

УДК 617.55–007.43–089.844

## Вибір методу хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж

В. П. Андрющенко<sup>1</sup>, В. В. Ващук<sup>1</sup>, М. І. Курдибан<sup>2</sup>, Б. М. Кордоба<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
<sup>2</sup>Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів

**Ключові слова:** післяопераційні вентральні грижі, автопластика, алопластика, поліпропіленова сітка.

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) як ускладнення оперативного втручання становлять одну з багатьох проблем сучасної хірургії. Збільшення останніми роками кількості пацієнтів із ПВГ вимагає від хірургів пошуку новітніх технологій і зміни традиційних поглядів у розв'язанні цієї проблеми [1–3, 8, 10, 11]. За даними літератури, висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття грижових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5–8% [6, 9–11, 14].

Результати лікування ПВГ і надалі залишаються незадовільними: кількість рецидивів становить, за даними різних авторів, від 4 до 46%, ускладнення з боку рани (нагноєння, сероми, інфільтрати, гематоми) сягають 15%, а летальність — 3–20% [2, 7, 9–11, 14].

Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина грижових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта потрібно приймати індивідуальне рішення.

Мета дослідження — оптимізувати вибір методу хірургічного лікування хворих із ПВГ для поліпшення результатів і зменшення кількості рецидивів та ускладнень.

### Матеріали і методи

Ретроспективно проаналізовано результати лікування 98 пацієнтів із ПВГ на базі Клінічної лікарні Львівської залізниці за період 1999–2003 рр. Жінок було 51 (52%), чоловіків — 47 (48%), вік

пацієнтів від 27 до 82 років. Пацієнти працездатного віку становили 67%. ПВГ виникли після виконання операцій на шлунку — 21,6%, на тонкій та товстій кишці — 16,7%, з приводу патології біліарного тракту — 38,2%, травми черевної порожнини — 11,8%, гінекологічної патології — 7,8%. Згідно з класифікацією J. P. Chevrel, A. M. Rath (2000 р.), ПВГ W1 діагностовано у 45 (45,9%) пацієнтів, W2 — у 32 (32,6%), W3 — у 14 (14,3%), W4 — у 7 (7,2%) осіб; до підгрупи М віднесено 64 особи (65,3%), до підгрупи L — 34 (34,7%). Рецидивні ПВГ відзначали у 25 (25,5%) пацієнтів, явища защемлення — у 7 (7,2%) осіб. Супровідні захворювання виявлено у 42 (42,8%) хворих: хвороби серцево-судинної ( $n=34$ ; 34,7%) і дихальної систем ( $n=29$ ; 29,6%), цукровий діабет ( $n=14$ ; 14,3%), ожиріння та ендокринну патологію ( $n=9$ ; 9,2%).

Доопераційне обстеження здійснювали згідно із стандартом: проведено клінічні та лабораторні, інструментальні (рентгеноскопія грудної клітки, ЕКГ) обстеження, визначення функції серцево-судинної і дихальної систем, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини із визначенням структурних змін грижових воріт. Усіх пацієнтів оперували під ендотрахеальним наркозом з інтраопераційною антибіотикопротекцією.

### Результати та обговорення

Спосіб герніопластики вибирали, беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви й ускладнення. У пацієнтів із ПВГ W1 і W2 із незначними змінами тканин і без рецидивів ( $n=75$ ; 76,5%) застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт; у хворих із ПВГ W3 та W4 і за наявності рецидиву (будь-якого розміру), бокової локалізації грижі ( $n=23$ ; 23,5%) — алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки.

У разі застосування ендопротеза, виконуючи оперативне втручання, розкривали всі кишечні

грижового мішка, максимально зберігаючи його стінку, за потреби проводили вісцероліз органів черевної порожнини, іноді — резекцію чіпця. У разі імплантації поліпропіленової сітки перевагу надавали методиці sublay (Stoppa — Rives) із введенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами ( $n=20$ ). За наявності технічних труднощів і виразних дегенеративних змін місця пластики ендопротез розмещували під очеревиною на великому чіпці ( $n=3$ ). Постійно здійснювали ретельний гемостаз. Операцію завершували активним дрениванням місця пластики поліхлорвініловими трубками протягом 2 діб (у хворих з ожирінням — 4–5 діб), перед зашиванням рани операційну рану промивали розчином бетадіну 1:100.

Для профілактики місцевих ускладнень у післяопераційному періоді дотримувалися таких принципів: інтраопераційно застосовували внутрішньовенно 1 г цефтріаксону з подальшим дворазовим внутрішньом'язовим введенням препарату через 12 годин; за наявності ПВГ W3 і W4 здійснювали активне дренивання впродовж доби; у разі застосування ендопротеза не давали останньому контактувати з петлями кишок і підшкірною клітковиною; за наявності інфільтратів і сером проводили тільки консервативне лікування.

Післяопераційні ускладнення виникли у 7 (7,2%) осіб: в 1 — бешиха передньої черевної стінки із подальшим нагноєнням рани, після тривалої антибактеріальної терапії впродовж 3 тижнів явища інфекції усунуто без видалення ендопротеза, в 1 пацієнта — дерматит в ділянці рубця, інфільтрат у місці пластики — у 3 пацієнтів, серома — у 2 осіб. Одна хвора померла (1,0%) після автопластики рецидивної ПВГ внаслідок каскадних явищ супровідної серцевої патології.

Аналіз порівняння результатів операцій із застосуванням ендопротеза і стандартних методик закриття дефектів ПВГ стосовно виникнення рецидивів виявив значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами [8, 9, 14]. Велике значення має місце імплантації сітки. Ефективною і об-

грунтованою методикою пластики є преперитонеальне розміщення протеза (sublay) за Stoppa — Rives [4, 6, 9, 14]. Методики надапоневротичної імплантації сітки (onlay) або розміщення її в м'язовому шарі (inlay) мають обмежене застосування з огляду на високу частоту рецидивів. Сітка, розміщена у черевній стінці, по-перше, не контактує з органами черевної порожнини, а отже, не зумовлює ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту. По-друге, протез, відмежований від підшкірно-жирової клітковини, є захищеним на випадок нагноєння післяопераційної рани. По-третє, внутрішньочеревний тиск рівномірно притискає широко імплантовану сітку до тканин передньої черевної стінки, тим самим ще більше й надійніше зміцнює її [4, 9, 12, 14].

Одним із компонентів успішного лікування ПВГ є профілактика післяопераційних ускладнень. Ведення післяопераційного періоду спрямовується на профілактику ускладнень з боку серцево-судинної і дихальної систем, корекції супровідних захворювань, стимуляції функції кишок, а також ускладнень післяопераційної рани. Застосування профілактичного комплексу не виключає постійної профілактики шпитальної інфекції [4, 7]. Що до локальних ускладнень, то разом із широко впроваджуваними операціями з використанням новітніх пластичних матеріалів слід здійснювати заходи для запобігання інфікуванню тканин у зоні хірургічного втручання. З цього погляду, перспективною і безпечною видається превентивна пероральна антибіотикотерапія як альтернатива стандартним внутрішньовенним методикам [13].

### Висновки

Алопластика із застосуванням поліпропіленової сітки — сучасний та ефективний метод хірургічного лікування ПВГ, який дає змогу уникнути натягу тканин, не спричиняє змін об'єму черевної порожнини, зменшує частоту рецидивів і летальність, а здійснення відповідних профілактичних заходів — забезпечує зменшення кількості локальних ускладнень у післяопераційному періоді.

### Цитована література

1. *Алопластика гігантських післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки* / Я. П. Фелештинський, С. М. Піотрович, Ю. В. Ігнатовський та ін. // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота» (Київ, 18 квіт. 2003).— К., 2003.— С. 74–75.
2. *Белянский Л. С.* Особенности пластики послеоперационных грыж брюшной стенки больших размеров / Л. С. Белянский, Н. В. Мануйло // Там само.— С. 95–96.
3. *Гогия Б. Ш.* Отдаленные результаты лечения послеоперационных вентральных грыж с применением сетчатых эндопротезов и без них / Б. Ш. Гогия, А. А. Адамян // Там само.— С. 94.
4. *Досвід хірургічного лікування гриж черевної стінки з використанням поліпропіленової сітки в умовах Київського центру хірургії гриж живота* / Я. П. Фелештинський, М. І. Тутченко, Ю. В. Ігнатовський та ін. // Там само.— С. 3–7.

5. Жебровский В. В. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений при большой грыже брюшной стенки / В. В. Жебровский, А. М. С. Салах // Клінічна хірургія.— 2003.— № 11.— С. 18.
6. Ильченко Ф. Н. Дифференцированный выбор способа герниопластики при послеоперационных грыжах брюшной стенки / Ф. Н. Ильченко, В. В. Жебровский // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота» (Київ, 18 квіт. 2003).— К., 2003.— С. 66–67.
7. Каминский И. В. К профилактике раневых осложнений при послеоперационных вентральных грыжах / И. В. Каминский, М. М. А. Аль Ола // Там само.— С. 59–60.
8. Кирпичев А. Г. Эндопротезирование сеткой из пролена при больших и гигантских вентральных грыжах / А. Г. Кирпичев, Н. А. Сурков // Там само.— С. 90–91.
9. Лерчук О. М. Переваги використання поліпропіленової сітки у лікуванні хворих на рубцеві вентральні грижі // Там само.— С. 7–8.
10. Лікування грижі передньої черевної стінки з використанням поліпропіленової сітки / М. Г. Гончар, Л. І. Дмитрів, І. В. Мельник та ін. // Клінічна хірургія.— 2003.— № 11.— С. 12–13.
11. Наш досвід застосування алопластики в лікуванні гриж / В. М. Демидов, С. О. Куліш, Ю. М. Клтік та ін. // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота» (Київ, 18 квіт. 2003).— К., 2003.— С. 38.
12. Оптимізація вибору способу алопластики з приводу післяопераційної грижі черевної стінки / Я. П. Фелештинський, С. М. Піотрович, Ю. В. Ігнатовський та ін. // Клінічна хірургія.— 2003.— № 11.— С. 33–34.
13. Пероральна профілактика в плановій герніології / І. Д. Герич, І. В. Стояновський, Н. О. Дворчин та ін. // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота» (Київ, 18 квіт. 2003).— К., 2003.— С. 15–16.
14. Саенко В. Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клінічна хірургія.— 2003.— № 11.— С. 3–5.

### **Выбор метода хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж**

*В. П. Андриященко, В. В. Ващук, М. И. Курдыбан, Б. М. Кордоба*

В статье проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж у 98 пациентов. Выбор метода герниопластики зависит от размера, локализации и состояния грыжевых ворот и тканей брюшной стенки, возраста, общего состояния пациента, рецидивов и осложнений. Показано, что герниопластика с использованием полипропиленовой сетки — современный и эффективный метод хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Метод позволяет избежать натяжения тканей, не изменяет объема брюшной полости и способствует снижению частоты осложнений и рецидивов.

### **The choice of the method of surgical treatment for incisional ventral hernias**

*V. P. Andriuschenko, V. V. Vaschuk, M. I. Kurdyban, B. M. Kordoba*

In the article the results of surgical treatment of incisional ventral hernias in 98 patients have been analyzed. The choice of a hernioplasty method was based on the sizes, localization and a condition the gate of hernias and abdominal tissue, as well as by the age and general state of a patient, relapses and complications. It has been shown, that hernioplasty with use of polypropylene mesh is a modern and effective method of surgical treatment for incisional ventral hernias. This method allows avoiding tissue tension, it does not change volume of abdominal cavity and promotes the reduction of complications and relapses frequency.