та механічну (гіпертонічні клізми) і покращення мікроциркуляції (реосорбілакт, трентал та ін.).

Результати та обговорення

Безпосередні результати комплексного лікування хворих з ПГЖ та поєднаною спайковою хворобою показали, що у 3 (8,3%) хворих 1А підгрупи на 6 і 7 добу після операції вини-

кли клінічні ознаки ранньої гострої спайкової кишкової непрохідності у вигляді блювання застійним вмістом, здуття живота, затримки відходження газів та стільця. Цим хворим проводили декомпенсацію шлунка назогастральним зондом, призначали спазмолітики, очисні та сифонні клізми, що призвело до ліквідації післяопераційної ранньої кишкової непрохідності. У хворих 1Б групи подібних явищ післяопераційної кишкової непрохідності не спостерігалось.

У 4 (11,1%) хворих 2А підгрупи на 8-9 добу після операції виникла гостра спайкова кишкова непрохідність. Інтубаційний зонд було видалено на 6-7 добу. У 3 хворих явища гострої спайкової кишкової непрохідності були ліквідовані вищезгаданими консервативними заходами. У 1 хворій при наростанні явищ ранньої спайкової кишкової непрохідності виконана релапаротомія. Під час операції виявлено, що причиною спайкової кишкової непрохідності було зрощення петлі клубової кишки у вигляді двохстволок на відстані 40 см від іліоцекального кута. Вище зрощених петель кишечника проксимальна їх ділянка була розширена в три об'єми. Виконано роз'єднання зрощень петель кишок, ліквідація їх непрохідності, назоінтестинальна інтубація. На петлі кишечника тонким шаром нанесено гель-бар'єр «Intercoat». Післяопераційний перебіг у цієї хворої без ускладнень, пасаж по кишечнику відновлено на 5 добу після операції. На 9 добу після операції в задовільному стані хвора виписана на амбулаторне лікування. У 1 (2,7%) хворого 2Б підгрупи на 7 добу після операції також спостерігалася гостра спайкова кишкова непрохідність і була ліквідована консервативними заходами.

Віддалені результати комплексного хірургічного лікування ПГЖ поєднаних зі спайковою хворобою були вивчені шляхом повторних оглядів впродовж 12-36 місяців після операції у 24 хворих 1А підгрупи, 25 хворих 1Б підгрупи та 26 хворих 2А і 25 хворих 2Б підгрупи. Серед хворих 1А підгрупи у 4 (16,6%) спостерігалися періодичні явища гострої спайкової кишкової непрохідності, які ліквідовувалися консервативними заходами. У хворих 1Б підгрупи клінічних ознак спайкової кишкової непрохідності не спостерігалось. Серед хворих 2А підгрупи гостра спайкова кишкова непрохідність спостерігалася у 5 (20,0%) хворих. Консервативні

заходи виявилися ефективними лише у 3 хворих. У 2 (8%) хворих виконувалося хірургічне лікування в ургентному порядку. Причиною гострої спайкової непрохідності були виражені зрощення петель кишечника у вигляді двохстволок. У однієї хворої роз'єднання зрощеного конгломерату петель тонкої кишки було неможливим, виконана резекція цієї ділянки тонкої кишки з накладанням анастомозу по типу «кінець в кінець» та назоінтестинальна інтубація. Крім цього, на кишечник нанесено гель-бар'єр «Intercoat». Хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування. У другій хворій кишкова непрохідність була ліквідована шляхом роз'єднання зрощень, виконання висцеролізу та інтубації кишечника. На кишечник було нанесено гель-бар'єр «Intercoat». Післяопераційний перебіг був тяжким на тлі супутньої серцево-легеневої патології, перистальтика почала відновлюватися на 5 добу після операції. На 7 добу після операції в результаті наростання гострої серцево-легеневої недостатності хвора померла.

В 2Б підгрупі лише у 1 хворій спостерігалися явища спайкової кишкової непрохідності, які були ліквідовані консервативними заходами.

Всі хворі також були обстежені на предмет рецидиву ПГЖ. Жодного випадку рецидиву не виявлено.

Як видно з отриманих безпосередніх результатів комплексного хірургічного лікування хворих з ПГЖ поєднаних зі спайковою хворобою в групі хворих яким використовувався антиадгезивний гель-бар'єр «Intercoat» у порівнянні з медикаментозною сумішшю ранньої спайкової кишкової непрохідності у хворих 1Б підгрупи не спостерігалось, тоді як у 1А підгрупі без використання антиадгезивного гелю рання спайкова кишкова непрохідність спостерігалася у 8,6% хворих

Результати комплексного лікування хворих другої групи з явищами хронічної спайкової кишкової непрохідності також показали високу ефективність використання в комплексному хірургічному лікуванні ПГЖ поєднаної зі спайковою хворобою антиадгезивного гелю «Intercoat» частота гострої кишкової спайкової непрохідності знижена з 20,0% до 4,0%.

З а к л ю ч е н н я

Рецидив спайкової кишкової непрохідності

після алогерніопластики з приводу післяопераційних гриж живота великого та гігантського розмірів, із роз'єднанням зрощень, назоінтестинальною інтубацією та використанням традиційної медикаментозної суміші спостерігається у 20% хворих, що вимагає спеціальних лікувально-профілактичних заходів. Використання в комплексному хірургічному лікуванні післяопераційних гриж живота великого та гігантського розмірів поєднаних зі спайковою хворобою антиадгезивного гелю значно покращує безпосередні та віддалені результати, а саме, зменшує частоту гострої післяопераційної кишкової непрохідності у 5 разів.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШОГО И ГИГАНТСКОГО РАЗМЕРОВ СОЧЕТАННЫХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Я.П. Фелештинский, Е.В. Яриновская

Проведен анализ комплексного хирургического лечения 144 больных в возрасте от 30 до 75 лет с послеоперационными грыжами живота сочетанных спаечной болезнью. Женщин было 107(74,3%), мужчин – 37 (25,7%). Аллогерниопластика при больших послеоперационных грыжах (96 больных) выполнялась по способу «sublay», при гигантских (48 больных) – модифицированная операция Ramirez. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от выраженности спаечного процесса и на 2 подгруппы в каждой в зависимости от использования антиадгезивного геля. Отдаленные результаты лечения в течение 12-36 месяцев показали, что в 1А группе без выраженных признаков спаечной болезни и без использования антиадгезивного геля острая спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 16,6% больных. В группе 1Б с использованием геля – кишечной непроходимости не наблюдалось. В 2А группе больных с выраженным спаечным процессом без использования антиадгезивного геля кишечная непроходимость наблюдалась у 20% больных. В 2Б группе больных, где использовался гель, острая спаечная кишечная непроходимость наблюдалась только 4% больных. Рецидив спаечной кишечной непроходимости после алогерниопластики по поводу послеоперационных грыж живота большого и гигантского размеров, с разьединением сращений, назоинтестинальной интубацией и использованием традиционной медикаментозной смеси наблюдается в 20% больных, что требует специальных лечебно-профилактических мер. Использование в комплексном хирургическом лечении послеоперационных грыж живота большого и гигантского размеров с сочетанных со спаечной болезнью антиадгезивного геля значительно улучшает непосредственные и отдаленные результаты, а именно, уменьшает частоту острой послеоперационной кишечной непроходимости в 5 раз.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи живота, аллогерниопластика, спаечная болезнь, острая спаечная кишечная непроходимость, антиадгезивный гель

COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF POST-OPERATIVE VENTRAL HERNIA OF LARGE AND GIANT SIZES COMBINED WITH ADHESIONS

Y.P. Feleshtinsky, E.V. Yarinovskaya

The analysis of surgical treatment is conducted 144 patients in age from 30 to 75 years with with postoperative ventral hernia of abdomen, which combined with adhesions. Women there were 107(74,3%), men – 37 (25,7%). Allogernioplatic at large postoperative hernia (96 patients) was executed by method «sublay», at giant (48 patients) – by modified operation by Ramirez. Patients were up-diffused on 2 groups depending on expressed of adhesions and on 2 sub-groups in each depending on the use of antiadhesive gel. The long-term results of treatment during 12-36 months, that in a 1A group without the expressed signs of adhesions and without the use of anti-adhesive gel acute bowel obstruction was observed at 16,6% patients. In the group of 1B with the ussng of gel – bowel obstruction was't observed. In the 2A group of patients with the expressed adhesions without using of anti-adhesive gel bowel obstruction was observed at 20% patients. In the 2B group of patients, where gel was used, acute was bowel obstruction observed only 4% patients. Relapse of adhesive bowel obstruction after alogernioplatic concerning large and giant posoperative hernia of abdomen combined with adhesions, observed intestinal intubacion and use of traditional medicinal solutions in 20% patients, that requires the special treatment and prevention measures. Using antiadhesive gel in the surgical treatment of large and giant postoperative ventral hernia combined with adhesions considerably improves direct and long-term results, namely, diminishes frequency of acute postoperative bowel obstruction in 5 times.

Keywords: postoperative hernia of abdomen, allogernioplatic, adhesions, acute adhesive bowel obstructive, anti-adhesive gel

ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Т.Э. Мохам мед. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 440 с.
2. Фелештинский Я.П. Герниопластика складних гігантських дефектів черевної стінки / Я.П. Фелештинський, В.І. Мамчин // Матеріали научно-практичної конференції с міжнародним участієм: Сучасні методи хірургічного лічення вентральних гриж і евентрацій. – Алушта, 2006. – С. 174-176.
3. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chevrel, A.M. Rath // Hernia. – 2000. – Vol. 4, № 1. – P. 1-7.
4. Zinther N.B. Functional cine MRI and transabdominal ultrasonography for the assessment of adhesions to implanted synthetic mesh 5-7 years after laparoscopic ventral hernia repair / N.B. Zinther, P. Wara, H. Friis-Andersen // Hernia. – 2010. – Vol. 14, № 5. – P. 499-504.
5. Zinther N.B. Intraperitoneal onlay mesh: an experimental study of adhesion formation in a sheep model / N.B. Zinther, P. Wara, H. Friis-Andersen // Hernia. – 2010. – Vol. 10. – P. 1007.

Стаття надійшла 10.03.2011