

з недорозвиненим апоневрозом сила його розриву складала $1,2 \pm 0,32$ кг.

Встановлені показники міцності апоневрозу послужили критерієм вибору сітки для здійснення алопластики. У хворих з звичайно розвиненим апоневрозом навіть при ожирінні з масою тіла до 160 кг загальна сила тиску на сітку не може перевищувати 100 кг. Таку міцність безумовно забезпечує пришивання сітки в 50–60 точках до апоневрозу прямого м'язу кожного з країв, що досягали використаним сіткою розміром 10×15 см. В разі виявлення атрофії апоневрозу необхідну міцність досягали пришиванням сітки в 220–250 точках, для чого використовували сітку розміром 20×25 см.

При не ускладненому перебігу післяопераційного періоду хворим проводили перев'язки один раз на добу тривалість ексудації зменшувалась на 2–3 добу і припинялась на 5–6 добу, після чого видаляли дренажі і продовжували перев'язки ще на дві доби. У з хворих при ексудації до 200 мл і більше перев'язки проводили два рази на добу.

Після розташування сітки onlay частота виникнення сероми становила 27–9,3%, глибокого нагноєння рани 21–1,7% [2, 3].

На відміну від вказаних хірургів, які фіксували сітку до апоневрозу за допомогою 2–3 безперервних швів або окремими скобками, в наших спостереженнях накладення великої кількості швів з невеликим, 1,5–2 см, проміжком між ними зумовлювало не тільки високу міцність з'єднання, але і щільне прилягання всієї сітки до апоневрозу.

Щільне прилягання сітки до апоневрозу сприяло швидкому вrostанню сітки і реабілітації пацієнта. На-

копичення серозної рідини над сіткою тривало від 6 до 13 тижнів ($7 \pm 2,1$) тижня. Рідину видаляли шляхом пункції під контролем ультразвукового дослідження. Утворення гематоми, нагноєння рани не спостерігали.

У однієї хворої виник некроз шкіри, що змусило виконати її висічення. Рана загоїлась вторинним натягом, в післяопераційному періоді утворились лігатурні нориці, які усунуті шляхом видалення лігатур. Сітка, яка на той час проросла сполучною тканиною, залишена на місці.

Зведення країв прямих м'язів живота до середньої лінії усувало натяг з швів, накладених на край гризових воріт, що запобігало їх прорізанням і рецидиву грижі. Так, всі пацієнти обстежені в термін 14–42 ($29 \pm 5,7$) місяців після виконання операції, рецидив грижі не виявлений.

Висновки. Застосування технології електрозварювання живих тканин для висічення гризового мішка та виділення апоневрозу прискорює виконання цього етапу оперативного втручання і створює хороші умови для приживлення сітки з частотою виникнення сероми 17%.

Розміщення поліпропіленової сітки поверх апоневрозу дозволяє надійно сумістити внутрішні краї прямих м'язів, що забезпечує усунення натягу на лінію швів і гарантує від рецидиву середньої грижі живота.

Фіксація синтетичної сітки до апоневрозу за допомогою вузлових швів, розміщених через кожні 1,5–2 см, створює сумарну міцність швів, що перевищує можливу силу прорізання нитки. Це сприяє зменшенню частоти виникнення сероми в післяопераційному періоді і запобігає появі рецидиву грижі.

Література

1. Iqbal C.W., Pham T.H., Joseph A., Mai J., Thompson G.B., Sarr M.G. Long-term outcome of 254 complex incisional hernia repairs using the modified rives-stopppa technique // *World Journal of Surgery/December*. — 2007. — Vol. 31. — №12. — P. 2398–2404.

2. Kingsnorth A.N., Shahid M.K., Valliattu A.J., Hadden R.A., Porter C.S. Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant // *World Journal of Surgery*. — 2008, January. — Vol. 32. — №1. — P. 26–30.
3. Poelman M.M., Langenhorst B.L.A.M., Schellekens J.F., Schreurs W.H. Modified onlay technique for the repair of the more complicated incisional hernias: single-centre evaluation of a large cohort // *Hernia*. — 2010 August. — Vol. 14. — №4. — P. 369–374.

УДК 617.55-06-089

О.В. Стороженко, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха, І.І. Дігтяр, А.В. Ярошенко

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

В умовах зростання кількості хірургічних втручань на органах черевної порожнини частота післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС), як урази ускладненого, так і за неускладненого перебігу становить 20–30%. ПОГЧС посідає одне з перших місць в спектрі патологій, яка потребує хірургічного втручання [2, 3]. Поширеність цієї патології, можливість виникнення небезпечних ускладнень та високий рівень рецидивів після оперативного лікування гриж [4], обумовили велику кількість досліджень в цій галузі на всіх етапах розвитку хірургії. Супутнє ожиріння призводить до збільшення розмірів дефекту, розвитку гігантських гриж, які асоціюються зі ще більшою інвалідністю хворих. Комбінація ПОГЧС та ожиріння формує категорію «складних гриж», наявність яких часто змушує відмовлятися від виконання оперативного втручання навіть досвідчених хірургів [5]. Вимоги сучасної хірургії змушують шукати

нові підходи до виконання поєднаних операцій. У сучасних умовах дана категорія пацієнтів часто звертаються до лікарів з проханням не тільки усунути основну хірургічну патологію, але і корегувати косметичні недоліки живота [1]. В таких випадках при проведенні операції виводиться враховувати як хірургічні, так і естетичні аспекти. Особливу актуальність набувають особливості діагностики, передопераційної підготовки, технічні особливості виконання оперативних втручань при поєднанні ПОГЧС та ожиріння.

Мета роботи — оптимізувати вибір методу хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у хворих на ожиріння для покращення результатів лікування і зменшення кількості рецидивів та ускладнень.

Матеріали та методи досліджень. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 178 пацієнтів з ПОГЧС та супутнім ожирінням у хірургічних клініках м. Полтави

протягом 1999–2010 рр. Всі пацієнтки — жінки, віком від 27 до 74 років, що мали ожиріння різного ступеня вираженості. У більшості хворих встановлено алиментарно-конституційне ожиріння. Маса тіла становила від 90 до 160 кг, у середньому — $112 \pm 4,5$ кг, індекс маси тіла — від 29,8 до 58,4 кг/м². Згідно з класифікацією I.P. Chevrel, A.M. Rath (2000р.) [6], ПОГЧС W1 діагностовано у 37 хворих (20,8%), W2 — у 63 (53,4%), W3 — у 51 (28,6%), W4 — у 27 (15,2%); до підгрупи M віднесено 166 хворих (93,3%), до підгрупи L — 12 (6,7%). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 22 хворих (12,3%), явища защемлення — у 12 (6,7%). Майже всі хворі були з гіпогастральною, та значна — з мезогастральною локалізацією грижових воріт, мали підвищене відкладання жирової клітковини у нижній частині живота, що мало форму «висячого фартука» або «відвислого живота». Передопераційне обстеження хворих полягало в проведенні клінічних, лабораторних та функціональних досліджень. В алгоритм передопераційного обстеження обов'язково включали інструментальні методи дослідження (УЗД, при необхідності ФГДС, КТ), для виявлення симультанної хірургічної або гінекологічної патології органів черевної порожнини з метою їх оперативної корекції при герніолапаротомії. Комплексне обстеження хворих давало можливість обґрунтувати обсяг потрібної передопераційної підготовки спрямованої на профілактику гнійно — запальних, серцево — судинних, тромбоемболічних та бронхолегеневих ускладнень і попередньо скласти план реконструктивної операції. Обсяг профілактичного комплексу визначали індивідуально. Для алопластики використовували експланти вітчизняного або закордонного виробництва. При виконанні оперативних втручань перевагу віддаємо комбінованому ендотрахеальному наркозу з міорелаксантами та епідуральною анестезією.

Результати та їх обговорення. Вибір методу оперативного втручання залежав від локалізації грижі, розмірів грижового мішка, наявності післяопераційних рубців, а також від особливостей деформації червоної стінки підшкірно — жировими відкладеннями. Лінію майбутнього розрізу позначали перед операцією у лежачій позиції хворого, так щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно до пахових складок, потім на 3–4 см вище лобкової складки та на 2–3 см латеральніше від гребнів здухвинних кісток. Пальцями визначали надмірну шкірно-жирову тканину з обох боків від гребнів здухвинних кісток до початку формування шкірно-жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначали величину розрізу у стоячій позиції хворого, коли шкірно — жирові тканини передньої черевної стінки опущені під дією сили тяжіння. У 162 (91%) хворих із ПОГЧС та наявністю «відвислого живота» значних розмірів поряд із грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки із розширеного оперативного доступу

за Фернандесом та Берсоном. У 16 (9%) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ найбільш зручний для виконання обох втручань. Спосіб герніопластики вибирали беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидивні ускладнення. У 51 (28,6%) пацієнтів із ПОГЧС W1 і W2 із незначними змінами тканин і без рецидивів застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт; у хворих із ПОГЧС W3 та W4 і за наявності рецидиву (будь якого розміру), боковою локалізацією грижі — алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики sublay із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 121 (68%) хворих. Герніопластику за методом onlay виконували, як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 6 (3,4%) хворих. Операцію завершували активним дренаванням місця пластики за Редоном протягом 4–5 діб, перед зашиванням операційної рани її промивали розчином дексану. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною відсепарованих ділянок рани, кількість два і більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5 мм. Рану зашивали пошарово. Зважаючи на можливість «дрімаючої інфекції» після попередніх оперативних втручань пацієнтам призначали антибіотикотерапію. Післяопераційне ведення включало ранню активізацію хворих; антибіотикотерапію до 3-х діб, антикоагулянтну терапію 5–7 діб, еластичне бинтування нижніх кінцівок, ультразвуковий контроль рани, видалення дренажів при відсутності ознак сероми чи гематоми в рані на 3–5 добу. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно — жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 6 (3,4%) хворих, гематома післяопераційної рани — у 5 (2,8%), нагноєння рани — 3 (1,7%), частковий некроз країв шкіри — у 3 (1,7%) хворих. Одна хвора померла після автопластики рецидивної ПОГЧС внаслідок каскадних явищ супутньої серцевої патології. Результати спостережень протягом 2-х років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

Висновки. Виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з алогерніопластиком сучасними полімерними матеріалами дозволяє покращити результати лікування хворих із ПОГЧС та ожирінням, а також покращити косметичні результати операції та прискорити фізичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

Література

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / Белоусов А.Е. — СПб.: «Гиппократ», 1998. — С. 742
2. Грубник В.В. Современные методы лечения брюшных грыж / [В.В. Грубник, А.А. Лосев, Н.Р. Баязитов, Р.С. Парфентьев]. — К.: Здоров'я, 2001. — 278 с.
3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и евентраций / В.В. Жебровский, Том Эльбашир Мохамед. — Симферополь: Бизнес-Ин-

форм, 2002. — 440 с.

4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / Жебровский В.В. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. — 384 с.
5. Лаврик А.С., Усенко О.Ю., Тиванчук О.С., Манойло М.В. та ін. / Особливості хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла // Український журнал хірургії. — 2011. — №4 (13). — С. 186–189.
6. 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.