

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

В.Д.Шейко, Д.Г.Дем'янюк, В.І.Ляховський, О.А.Крижановський,
П.П.Сакевич

Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вступ. Грижі живота різної локалізації зустрічаються у 5-6% населення. Грижі в ділянці рубця після операцій з'являються у 10-20% оперованих [5, 6, 7]. Рецидиви після операції з приводу незащемленої грижі трапляються у 2-25% осіб [1, 4]. А після операції з приводу вентральних післяопераційних гриж вони зустрічаються у 5-55% хворих [1, 2, 4]. В сучасних умовах грижonoсійство вважається масовим захворюванням і перетворилося у складну медичну та соціальну проблему. Актуальність її підкреслюють не завжди прогнозовані наслідки оперативних втручань. Навіть після ретельної передопераційної підготовки та використання сучасних технологій післяопераційна летальність сягає 2,9-11% [1].

Важливим кроком до вирішення досить актуального питання лікування гриж вважається широке запровадження у технологію оперативних втручань біологічно інертних синтетичних матеріалів для укріплення грижових воріт [1-4]. Питання лікування гриж з використанням нової технології не сходить з повістки дня науково-практичних конференцій різного рівня. Для цього існують причини. Досі відсутні чітко регламентовані показання до використання синтетичних матеріалів. На вершині дискусії перебувають питання раціонального розміщення синтетичної сітки. Не узагальнені належним чином ранні післяопераційні ускладнення, їх попередження та віддаленні наслідки лікування.

Мета роботи – дослідити віддалені наслідки аллогерніопластики післяопераційних гриж.

Матеріали та методи. За період 2004 – 2007 роки в клініці оперували 104 хворих з приводу післяопераційної грижі. передньої черевної стінки. Чоловіків було 49(47,1%), жінок – 55(52,9%). Середній вік оперованих 59 років. Причиною появи грижі були оперативні втручання з приводу відкритої та закритої травми живота у 19(18,2%), в тому числі з пошкодженням паренхіматозних органів – 10, порожнистих – 5, розриву брижі кишечника – у 4. Холецистектомія відкрита – у 5, лапароскопічна – у 3, апендектомія – у 7. З приводу гострого панкреатиту – у 17(16,3%), кишкової непрохідності – у 9(8,6%), спленектомія з приводу патології селезінки – у 2 осіб. Абсцесу черевної порожнини – у 3, резекції товстої кишки з приводу пухлини – у 5(5,8%) хворих. Операції у жінок з приводу патології внутрішніх статевих органів – у 31(29,8%) особи. Інших оперативних втручань – у 3 хворих. Грижа в ділянці післяопераційного рубця з'явилася у термін 2-7 років після операції. У 9 осіб цьому сприяли лігатурні нориці.

Рецидивні грижі мали місце у 18(17,3%) осіб, защемлені – у 3 хворих. В клінічному плані варто відмітити, що у 15 (14,4%) осіб після появи грижі

спостерігалися закрепи. У 10(9,6%) діагностована злукова хвороба. У 74(71,1%) осіб діагностовано супутню патологію: цукровий діабет I типу – у 2, II типу – у 7 осіб. гіпертонічну хворобу – у 67(64,4%). Хворі спостерігалися у кардіолога, постійно приймали гіпотензивні препарати. На розлади мозкового кровообігу хворіли 20 осіб. Перенесли інсульт 5, інфаркт міокарда – 4 оперованих. Варто відмітити, що особи у віці 60 років і старші в середньому мали 2,7 супутні захворювання.

Дотримувалися класифікації післяопераційних гриж живота, запропонованої К.Д. Тоскіним і В.В. Жебровським, доповнювали її класифікацією Chevrel J.P., Path A.M. Грижі серединні малого розміру мали місце у 23(22,1%), серединні середнього розміру у 37(35,6%), серединні обширні – у 30(28,8%), велетенські грижі – у 6(5,8%) госпіталізованих. Грижа бокового відділу живота була у 8(7,7%) чоловік. Одинокую грижу діагностовано у 21(20,2%), множинні грижі рубця були у 83(79,8%) осіб. Спостерігали 3 особи, післяопераційна грижа у яких займала простір від мечоподібного відростка до лона. Органи черевної порожнини, що постійно знаходилися у грижовому мішку за межами черевної порожнини, хворі носили у спеціальному суспензорії. Невправима грижа діагностована у 19(18,3%) чоловік. У 13 осіб з обширними та велетенськими грижами у лежачому стані поверхня гриж була бугристою, шкіра витонченою, синюшного кольору. Через витончені ділянки шкіри добре проглядалася перистальтика кишечника.

Хворі виказували типові скарги: наявність випинання, періодичний біль у животі, у попереку, закрепи. 17(16,3%) осіб відмічали болі у животі, 8 з них лікувалися з приводу кишкової непрохідності.

Результати та обговорення. Хворих обстежували амбулаторно і одночасно готували до оперативного втручання. В алгоритм обстеження включали лабораторні та функціональні обстеження. Призначали ЕКГ, спірографію, УЗД, КТ черевної порожнини з метою виявлення супутньої патології та передбачення можливих симультанних втручань. В першу чергу нас цікавили розміри грижових воріт, наявність можливих додаткових дефектів черевної стінки. стан черевної стінки в ділянці поблизу грижових воріт, наявність рентгенологічних ознак порушення пасажу кишкового вмісту.

Дихальну недостатність I ступеня до операції діагностували у 25,6% хворих, II ступеня – у 34,8% осіб. Зниження скоротливої функції міокарда I ступеня до операції виявлено у 57,3%, II ступеня – у 13,3% осіб.

До операції з приводу грижі хворі готувалися амбулаторно та в умовах стаціонару. Перед операцією здійснювали бинтування еластичним бинтом нижніх кінцівок. За 6-8 годин до втручання їм виконували ін'єкцію низькомолекулярного гепарину (НМГ). Після операції його вводили протягом 3-7 діб до повної активності хворого. За годину до операції вводили внутрішньовенно антибіотик. Його продовжували вводити після операції протягом доби. Операцію виконували під ендотрахеальним знеболенням.

Повну і остаточну характеристику грижі отримували на операційному столі. Рубцево змінену шкіру висікали. Виділяли грижовий мішок, розтинали його і виконували ревізію органів черевної порожнини. В процесі ревізії у 56(58,8%)

осіб виявлено шнуроподібні та плоскі злуки в ділянці мезо- та гіпогастрію. Петлі кишок виявилися зміщеними перетисненими. Окремі ділянки тонкої кишки розтягнені. Наявність злукової хвороби була констатована у 14(13,5%) осіб. Це змусило виконати повну ревізію черевної порожнини, та здійснити роз'єднання злук. У 36(34,6%) оперованих злуковий процес обмежувався ділянкою органів, що знаходилися поблизу гризових воріт, в гризовому мішку. У 3 осіб змушені були виконати резекцію петель тонкої кишки, що утворювали суцільний конгломерат у гризовому мішку. Гризовий мішок виділяли гострим способом. У 75(72,1%) рубцево змінений грижевий мішок висікали. У 29 осіб гризовий мішок використовували для закриття черевної стінки під сітчастим імплантом. Тому стану гризового мішка, можливості його виділення та обробці надавали особливого значення. Часом це визначало характер пластики гризових воріт. Визначали характер та глибину змін апоневроза, м'язів черевної стінки внаслідок тривалого носіння грижі.

В усіх 104 хворих для пластики гризових воріт використали синтетичні матеріали: сітку хірургічну. При пластиці гризових воріт дотримувалися таких вимог. Край сітки повинен виходити за межі гризових воріт на 4-5 см і сягати межі найменш зміненої ділянки черевної стінки. Місце для розміщення сітки, включаючи краї гризових воріт, мусять бути ретельно очищені від будь-яких нашарувань. Апоневроз повинен мати характерний відблиск. Збережені перемички між краями гризових воріт пересікали. Вздовж рани біля краю штучного трансплантату розміщували заведені через окремі проколи перфоровані трубчаті силіконові дренажі для активної аспірації.

Пластику гризових воріт здійснили шляхом розміщення алотрансплантату перед очервиною (sublay) у 58(55,7%) хворих, між апоневрозом (inlay) – у 40(38,4%), зверху апоневрозу (onlay)– у 6(5,7%) оперованих.

Поставили за мету простежити віддалені наслідки лікування хворих. Для цього опрацювали і направили усім хворим спеціальну анкету. Анкета містила 10 запитань: 1) Як Ви відчуваєте себе після операції? 2) Яка причина незадовільного самопочуття? 3) Якщо грижа з'явилась знову – через який час? 4) Чи не було повторної операції з приводу відновленої грижі? 5) Чи продовжували Ви працювати після операції? 6) Чи міняли місце роботи після операції? 7) Яку роботу виконували після операції? 8) Чи спостерігалися після операції в ділянці рубця норці? 9) Норці закрилися самостійно чи довелося оперувати? 10) Чи не траплялися у Вас відчуття «стороннього тіла» в ділянці післяопераційного рубця? Всього розіслано 98 анкет. Маємо дані стосовно 65 осіб.

Почувають себе добре після операції 47(72,3%) осіб, задовільно – 13(20%), незадовільно – 5(7,6%). Особи першої групи ніяких скарг, пов'язаних з перенесеною операцією, не виказували. Ведуть активний спосіб життя. У хворих, що визначили свій стан здоров'я задовільним, зберіглося відчуття оніміння шкіри в ділянці рубця. Траплялися раптові «простріли». Збереглося відчуття стороннього тіла. При обстеженні вони чітко і вивірено демонстрували положення тіла, у якому це найяскравіше відбувається. Однак, ці явища не заважають хворим вести активний спосіб життя, працювати. У 2 осіб з цієї

групи в ділянці післяопераційного рубця відмічалися лігатурні нориці. Після видалення лігатур наступило швидке видужування.

Незадовільно почувають себе 5 осіб. У 3-х з них, що оперовані з приводу рецидивної вентральної грижі передньої черевної стінки великих розмірів, має місце рецидив грижі. Він поступив в лікарню через 1,5 роки. У 1 хворої одночасно з рецидивом грижі має місце виражена парестезія черевної стінки. Хвору періодично оперізує пекучій біль на рівні пупка. Бентежить відчуття стороннього тіла. Вона ж протягом 6 місяців після операції постійно відмічала підвищення температури тіла ввечері до 37,2⁰-37,5⁰С. Два хворих відмічають закрепи, яких не було до втручання. 4 особи бентежать болі в животі на рівні післяопераційного рубця.

Інші питання анкети стосувалися працездатності оперованих. У зв'язку з перенесеною операцією ніхто з працездатних хворих місце роботи не змінював. Продовжують активно працювати 60(92,3%) осіб. Вони виконують важку та середньої важкості роботу, 8 осіб зайняті у будівництві. Легку роботу виконують 9(13,8), не працюють 5(7,6%) оперованих. Хочемо застерегти ось про що. Спостерігали хворих, що переважно мешкають у сільській місцевості. В силу тих чи інших причин після операції часина з них за власним рішенням продовжують виконувати звичне коло робіт. Через це наше визначення їх можливої участі у трудовому процесі дещо відрізняється від установок МСЕК. Ми констатуємо якість життя та активну життєву позицію.

ВИСНОВКИ.

1. За період спостереження 1-4 роки за хворими, що перенесли аллогерніопластику з приводу післяопераційної вентральної грижі, почувають себе добре 72,3%, задовільно – 20%, незадовільно – 7,6% осіб. Продовжують працювати, ведуть активний спосіб життя 92,3% чоловік.
2. Рецидив грижі за період спостереження трапився у 3(4,6%) оперованих.
3. Використання аллогерніопластики варто вважати оптимальним варіантом хірургічного лікування вентральних післяопераційних гриж.

ЛІТЕРАТУРА

1. В.П.Андрущенко, В.А.Мельников, А.С.Дворчин та ін. Досвід клініки в хірургічному лікуванні гриж черевної стінки // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 4-6.
2. С.В.Афанасьєв, Д.І.Дзевицький, А.В.Снігар. Позитивні і негативні наслідки герніопластик “важкими” сітчастими експлантатами // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 9-11.
3. В.В.Грубник, Р.С.Парфентьєв, Н.Д.Венгер. Сучасні методи пластики вентральних гриж із застосуванням синтетичних протезів. // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 22-24.
4. Б.М.Даценко, Е.В.Кутєпова. Особености діагностики и технология аллогерниопластики рецидивирующих вентральных грыж // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 25-26.
5. В.В.Жебровский, Ф.Н.Ильченко. Атлас операций при грыжах живота. – Симферополь, 2005. – 315 с.

6. В.В.Жебровский, А.В.Косенко, Е.Б.Чемоданов и др. Основные принципы лечения гигантских вентральных грыж // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 30-33.
7. А.Ю.Усенко, А.С.Лаврик, Н.В.Манойло, О.А.Доскуч. Хирургическое лечение послеоперационных и паховых грыж с использованием легких сеток // Хірургія України, 2008.- № 2 (26). – С. 123.

РЕФЕРАТ

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

В.Д.Шейко, Д.Г.Дем'янюк, В.І.Ляховський, О.А.Крижановський,
П.П.Сакевич

Мета роботи – дослідити віддалені наслідки аллогерніопластики післяопераційних гриж.

Матеріали і методи. За період 2004-2007 р. в клініці спостерігали 104 хворих, оперованих з приводу післяопераційної грижі передньої стінки живота. Чоловіків було 49(47,1%), жінок – 55(52,9%). Середній вік оперованих становив 59 років.

Результати та обговорення. Грижі з'явилися в середньому через 2-7 років після оперативного втручання. Рецидивні грижі мали місце у 18(17,3%) осіб, защемлені – у 3 госпіталізованих. Дотримувалися класифікації післяопераційної грижі, яка запропонована К.Д. Тоскіним і В.В. Жебровським, доповнювали її класифікацією Chevrel J.P., Path A.M. Грижі серединні малого розміру мали місце у 23(22,1%), серединні середнього розміру у 37(35,6%), серединні обширні – у 30(28,8%), велетенські грижі – у 6(5,8%) госпіталізованих. Грижа бокового відділу живота була у 8(7,7%) чоловік. Множинні грижі рубця були у 83(79,8%) осіб. Невравимою грижа була у 19(18,3%) чоловік. В алгоритм обстеження включали також функціональні обстеження. Призначали УЗД, КТ. Хворих оперували під ендотрахеальним знеболенням. Змушені були у 59 осіб виконати симультанні втручання: роз'єднання злук, резекцію тонкої кишки у 3 оперованих. Для пластики грижових воріт використали синтетичні трансплантати: сітку хірургічну. Віддалені наслідки лікування прослідкували у 65 осіб. Почувають себе добре 72,3%, задовільно – 20%, незадовільно – 7,6% осіб. Виконують різноманітну роботу 92,3% оперованих. Рецидив грижі має місце у 3(4,6%) осіб.

Висновки. Після перенесеної операції з приводу післяопераційної вентральної грижі, почувають себе добре 72,3%, задовільно 20%, незадовільно 7,6% осіб. Продовжують працювати, ведуть активний спосіб життя 92,3% осіб. Рецидив грижі трапився у 3(4,6%) чоловік.

Ключові слова: післяопераційні грижі, аллогерніопластика, віддалені наслідки

РЕФЕРАТ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В.Д.Шейко, Д.Г.Демянюк, В.И.Ляховский, А.А.Крыжановский,
П.П.Сакевич

Цель работы – исследовать отдаленные результаты аллогерниопластики послеоперационных грыж.

Материалы и методы. За период 2004-2007 г. в клинике наблюдали 104 больных, оперированных по поводу послеоперационных грыж передней стенки живота. Мужчин было 49(47,1%), женщин – 55(52,9%). Средний возраст оперированных был 59 лет.

Результаты и обсуждение. Грыжи появлялись в среднем через 2-7 лет после оперативного вмешательства. Рецидивные грыжи имели место у 18(17,3%) больных, ущемленные – у 3 госпитализированных. Придерживались классификации послеоперационных грыж, которая предложена К.Д.Тоскиным и В.В.Жебровским, дополняли ее классификацией Chevrel J.P., Path A.M. Грыжи срединные малого размера имели место у 23(22,1%), срединные среднего размера у 37(35,6%), срединные обширные – у 30(28,8%), гигантские грыжи – у 6(5,8%) госпитализированных. Грыжа бокового отдела живота была у 8(7,7%) человек. Множественные грыжи рубца были у 83(79,8%) лиц. Невправимой грыжа была у 19(18,3%) человек. В алгоритм обследования включали так же функциональные обследования. Назначали УЗИ, КТ. Больных оперировали под эндотрахеальным обезболиванием. Вынуждены были у 59 лиц выполнить симультанные вмешательства: разъединение спаек, резекцию тонкой кишки у 3 оперированных. Для пластики грыжевых ворот использовали синтетические трансплантаты: сетку хирургическую. Отдаленные результаты лечения проследили у 65 лиц. Чувствуют себя хорошо 72,3%, удовлетворительно – 20%, неудовлетворительно – 7,6% пациентов. Выполняют разнообразную работу 92,3% оперированных. Рецидив грыжи имел место у 3(4,6%) больных.

Выводы. После перенесенной операции по поводу послеоперационной вентральной грыжи, чувствуют себя хорошо 72,3%, удовлетворительно 20%, неудовлетворительно 7,6% пациентов. Продолжают работать, ведут активный образ жизни 92,3% человек. Рецидив грыжи возник у 3(4,6%) человек.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, аллогерниопластика, отдаленные результаты.

SUMMARY

REMOTE RESULTS OF ALLOHERNIOPLASTY POSTOPERATIVE HERNIAS OF THE ABDOMINAL WALL

Sheiko V.D., Demyaniyk D.H., Liakhovsky V.I., Kryzhanovsky O.A., Sakevich P.P.

The aim – to research the remote results an allohernioplasty of postoperative hernias.

Material and methods. For period 2004-2007 years 104 patient observed in clinic, handled on cause of the postoperative hernias of the front wall of the abdomen. The mans was 49(47,1%), woman - 55(52,9%). The average age of handled was 59 years.

Results and discussion. The hernias came up for average through 2-7 years after operative intervention. Relapse hernias existed beside 18(17,3%) patients, strangulated - for 3 hospitalized. Kept the categorizations of the postoperative hernias, which is offered by K.D.Toskin and V.V.Zhbrovsky, complemented its

categorization Chevrel J.P., Path A.M. The middle hernias of the small size existed beside 23(22,1%), middle average size beside 37(35,6%), middle extensive - beside 30(28,8%), gigantic hernias - beside 6(5,8%) hospitalized. The hernia of the lateral part of the abdomen was beside 8(7,7%) of the person. The plural hernias scar were beside 83(79,8%) of the persons. Nonset hernia was beside 19(18,3%) of the person. In algorithm of the examination included in the same way functional examinations. Fixed the USE, KT. The patients was operated under endotracheal anesthesia. Have to were beside 59 persons to execute simultaneous interference: separation of commissures, resection of the small intestine beside 3 patient. For hernial plastics winch used syntetic transplantats: surgical net. The remote results of the treatment have tracked by 65 persons. Feel good 72,3%, satisfactorily - 20%, unsatisfactorily - 7,6% patients. Execute varied work 92,3% persons. The relapse of the hernia existed by 3(4,6%) patients.

Conclusions. After carried operations on cause postoperative ventral hernias, feel good 72,3%, satisfactorily 20%, unsatisfactorily 7,6% patient. Continue to work, lead the active lifestyle 92,3% person. The relapse of the hernia to appeared beside 3(4,6%) of the person.

Keywords: postoperative hernias, allohernioplasty, remote results.