УДК 616—056.52—089+617.55—089+617.55—007.43—089

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПОЄДНАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

О. В. Стороженко
Кафедра хірургічних хвороб (зав. — проф. Б. П. Лисенко)
Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

КЛЮЧОВІ СЛОВА: післяопераційна грижа черевної стінки; ожиріння; поєднані хірургічні захворювання; симультанні операції; дерматоліпектомія.

РЕФЕРАТ
Узагальнений досвід виконання симультанних операцій (СО) у 113 хворих на ожиріння, поєднане з післяопераційною грижею черевної стінки (ПОГЧС). У плановому порядку оперовані 108 хворих, за невідкладними показаннями — 5. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обгрунтоване виконання СО з приводу ПОГЧС у пацієнтів з ожирінням та іншими захворюваннями органів черевної порожнини є перспективним напрямком хірургії, забезпечує високу медико—соціальну та економічну ефективність.

SURGICAL TACTICS IN COEXISTANCE OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL WALL HERNIA WITH OTHER ABDOMINAL CAVITY DISEASES IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

O. V. Storozhenko

KEY WORDS: postoperative abdominal wall hernia; obesity; coexistant surgical diseases; simultant opeartions; dermatolipectomy.

SUMMARY
Experience of simultant operations performance in 113 patients with morbid obesity, coexistant with postoperative abdominal wall hernia (POAWH), was summarized. In the planned order 108 patients were operated on and for urgent indications — 5. The approach was proposed for the choice of method and volume of operative intervention. The substantiated performance of simultant operations for POAWH in patients with morbid obesity and other diseases of abdominal cavity organs constitutes the perspective trend in surgery, secures high medical—social and economic efficacy.

Оперативне лікування пацієнтів з поєднаними хірургічними захворюваннями є складною проблемою. Сучасні досягнення хірургії дозволяють виконувати все більш складні втручання без суттєвого підвищення ризику для життя пацієнта. До таких втручань належать СО, які виконують на двох чи кількох органах з приводу різних хірургічних захворювань. В останні роки з погіршенням загальних умов життя у 20—30% пацієнтів, яких госпіталізують до хірургічного стаціонару, виявляють поєднані захворювання органів черевної порожнини [2]. У більшості таких хворих можуть бути встановлені показання до симультанного виконання оперативних втручань. Це питання протягом останніх двох десятиріч інтенсивно обговорюється. Проте, в усіх публікаціях грижосічення вважали «симультанним», супутнім, а не основним втручанням [2, 6]. Вважаємо, що стандартний підхід до цього питання невиправданий, оскільки за наявності великої грижі черевної стінки нерідко основним втручанням є гріжосічення. Найважливішою умовою здійснення СО з приводу ПОГЧС є можливість їх виконання з використанням одного доступу. Потреба у виконанні СО, як правило, дуже велика, оскільки, оперуючи в два етапи, хірург вимушений руйнувати проведену раніше герніопластику, що небажано. У найближчий час після здійснення герніопластики 15—19% пацієнтів оперують повторно з приводу інших хірургічних захворювань [1]. Це визначає актуальність проблеми СО.

Патологічне ожиріння є актуальною проблемою сучасної медицини [4].

Ожиріння виявляють у 48—78% пацієнтів з ПОГЧС великих розмірів [5]. Найбільш поширена форма — аліментарно—конституційне ожиріння (АКО), яке

спричиняє інвалідизацію пацієнтів і багато пов'язаних з цим соціальних проблем [4, 5]. Впровадження нових хірургічних технологій, успіхи анестезіології та інтенсивної терапії суттєво розширили можливості виконання СО у пацієнтів з надмірною масою тіла. Разом з тим, більшість хірургів через травматичність, високий операційний ризик та високу частоту ускладнень негативно ставляться до СО у таких хворих [3, 6, 7]. Про оцінку можливості виконання СО у цих пацієнтів, вибір раціонального доступу та послідовність здійснення маніпуляцій на різних органах повідомлень немає.

Метою дослідження було визначення показань та протипоказань до виконання СО, вибору операційного доступу, обсягу та послідовності виконання втручань, розробка раціональних засобів профілактики післяопераційних ускладнень, а також оцінка безпосередніх та віддалених результатів лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 1989 по 2002 р. в хірургічних клініках Полтави СО з приводу ПОГЧС, поєднаної з хірургічним захворюванням інших органів, виконані у 113 пацієнтів. Вік хворих від 27 до 74 років, у середньому 55 років, більшість з них — працездатного віку, що надає цій проблемі не тільки медичного, а й соціально-економічного значення. Жінок було 111 (98,2%), чоловіків — 2 (1,8%). У плановому порядку оперовані 108 (95,6%) хворих, за невідкладними показаннями — 5 (4,4%). В усіх хворих виявлене ожиріння різної вираженості. Супутні та пов'язані з ожирінням захворювання (гіпертонічна хвороба, кардіосклероз, атеросклероз, цукровий діабет та ін.) діагностовані у 88 (77,9%) пацієнтів, в тому числі у 27 (23,9%) — захворювання органів черевної порожнини (фіброміома матки — у 9, хронічний калькульозний холецистит — у 5, хронічний апендицит — у 6, кіста яєчника — у 5, виразкова хвороба — у 2). У більшості хворих встановлене АКО. Маса тіла становила від 90 до 160 кг, у середньому (112,3 ± 4,5) кг, індекс маси тіла — від 29,8 до 58,4 кг/м^2 *(див. таблицю)*. Усім цим хворим необхідно було провести передопераційну підготовку.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізований досвід виконання СО у пацієнтів з ПОГЧС, поєднаною з хірургічними захворюваннями інших органів. Поряд з грижосіченням у 113 пацієнтів виконані операції з приводу 144 поєднаних захворювань: у 18 (15,9%) хворих СО виконували з приводу трьох, у 6 (5,3%) — понад трьох поєднаних захворювань. Одночасно з грижосіченням холецистектомія здійснена 4 хворим, надпіхвова ампутація матки — 8, апендектомія — 6, видалення кісти яєчника — 5, дерматоліпектомія — 106, резекція тонкої кишки — 2, втручання з приводу непрохідності товстої кишки — 1, грижосічення з приводу поєднаної грижі — 12.

Техніка виконання СО не відрізнялася від загальноприйнятої. Найчастіше одночасно з грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки — у 106 (93,8%) хворих. У значної частини цих хворих грижові ворота були розташовані у підчеревній та середній ділянках живота, спостерігали значне потовщення підшкірної основи в нижній частині живота, який мав форму «висячого фартуха», або «відвислого живота». Визначаючи показання до виконання СО, брали до уваги вираженість ожиріння, особливості його клінічного перебігу, супутніх та зумовлених ним захворювань. У жінок з супутнім ожирінням найбільш частим захворюванням, яке потребувало оперативного лікування, була патологія матки та її придатків (кістозні зміни яєчників). Для запобігання виникненню ускладнень кістозних утворів яєчників, переродження доброякісної пухлини матки та придатків у злоякісну, СО на жіночих статевих органах виконані у 13 (11,5%) пацієнток. З приводу хронічного апендициту симультанна апендектомія виконана у 6 (5,3%) хворих. Її здійснювали лише за наявності чітко виражених макроскопічних змін в черводобібному відростку чи його травматизації під час ревізії. З приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) симультанна холецистектомія виконана у 4 (3,5%) хворих. Потреба здійснення симультанної холецистектомії (навіть за безсимптомного перебігу ЖКХ) визначається загрозою виникнення ускладнень холециститу після операції, складним його діагностуванням у хворих з ожирінням, а також складністю та небезпечністю подальшого оперативного втручання на жовчовивідних шляхах. СО при поєднанні грижі різної локалізації виконані у 12 (10,6%) хворих, в тому числі з приводу пупкової грижі — у 8 (7%), пахвинної — в 1 (0,9%), параумбілікальної — в 1 (0,9%), грижі пахвинного серпа — в 1 (0,9%), ПОГЧС після виконання апендектомії — в 1 (0,9%).

Для виявлення поєднаного з грижею захворювання застосовували всі показані методи клінічної та інструментальної діагностики. Проте, проведення до виконання операції ретельного обстеження пацієнта не завжди дозволяло виявити поєднане захворювання і планувати обсяг операції. Тому обстеження хворого

Розподіл хворих за статтю, віком та індексом маси тіла

Стать	Вік, років			Індекс маси тіла, кг/м^2			
	20–40	41–60	старше 60	менше 35	35–40	40–50	більше 50
Чоловіки	–	2	–	2	–	–	–
Жінки	8	69	34	5	27	44	35

до операції не виключало інтраопераційну ревізію черевної порожнини. Такі операції майже завжди мають ознаки повторного втручання на органах черевної порожнини. У 95 (84%) хворих під час виконання операції виявлені виражені спайки, тому ревізія у них була ускладненою, але незважаючи на це, обов'язковим етапом операції вважаємо розділення спайок між органами в грижовому мішку та його стінками і краями грижових воріт, а також роз'єднання зрощених органів черевної порожнини для усунення ознак хронічної непрохідності кишечника. При лікуванні великої ПОГЧС слід акцентувати увагу на доопераційній діагностиці, оскільки внаслідок наявності великої кількості зрощень, здійснення ревізії під час виконання операції часто ускладнене і без достатніх підстав небажане через збільшення травматичності і ризику втручання. Суттєвою особливістю СО з приводу ПОГЧС є вибір доступу, що визначає успіх операції. Обираючи хірургічний доступ для виконання СО, ми намагалися керуватися потребами герніопластики. Послідовність виконання етапів операції визначали, зважаючи на важливість кожного з них, можливості скорочення тривалості втручання, дотримання правил асептики. У 106 (93,8%) хворих з ПОГЧС і «відвислим животом» значних розмірів здійснена абдомінопластика з дерматоліпектомією — розширеним оперативним доступом за Фернандесом та Берсоном. Лінію розрізу визначали перед операцією у положенні хворого лежачи так, щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно пахвинним складкам, на 3—4 см вище лобкової складки та на 2—3 см латеральніше від клубових гребнів. За допомогою пальпації визначали надлишки жирової тканини з обох боків від клубових гребнів до початку формування шкірно—жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначали величину розрізу у положенні хворого стоячи. У 101 (89,4%) хворого при локалізації грижових воріт у середній та підчеревній ділянках використаний розріз за Фернандесом, у 5 (4,4%) за низької локалізації грижових воріт у лобковій ділянці — за Берсоном, що є модифікованим доступом за Фернандесом. Особливістю його є наявність V—подібного розрізу довжиною 4—5 см у нижній частині по серединній лінії, гострий кут якого розпочинається відразу над лобком [5]. Проте, часто, незважаючи на попередні визначення (з огляду на рухомість підшкірної основи) величини майбутніх розрізів, нижній край рани виявляється довшим за верхній, а при зшиванні різних за довжиною країв рани на довшому завжди утворюються «лишки» шкіри. З метою усунення цих недоліків у 25 (22,1%) хворих, на відміну від стандартного доступу Берсона, ми виконували два V—подібні розрізи на нижньому краї рани, симетрично з обох боків від середньої лінії. Використання розробленої методики дозволило досягти не тільки максимального естетичного ефекту (завдяки хорошому співставленню тканин), а й значно зменшити ймовірність появи місцевих післяопераційних ускладнень. У 7 (6,2%) хворих при локалізації грижового мішка в середній ділянці живота без «відвислого живота» використали доступ, найбільш зручний для виконання обох втручань. СО на органах черевної порожнини виконували з використанням герніолапаротомного розрізу, окремий оперативний доступ для кожного етапу СО застосовували тільки при поєднанні гриж — у 2 (1,8%) хворих. Основні етапи СО здійснені за стандартними методами, специфічні ускладнення під час їх виконання не спостерігали. Пластику грижових воріт у 104 (92%) хворих виконували, використовуючи як пластичний матеріал власні біологічно сумісні тканини пацієнта. При цьому брали до уваги вид та локалізацію гриж, розміри грижових воріт, стан тканин передньої черевної стінки, вік та конституцію пацієнта, наявність супутніх захворювань. До пластики місцевими тканинами вдавалися за умови збереження прилеглих до грижових воріт м'язів та апоневрозу, можливості зшивання дефекту без натягу тканин. У 81 (71,7%) хворого виконана пластика за Сапежко у модифікації клініки (при серединній локалізації дефекту), у 15 (13,2%) — за Мейо, у 8 (7,1%) — коса пластика з формуванням дуплікатури. У 9 (8%) хворих через великий розмір грижових воріт, атрофію м'язів здійснена аутодермальна пластика за Яновим.

Після операції значну увагу приділяли видаленню серозно—геморагічної рідини з рани протягом 2—3 діб. Усім хворим проводили вакуумне дренування через контрапертуру в нижній частині рани з використанням Т—подібної поліхлорвінілової трубки, потім, за показаннями — пунктування підшкірної основи, промивання виявлених порожнин розчином антисептика.

У профілактиці післяопераційних ускладнень важливим є правильне обгрунтування показань до виконання СО, ощадливе здійснення всіх її етапів, проведення адекватної післяопераційної терапії з обов'язковим використанням антикоагулянтів. При поєднанні ПОГЧС та ожиріння підвищується ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень.

З метою їх профілактики призначали препарати з антикоагулянтними властивостями — гепарин під контролем часу згортання крові та показників коагулограми та фраксипарин в дозі 0,3 мл. Препарат вводили підшкірно за 2 год до і протягом 5—6 діб після операції, до відновлення рухової активності хворого. Разом з цим як неспецифічну профілактику тромбоутворення та для ранньої нормалізації функції кишечника здійснювали ранню активізацію хворих. Загоєння ран після виконання великої за обсягом операції з виділенням шкірно—жирового клаптя на великій ділянці пов'язане з ризиком виникнення в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 3 (2,6%) хворих, гематома операційної рани — у 3 (2,6%), нагноєння рани — у 2 (1,8%), крайовий некроз шкіри — у 2 (1,8%). У 2 (1,8%) хворих виникла гостра серцево—легенева недостатність, в 1 (0,9%) — гострий тромбофлебіт вен ниж-

ньої кінцівки. Лікування цих хворих проводили з використанням консервативних методів.

Таким чином, післяопераційні ускладнення виникли у 13 (11,5%) хворих, в тому числі місцеві — у 10 (8,8%), загальні — у 3 (2,6%). Померла одна хвора похилого віку від тромбоемболії легеневої артерії. Вивчаючи віддалений (від 1 до 5 років) результат хірургічного лікування за даними анкетування та обстеження, рецидив грижі виявили у 2 (1,8%) хворих.

Дані проведеного дослідження свідчать, що збільшення обсягу оперативного втручання при виконанні СО не впливало на його результат, а його раціональний індивідуальний вибір дозволив зменшити частоту виникнення післяопераційних ускладнень та поліпшити якість життя хворих.

Таким чином, підтверджена доцільність виконання СО у хворих з ПОГЧС та ожирінням в умовах добре оснащеного хірургічного стаціонару. Здійснення СО не спричиняє тяжких ускладнень, переноситься хворим не важче, ніж етапні оперативні втручання, не супроводжується значним збільшенням частоти післяопераційних ускладнень, тому показання до них доцільно розширювати. Обгрунтоване проведення СО при виявленні ПОГЧС в поєднанні з хірургічними захворюваннями інших органів є перспективним напрямком у хірургії, забезпечує високу медико—соціальну та економічну ефективність лікування хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Жебровский В. В.** Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. — Симферополь: Изд. центр КГМУ, 2000. — 688 с.
2. **Запорожченко Б. С., Шишлов В. И., Бородаев И. Е., Повзун П. А.** Применение симультанных операций в хирургии // Клін. хірургія. — 1998. — № 12. — С. 10—12.
3. **Земсков В. С., Федорук В. И., Рощина Л. А. и др.** Целесообразность осуществления дерматолипэктомии при выполнении операций по поводу грыжи живота, заболеваний органов брюшной полости и малого таза // Там же. — 2001. — № 2. — С. 22—24.
4. **Лаврик А. С.** Хирургия морбидного ожирения // Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости: Сб. работ науч.—практ. конф., посвящ. 15—летию кафедры хирургических болезней. — Х., 1998. — С. 106—107.
5. **Лисенко Р. Б.** Хірургічне лікування післяопераційної грижі живота великого розміру у хворих з ожирінням // Клін. хірургія. — 1999. — № 4. — С. 26—29.
6. **Магдиев Т. Ш., Северинко Н. В.** Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 54—55.
7. **Mason E. E., Renquist K. E., Jiang D.** Perioperative risk and safety of surgery for severy obesity // Amer. J. Clin. Nutr. — 1992. — Vol. 55. — P. 573—576.