

УДК 616.34-007.43-031:611.95

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕЛЕТЕНСЬКИХ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**Шпряха Я.С., Криванич Д.В., Лавер П.Г, Воронич В.М.***Ужгородський національний університет, кафедра факультетської хірургії, м. Ужгород***Ключові слова:** велетенські грижі, хірургічне лікування, алопластика

Вступ. Лікування велетенських вентральних гриж (ВВГ) належить до числа складних та не до кінця вирішених проблем сучасної хірургії [3, 4]. Відомо, що основним методом їх лікування є герніотомія, але до сьогоднішнього часу не має єдиної точки зору щодо вибору методів пластики дефекту передньої черевної стінки, від чого в багатьох випадках залежить успіх лікування, важ-кість перебігу післяопераційного періоду, імовірність виникнення рецидивів. Пластика ВВГ за допомогою власних тканин передньої черевної стінки має певні технічні труднощі та веде, за даними деяких авторів, до

рецидивів більше ніж в 50% випадків [1, 2, 5]. Тому, вивчення питання застосування оптимальних видів пластики, в тому числі з алопластичними матеріалами, заслуговує особливої уваги.

Матеріали та методи. За період з 1997 по 2001 рр. у хірургічному відділенні Ужгородської центральної міської клінічної лікарні нами проліковано та знаходилося під спостереженням 1123 хворих із різними грижами. Із них у 67 хворих, віком від 29 до 68 років, було діагностовано велетенські грижі, що становило 6% від загального числа пролікованих пацієнтів. Велетенськими ми рахували ті грижі, які

своїм об'ємом займали дві або більше анатомічних ділянок передньої черевної стінки.

Серед цих 67 хворих 48 осіб (72%) становили жінки, а 19 (28%) – чоловіки. Більшість із них мешканці міста – 51 (76%), а мешканці сіл, які постійно займаються фізичною працею, становили меншість – 16 (24%). При обстеженні у більшій частині хворих була діагностована супутня патологія, що також впливало на вибір методу лікування, знеболення та перебіг післяопераційного періоду, а також від неї залежав, час, необхідний для підготовки до операції. Так, у хворих ми виявили: серцево-судинні захворювання - у 25% випадків, ожиріння II-III ст. - 17%, хронічні неспецифічні захворювання легень -15%, а у 25% хворих - супутньої патології не виявлено.

Причиною появи велетенських вентральних гриж у більшості хворих були попередньо проведені оперативні втручання ("травми" передньої черевної стінки, причому неодноразові), а частина хворих мала рецидивні грижі. Додатковими факторами також служили: наявність постійного підвищеного тиску у черевній порожнині та дегенеративні зміни з боку апоневрозу на фоні супутніх захворювань. Ці дані співпадають із дослідженнями, наведеними в сучасній медичній літературі [3, 6].

Більша частина хворих була прооперована планово - 59 (88%). У деяких хворих грижа була невправимою (із-за багатокамерності грижового мішка та появи там злукового процесу), а двоє - мали защемлення грижі. Величину грижових воріт достовірно оцінювали інтраопераційно, що мало значення для подальшого вибору методу пластики. У 41 (61%) хворого грижові ворота були до 10 см, 14 (18%) хворих - мали їх від 10 до 20 см, і лише у 12 (21%) хворих – вони були більшими за 20 см. Якщо грижові ворота були розташовані вздовж осі тіла, то застосовували пластику за Сапежко та Бородіним, якщо ж у поперечному напрямку – за Мейо. При округлій конфігурації грижових воріт, їх оновлювали від рубцевих тканин, моделюючи найбільш вигідний напрямок проведення майбутньої пластики. Також, при необхідності зменшення внутрішньо-черевного тиску, як першопричини виникнення гриж, та попередження подальшого зростання ваги пацієнта, операції доповнювали видаленням великого сальника або ж частини тонкого кишечника з накладанням міжкишечного анастомозу. Грижові ворота зашивали лише шовковими лігатурами. У таблиці 1 представлені дані про кількість проведених оперативних втручань протягом досліджуваного періоду. З приведених даних видно, що у нашій клініці за останні роки серед автопластик перевага надається методиці за Сапежко. Таким способом, було прооперовано 27 хворих (40%) із велетенськими вентральними грижами. Якщо ж порівняти питому вагу кожної з пластик на початку та в кінці спостережувального періоду (таблиця 2), то можна

помітити, що це домінуюче становище пластики за Сапежко зберігається і надалі, але зростає частка нових методів пластики, а саме: алопластики.

З 1997 року ми активно почали впроваджувати методику алопластики, розроблену в нашій клініці, яку подано на патентування. Передню черевну стінку у цих випадках ми додатково укріплювали проленовою сіткою (закордонного виробництва), розміри якої обов'язково перевищували розміри дефекту апоневрозу на 2-3 см. Алотрансплант ретельно фіксували по периметру у товщі черевної стінки вузловими швами, ізолюючи його від кишечника власними тканинами пацієнта, а підшкірну клітковину дренивали поліпропіленовими трубками в її заглибинах. Післяопераційний період проводили за класичними методиками, які обов'язково включали антибактеріальну та антиагрегантну терапію.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати застосування різних видів пластики ВВГ ми оцінювали за особливостями перебігу післяопераційного періоду, появою ускладнень, терміном перебування у стаціонарі та за виникненням рецидивів. Післяопераційний період у більшій частині хворих проходив однотипно, хоч ми помітили, що важче до нових умов відбувалась адаптація організму у пацієнтів з пластиками за Сапежко та Бородіну. Це було пов'язане зі значним зменшенням об'єму черевної порожнини, що викликало у перші дні після операції важкість дихання. Легше цей процес проходив у хворих із пластикою за Мейо, і майже непомітно - у хворих із алопластикой. Саме, зменшення натягу передньої черевної стінки та незначне збільшення внутрішньо-черевного тиску, вплинуло ще на одну особливість перебігу лікування – зменшення строку необхідного постійного знеболення.

Щодо ведення післяопераційних ран, то за ними проводився ретельний нагляд, контролюючи процес загоєння кожної другої доби, а також тримаючи якомога довше дренируючі трубки у підшкірній клітковині рани. Цим ми попереджували появу сером та нагноєнь. Найбільше ускладнень з боку ран ми помітили при застосуваннях пластики за Мейо (25%), що пояснюється наявністю великих поперечних шкірних лоскутів із бічними карманами, які обов'язково ми дренивали. А найменше – при застосуванні алопластики (7%). Жодного випадку відторгнення алотрансплантату не було. Навіть при наявності сером, після їх евакуації, рана загоювалась без подальших ускладнень. В одному випадку при застосуванні алопластики ми спостерігали появу гранульом лише навколо ниток, а пропіленова сітка - не давала реакції з навколишніми тканинами. При повторній операції з метою видалення полігранульом ми відмітили повну інтеграцію пропіленової сітки до тканин передньої черевної стінки.

Кількість застосованих пластик передньої черевної стінки

Вид пластики	Роки спостереження					Всього Абс.ч. (%)
	1997	1998	1999	2000	2001	
Сапежко	9	6	3	4	5	27 (40)
Мейо	2	5	3	4	2	16 (24)
Бородін	4	1	1	2	1	9 (14)
Алопластика	1	2	3	5	4	15 (22)
Всього	16	14	10	15	12	67

Таблиця 2

Питома вага окремих видів пластик

Вид пластики	Роки спостереження	
	1997	2001
Сапежко	56%	42%
Мейо	13%	17%
Бородін	25%	8%
Алопластика	6%	33%
Всього	100%	100%

Середнє перебування хворих на лікуванні у хірургічному стаціонарі в усіх хворих було більшим за 10 днів. Найдовше одужували хворі після герніопластик за Мейо (14,8±0,4) та за Сапеж-ко (13,5±0,2). Причини цього нами вже приведені вище при аналізі кожної з пластик. Найменшим цей період був у хворих із алопластикою (10,2±0,3).

Завдяки суворому дотриманню розроблених у клініці схем ведення хворих та проведенню кожному пацієнту адекватних лікувальних заходів, як до операції, так і після, вдалося попередити виникнення протягом лікування такого грізного ускладнення як тромбоемболія легеневої артерії. Саме тому ми не мали металічних наслідків після операцій.

Віддалені результати лікування оцінювали за появою рецидивів. Так, найбільше рецидивів – 9 випадків, що становило 33%, було після пластик за

Сапежко, що все-таки ми пояснювали, як наявність великої кількості такого типу операцій, так і наявності значного натягу передньої черевної стінки. Після пластик за Бородіним - рецидиви виявили у 22% випадків, а за Мейо – у 13%. П'ятирічний досвід застосування алопластик поки-що не вказав на появу рецидивів, чим ще раз підтвердив перспективність запропонованого нами методу.

Висновки. Методом вибору пластики велетенських гриж є як різні автопластики, так і алопластика, причому питома вага останніх має тенденцію до зростання.

При значних розмірах грижових воріт, де має місце під час виконання пластики значний натяг тканин, оптимальним методом слід вважати алопластику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев С.Д., Адамян А.А. Пластика обширных дефектов передней брюшной стенки биосинтетическими протезами // Хирургия. – 1993. - №9. - С. 30 - 35.
2. Заривчацкий М.Ф., Яковкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи. – Пермь, 1996. - С. 78 – 97.
3. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. – К: "Здоров'я", 2001. – С. 219 - 273.
4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: "Медицина", 1990. – С. 191 - 220.
5. Snota M.A., Aliabadi- Wahle S., Choe E.U. et al. Development of a novel synthetic material to close abdominal wall defects // Am. Surg. – 1998. – V.64, № 5 – P. 415 – 418.
6. Kurcer M., Kark A.E., Wantz G.E. Surgical management of abdominal wall hernias // Martin Dunitz Ltd. – 1999. – P. 168 – 202.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT BIG VENTRAL HERNIA

Shprjaha Ya.S., Krivanich D.V., Laver P.G., Voronich V.M.

The article says about the analysis of results of surgical treatment of 67 patients with great abdominal hernias. We have analyzed the using of auto- and alloplastic methods of the operation and offered optimal choice of method of plastic.

Key words: great hernias, surgical treatment, alloplastic