УДК 617.55-007.43-489.168.1-06-03

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Ф.И. Гюльмамедов, А.В. Бондаренко, П.Ф. Гюльмамедов, А.П. Кухто, В.А. Гюльмамедов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проанализированы результаты лечения 107 больных с осложненными послеоперационными вентральными грыжами больших размеров. Все больные имели 2 и более сопутствующих заболеваний и избыточный вес. 58 больным выполнена герниоаллопластика по «on lay» методике; 33 больным «sublay» и 25 больным комбинированная «in lay-sub lay» пластика. 22 больным проводили рассечение тканей с помощью электрокоагулятора ЕК-300М1 для биосваривания тканей. 18 больным произведено иссечение кожно-жирового «фартука». Среди местных осложнений при «on lay» методике развитие сером, инфильтратов выше, чем при других способах. В группе больных, где применялся электрокоагулятор для биосваривания тканей экссудация была на 2-3 дня меньше. Выявлено 3 рецидива. Причинами рецидивов стали недостаточной площади и неадекватность фиксации протеза, смещение последнего книзу жировым «фартуком». При лечении осложненных вентральных грыж больших размеров необходим комплексный индивидуальный подход.

Ключевые слова: осложненные послеоперационные грыжи, лечение.

Результаты лечения больших послеоперационных вентральных грыжа (БПВГ), несмотря на широкое внедрение в клиническую практику новых хирургических технологий, в настоящее время нельзя признать удовлетворительными. Количество рецидивов значительно и достигает 25%-64% [1,2,3,4,5]. Летальность у этой категории больных достигает 7-10% [1,2,3]. Особую категорию представляют больные с БПВГ состояние которых осложнено сопутствующей патологией и избыточным весом, что значительно усугубляет протекание грыжевой болезни и затрудняет лечение. К сожалению, данная категория больных преобладает среди носителей БПВГ достигая порой 90% [2, 3].

Цель работы

Сравнить результаты лечения больных с осложненными ПВГБР после различных вариантов аллопластики.

Материал и методы

С 2003 по 2007 год в клинике общей хирургии № 1 герниоаллопластика полипропиленовым протезом выполнена 107 больным с БПВГ в возрасте от 35 до 82 лет. Все больные имели два и более сопутствующих соматических заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, обструктивный бронхит и др.) и избыточную массу тела. Женщин было 84 (78,5%), мужчин – 23 (22,5%). По классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath размеры грыжевых ворот соответствовали W3 у 45 больных (42%) и W4 – 62 больных (58%) [5]. 49 больным (45,6%) – 1 группа выполнена герниоаллопластика по «on lay» методике. 58 больных (54,2%) составили 2 группу, из них 33 больным (30,8%) выполнена «sublay» герниоаллопластика – 1 подгруппа и 25 больным (23,3%) комбинированная «in lay-sub lay» по разработанным в клинике методикам – 2 подгруппа. Группы были сопоставимы по размерам грыжи и тяжести сопутствующей патологии. Для пластики использовали полипропиленовую сетку. У 4 больных из 1-й группы и у 14 больных из 2-й группы с выраженной «фартукоподобной» деформацией живота произведено иссечение кожно-жирового лоскута комбинированными вертикальными и горизонтальными разрезами. 22 больным проводили рассечение тканей с помощью электрокоагулятора ЕК-300М1 для биосваривания тканей и затем тщательную коагуляцию. Дренирование раны выполняли с помощью «гармошки» Редона. В послеоперационном периоде с целью ранней диагностики экссудативных осложнений проводили УЗИ мягких тканей, а у больных с избыточной жировой клетчаткой проводили микроскопическое, бактериологическое. Использовали биохимическое исследование раневого экссудата на 3 и 5 сутки после операции – изучались маркеры тканевой деструкции. При нарастании показателей в динамике – проводились эвакуация экссудата, дополнительная противовоспалительная и антибиотикотерапия.

С целью оценки возможности компенсаторных свойств сердечно-легочной системы после операции на всех этапах лечения измерялись: артериальное давления, частота пульса, внутрибрюшное давление (ВБД), функция внешнего дыхания, электрокардиограмма. Согласно динамике указанных показателей

проводилась коррекция синдрома абдоминальной гипертензии и сердечно-легочных расстройств. Больным с ВБД после операции более 20 см водяного столба проводилась продленная искусственная вентиляция легких. Больных активизировали на следующие сутки после операции. Все больные консультированы кардиологом и смежными специалистами, проводилась предоперационная коррекция сопутствующих заболеваний и профилактика тромбообразования. Результаты лечения оценивали через 1 мес, 6 мес и через каждый год. Срок наблюдения до 5 лет.

Результаты и обсуждение

Среди осложнений общего характера явления острой сердечно-легочной недостаточности были у 3 больных (6,1%) 1-й группы, и у 1 больного 1-й (3%) и 2-й (4%) подгрупп. Умерла 1 больная из 1-ой группы в результате тромбоэмболии легочной артерии и 1 больная 1-й подгруппы на фоне острой почечной и сердечно-легочной недостаточности, как проявления компартмент синдрома. У больных 1-й группы отмечена более выраженная по объему и длительности экссудация из раны 8±3 дня, 2-й группы в целом 5±2. Среди местных осложнений у пациентов 1-й группы серома диагностирована у 7 больных (14,2%), воспалительный инфильтрат – у 4 больных (8,1%), в 1-й подгруппе серома – у 3 больных (9%), воспалительный инфильтрат – у 1 больных (3%), во 2-й подгруппе серома – у 3 больных (12%), воспалительный инфильтрат – у 1 больных (4%), Причем в группе больных, где применялся электрокоагулятор для биосваривания тканей экссудация была на 2-3 дня меньше и по объему менее выражена, а серома развилась у 1 больного (4,5%).

Среди больных 1-й группы выявлено 2 рецидива (4,1%). В 1 случае рецидив развился через 7 месяцев после операции. Причиной рецидива стал недостаточный по площади аллопротез, полностью не перекрывавший дегенеративно-измененные ткани брюшной стенки. Несмотря на то, что протез закрывал грыжевой дефект более чем на 5см по всему периметру, грыжа развилась ниже места фиксации протеза. Другой рецидив возник выше протеза. При изучении причин рецидивирования выявлено смешение протеза книзу у больной с выраженной фартукоподобной деформацией живота. Смещению протеза способствует также более выраженная экссудативная реакция и соответственно более медленная фиброзная инкорпорация протеза при использовании методики «on lay». Среди больных 1-й подгруппы 1 рецидив (3%) возник в гипогастрии в связи с недостаточной фиксацией протеза к лобковой кости. Во 2-й подгруппе рецидивов не выявлено.

Заключение

При лечении осложненных БПВГ необходимо тщательное выявление и коррекция сопутствующей патологии на дооперационном этапе. Возможными причинами рецидивов при аллопластике БПВГ является недостаточной площади протез, недостаточная его фиксация, смещение протеза книзу под действием тяжести кожно-жирового «фартука». При выполнении герниоаллопластики предпочтительнее подапоневротическое или предбрюшинное расположение протеза, а размер необходимо выбирать максимально возможный. Иссечение выраженного кожно-жирового «фартука» является патогенетически обоснованным при ггрыжепластике. Использование электрокоагулятора для биосваривания тканей и активной аспирации при герниоаллопластике по поводу БПВГ позволяет уменьшить длительность серозной экссудации из раны на 2-3 дня, сократить развитие сером инфильтратов, и длительность лечения и, тем самым, улучшить ближайшие результаты лечения.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Ф.І. Гюльмамедов, О.В. Бондаренко,
П.Ф. Гюльмамедов, О.П. Кухто, В.А. Гюльмамедов

Реферат. Проаналізовані результати лікування 107 хворих з ускладненими післяопераційними вентральними грижами великих розмірів. Всі хворі мали 2 і більш супутніх захворювань і надлишкову вагу. 58 хворим виконана герніоалопластіка по «on lay» методиці; 33 хворим «sublay» і 25 хворим комбінована «in lay-sub lay» пластика. 22 хворим проводили розтин тканин за допомогою електрокоагулятора ЕК-300М1 для біозварювання тканин. 18 хворим виконано видалення шкіряно-жирового «фартуха». Серед місцевих ускладнень при «on lay» методиці розвиток сіром, інфільтратів вище, ніж при інших способах. У групі хворих, де застосовувався електрокоагулятор для біозварювання тканин ексудація була на 2-3 дні менше. Виявлено 3 рецидиви. Причинами рецидивів сталі недостатньої площі і неадекватність фіксації протеза, зсув останнього донизу жировим «фартухом». При лікуванні ускладнених вентральних гриж великих розмірів необхідний комплексний індивідуальний підхід.

Ключові слова: ускладненні післяопераційні грижі, лікування.

TREATMENT OF THE LARGE COMPLICATED POSTOPERATIVE HERNIA

F.I. Gulmamedov, A.V. Bondarenko, P.F. Gulmamedov, A.P. Kukhto, V.A. Gulmamedov

Abstract. The results of 107 patients' treatment with large complicated postoperative hernia have been analysed. All patients had 2 and more concomitant diseases and were overweight. 58 patients were operated on according to «on lay» methodics; 33 – to «sublay» and 25 – to combined «in lay-sub lay» plasty. 22 patients were performed the dissection of tissues with the electrocoagulator EK-300M1 for biowelding of fabrics. 18 patients the excision of dermic-fatty «apron» was performed Among local complications the development of seroma infiltration at «on lay» method was higher, than it was at another method. In the group of patients, where an electrocoagulator was used for biowelding of fabrics the exudation was 2-3 days less. 3 relapses were exposed. The causes of relapses were insufficient size and inadequacy of fixing of prosthetic appliance, the displacement of the latter downward by means of a fatty «apron». Complex and individual treatment of the large complicated postoperative hernia is necessary.

Key words: complicated postoperative hernia, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Лыхман В.Н., Далавурак В.П., Савви С.А. Профилактика и лечение осложнений после операций по поводу грыж брюшной стенки// Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С. 80-82.
2. Жебровский В.В., Хирургия грыж живота. – М., 2005. – 384 с.
3. Криворучко И.А., Чугай В.В., Тонкоглас А.А., Сивожелезов А.В. Лечение рецидивных, больших и гигантских брюшных грыж с использованием полипропиленовых сеток. //Харківська хірургічна школа. – 2005. – №2. – С. 114-116.
4. Лупальцов В. И. Оптимизация хирургического лечения вентральных грыж в сочетании с липэктомией и абдоминопластикой. //Материалы научно-практической конференции «Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций».–Алушта, 2006. – С. 124-125.
5. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – Vol.4, № 1. – P. 1-7.