

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Стороженко О.В.¹, Лігоненко О.В.¹,Зубаха А.Б.¹, Дігтяр І.І.¹, Сидоренко Ю.А.²

¹ Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Державний заклад «Відділкова клінічна лікарня
ст. Полтава СТГО «Південна залізниця»

Вступ. В умовах зростання кількості хірургічних втручань на органах черевної порожнини частота післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС), як у разі ускладненого, так і за неускладненого перебігу становить 20-30 %. ПОГЧС посідають 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. Вимоги сучасної хірургії змушують шукати нові підходи до виконання поєднаних операцій. У сучасних умовах дана категорія пацієнтів часто звертається до лікарів з проханням не тільки усунути основну хірургічну патологію, але і корегувати косметичні недоліки живота [1]. В таких випадках при проведенні операцій доводиться 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 дослідження – оптимізувати вибір методу хірургічного лікування ПОГЧС у хворих на ожиріння для покращення результатів лікування і зменшення кількості рецидивів та ускладнень.

Матеріали і методи досліджень. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 113 пацієнтів з ПОГЧС та супутнім ожирінням у хірургічних клініках м. Полтави протягом 2004-2010 рр. Жінок було 111 (98,2 %), чоловіків – 2 (1,8 %), вік пацієнтів – від 27 до 74 років. Усі хворі мали ожиріння різного ступеня вираженості. У більшості хворих встановлено аліментарно-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. Path (2000 p.) [5], ПОГЧС W1 діагностовано у 19 хворих (17,1%), W2 – у 39 (34,1 %), W3 – у 44 (39,3 %), W4 – у 11 (9,5 %); до підгрупи M віднесено 106 хворих (93 %), до підгрупи L – 7 (6,2 %). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 12 хворих (10,6 %), явища защемлення – у 7 (6,2 %). Майже всі хворі були з гіпогастральною, та значна – з мезогастральною локалізацією гризових 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 симульганної 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 епідуральній анестезії.

Результати досліджень та їх обговорення. Вибір методу оперативного втручання залежав від локалізації грижі, розмірів грижового мішка, наявності післяопераційних рубців, а також від особливостей деформації червної 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 розмір розрізу у стоячій позиції хворого, коли шкірно-жирові тканини передньої черевної стінки опущені під дією сили тяжіння. У 106 (93,8 %) 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 7 (6,2 %) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із серединною 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, рецидиви і ускладнення. У 33 (29,2 %) 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 край грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 78 (69 %) хворих. Герніопластику за методом on-lay виконували, як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 2 (1,8 %) хворих. Методику inlay не застосовували, так як у більшості пацієнтів очеревина витончена, легко травмується, тому виникає значний ризик контактування експланту із внутрішніми органами, що вкрай небезпечно. Операцію завершували активним дренажуванням місця пластики за Редоном протягом 4-5 діб, перед зашиванням операційної рани її промивали розчином декасану. 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 3 (2,6 %) хворих, гематома післяопераційної рани – у 3 (2,6 %), нагноєння рани – 2 (1,8 %), частковий некроз країв шкіри – у 2 (1,8 %) хворих. 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.

Таким чином, виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з алогерніопластикою 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.

Список літератури

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. Санкт-Петербург, 1998.-743с.
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 эвентераций / В.В. Жебровский, Том Эльбашир Мохамед. — Симферополь.: Бизнес-Информ, 2002.- 440с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М., 2005.- 384с
5. 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.

Резюме. Узагальнений досвід та проаналізовані результати хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у 113 хворих на ожиріння. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обґрунтована доцільність поєднання абдомінопластики з дерматолінектомією із алогерніопластикою сучасними полімерними матеріалами у хворих із післяопераційною грижею черевної стінки та ожирінням.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки, ожиріння, алогерніопластика, абдомінопластика.

Резюме. Обобщен опыт и проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных грыж брюшной стенки у 113 больных с ожирением. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Обоснована целесообразность сочетания абдоминопластики с дерматолінектомією и аллогерніопластикой современными полимерными материалами у больных с послеоперационной грижей брюшной стенки и ожирением.

Summary. The results of surgical treatment of patients with postoperative hernia of abdominal wall in obese 113 patients are analyzed. The approach to the choice of a method and volume of operative intervention is offered. The expediency of the combination of abdominoplasty with dermatoliplectomy and allohernioplasty by modern polymeric materials in obsess patients with postoperative hernia of abdominal wall and obesity is proved.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ОСЛОЖНЕННЫХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тамм Т.И., Гвоздик Ю.А., Бардюк А.Я., Петленко И.А. Фаез Абу Джуде
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии и проктологии

В структуре онкологических заболеваний колоректальный рак занимает в настоящее время 4-е место. Больные с осложненными формами колоректального рака, который встречается в 60-80 % случаев поступают преимущественно в общехирургические стационары по неотложным показаниям.

До сих пор среди хирургов нет единого мнения в вопросах выбора тактики и объема хирургического вмешательства у больных с колоректальным раком (КРР), осложненным обтурационной кишечной непроходимостью (ОКН). По мнению одних, в такой ситуации основным методом лечения является срочное хирургическое вмешательство, направленное на устранение признаков кишечной непроходимости (КН) [5, 8, 9, 14]. Такие операции обычно заканчиваются формированием времен-