

ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

В.С. Заремба, А.М. Новосад, А.В. Миськів, Н.Р. Федчишин, В.В. Філюсь

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра хірургії ФПДО (зав. - проф. Б.О. Матвійчук)

Перша клінічна лікарня ім. Князя Лева м. Львова (головний лікар - Д.М. Джафарова)

Реферат

Проаналізовано результати лікування 119 пацієнтів з грижами, яким було проведено 129 операційних втручань. У 41 (31,7%) хворого з пахвинними і стегновими грижами переважали операції направлені на укріплення задньої стінки. Пластику передньої стінки виконано у 14 (10,8%) хворим молодого віку з невеликими грижами; у 40 (31,1%) - пластика пахвинного каналу з допомогою поліпропіленової сітки за Lichtenstein. При пупкових, білої лінії живота та післяопераційних грижах у 38 (29,6%) хворих провели пластику гризових воріт власними тканинами, за допомогою поліпропіленової сітки - у 10 (7,6%), у 8 (6,1%) з яких при дефекті тканин більше 8 см - за способом sublay. У 6 (7,5%) хворих після аутопластики та у 4 (8,0%) після алопластики відмічені місцеві ускладнення, які ліквідовані без додаткових операційних втручань. Середній ліжко-день склав $7,15 \pm 1,22$ дні. Отже, сучасне лікування гриж передньої черевної стінки в кожному конкретному випадку вимагає індивідуального підходу до пластики тканин. Застосування сітчастих синтетичних матеріалів показано пацієнтам з рецидивними післяопераційними вентральними грижами при дефекті тканин понад 8 см. Оптимальним варіантом імплантації сітчастого протезу є методика sublay.

Ключові слова: грижі передньої черевної стінки, хірургічне лікування, способи пластики, поліпропіленова сітка, післяопераційні ускладнення

Abstract

TREATMENT OF UNCOMPLICATED HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

V.S. ZAREMBA, A.M. NOVOSAD, A.V. MYS'KIV, N.R. FEDCHYSHYN, V.V. FILYUS'

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv
The Prince Lev First City Clinical Hospital in Lviv

The outcomes of surgical treatment of 119 patients with hernias who underwent 129 operational interventions were analyzed. Operations directed at posterior wall strengthening were used in 41 (31.7%) patients with inguinal and femoral hernias; 14 (10.8%) young patients with small hernias had anterior wall correction; and 40 (31.1%) patients underwent inguinal canal correction with Lichtenstein polypropylene meshes. In the case of umbilical hernias, linea alba hernias, and postoperative hernias, patients' own tissues were used for the repair in 38 (29.6%) patients, and polypropylene meshes were used in 10 (7.6%), while in 8 (6.1%) patients with a tissue defect greater than 8 cm, the sublay method was used. Local complications that resolved without additional interventions were seen in 6

(7.5%) patients after autoplasty and 4 (8.0%) patients after alloplasty. The average hospital length of stay was 7.15 ± 1.22 days. Thus, current treatment of ventral hernias requires an individual approach in each case. Use of meshed synthetic materials is recommended for patients with recurrent postoperative ventral hernias with tissue defects greater than 8 cm. The sublay method is the optimal method for implanting meshed prosthetic appliances.

Key words: anterior abdominal wall hernia, surgical treatment, plastic methods, polypropylene meshes, postoperative complication

Вступ

Діагностика й операційне лікування гриж передньої черевної стінки є однією з актуальних проблем клінічної хірургії. Грижі черевної стінки трапляються у 6-7% мужчин та у 2,5% жінок. Пахвинні грижі становлять 70-80%, стегові - 5-8%, вентральні - 3-5% [1,2,3]. До 20% хворих лікуються у хірургічних стаціонарах загального профілю. Післяопераційні ускладнення виникають у 8-10% пацієнтів, що можна пояснити несвоєчасним зверненням хворих та погіршеннями в проведенні операційних втручань. Летальність після виконання планових операцій з приводу гриж в Україні не перевищує 0,06%, защемлених - 3% і збільшується до 14% у пацієнтів старшої (60 і більше років) вікової групи [4].

Мета роботи - проаналізувати хірургічне лікування неускладнених форм гриж передньої черевної стінки зі застосуванням різних способів пластики власними тканинами та з допомогою синтетичного сітчастого матеріалу.

Матеріал і методи

На базі хірургічного відділення Першої клінічної лікарні ім. Князя Лева м. Львова зі січня по листопад 2010 року в плановому порядку прооперовано 119 пацієнтів з грижами передньої черевної стінки, яким проведено 129 операційних втручань. У 10 хворих жіночої статі виконано по дві операції, які передбачали, поряд з проведенням радикальної операції з приводу грижі, корекцію діастазу прямих м'язів живота (4 па-

цієнти) або корекцію відвислого живота (патогенетично обґрунтована дермліпектомія) з абдомінопластикою (6 хворих). Вік хворих становив від 20 до 85 років. Мужчин було 84 (70,6%), жінок - 35 (29,4%). Пацієнтів віком 60 і більше років було 54 (45,4%). У 57 (46,2%) хворих діагностовано супровідну патологію - ІХС, стенокардію, гіпертонію, ревматоїдний артрит, цукровий діабет. У 21 (17,6%) пацієнта виявлено рецидив грижі, перші операційні втручання яким проведено в термін від 4 до 12 років. Хворих розподілено на дві групи, яким проведено пластику грижового дефекту зі застосуванням власних тканин - автопластику (перша група) і друга група - пластику за допомогою алотрансплантату зі сітчастого полімерного матеріалу - поліпропіленової сітки (Ethicon). Кількість операційних втручань залежно від локалізації грижі та способу пластики представлено в табл. 1

Результати й обговорення

Хворі у післяопераційному періоді приймали антибіотики широкого спектру дії - цефалоспори́ни або фторхінолони. При великих післяопераційних грижах і тривалому операційному втручанні, поряд з антибіотиками, застосовували препарати імідазолового ряду. Із метою профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів із супровідною патологією та чинниками ризику (надмірна вага, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет) застосовували низькомолекулярні гепарини за годину до операції та продовжували їх введення 5-7 днів. Прямі антикоагулянти не застосовували. У 41 (31,7%) пацієнта першої групи з пахвинними та стегновими грижами проводили операції, направлені на укріплення задньої стінки за Бассіні, Постемпським, Кіршнером, Шолдайсом. Пластику пе-

редньої стінки за Жираром - Кімбаровським виконано 14 (10,8%) хворим молодого віку з невеликими грижами. У 40 (31,1%) пацієнтів другої групи проведено пластику пахвинного каналу за допомогою поліпропіленової сітки за Lichtenstein. При пупкових, білої лінії живота та післяопераційних грижах провели операційне втручання з допомогою власних тканин способом Мейо, Сапежко, Шамп'юнер, Напалкова в тих випадках, коли пластика не супроводжувалась натягом тканин і не викликала підвищення внутрішньочеревного тиску. Пластику власними тканинами при цій локалізації гриж проведено у 38 (29,6%) хворих, а за допомогою поліпропіленової сітки - у 10 (7,6%). У 8 (6,1%) хворих при дефекті тканин більше 8 см пластику грижових воріт виконали способом sublay, у 4 (3,05%) використали грижовий мішок, у 2 (1,5%) пацієнтів при гігантській грижі передньої черевної стінки та багатокамерній післяопераційній грижі виконано пластику onlay.

У 6 (7,5%) хворих першої групи в ранньому післяопераційному періоді відмічені місцеві ускладнення - інфільтрати, лікування яких проведено консервативно. У 4 (8,0%) пацієнтів другої групи виникли ускладнення місцевого характеру: післяопераційний інфільтрат - у 1, серома - у 3, які ліквідовано після проведеного консервативного лікування. У 3 пацієнтів старшої вікової групи зі супровідною патологією (артеріальна гіпертензія, серцево-судинна недостатність) виникли ускладнення загального характеру (парез кишківника), які були усунуті методом стимуляції. Нагноєнь післяопераційних ран і летальних випадків не було. Середній ліжко-день склав $7,15 \pm 1,22$ днів.

Висновки

1. Сучасне лікування неускладнених вентраль-

Таблиця 1

Кількість операційних втручань залежно від локалізації грижі та способу пластики

Локалізація грижі	Кількість операційних втручань і способи пластики					
	Пластика власними тканинами (1 група)		Пластика синтетичним матеріалом (2 група)		Всього	
	n	%	n	%	n	%
Пахвинна	36	27,8	40	31,1	76	58,9
Пупкова	11	8,5	1	0,8	12	9,3
Білої лінії живота	5	3,9	—	—	5	3,9
Стегнова	5	3,9	—	—	5	3,9
Післяопераційна (рецидивна)	12	9,3	9	6,8	21	16,1
Діастаз прямих м'язів живота	10	7,9	—	—	10	7,9
Всього	79	61,3	50	38,7	129	100,0

них гриж потребує індивідуального підходу до пластики в кожному конкретному випадку. При відсутності натягу тканин доцільно проводити пластику гризових воріт власними тканинами.

2. Застосування сітчастих синтетичних матеріалів показано хворим з рецидивними післяопераційними вентральними грижами, передусім в осіб старшої вікової групи зі слабкістю м'язів живота, супровідною патологією та дефектом тканин понад 8 см.

3. Оптимальним варіантом імплантації сітчастого протезу є методика sublay, при великих і гігантських післяопераційних грижах - onlay.

Література

1. Бобров О.Е., Мендель Н.А. Выбор способа герниопластики при паховых грижах / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель// II Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю.- Сімферополь, 2004. - С.185-186.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентераций /В.В. Жебровский, Мохамед Том Ельбашир. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. - 440 с.
3. Фелештинский Я.П. Патогенез, хірургічне лікування і профілактика рецидивів гриж черевної стінки у пацієнтів похилого і старечого віку: Автореф. дис. д-ра мед. наук / Я.П. Фелештинский . - К., 2000.- 35 с.
4. Хірургія (Факультетська): Підручник /М.П. Захараш, О.І. Пойда, М.Д. Кучер та ін. - К.: Медицина, 2006. - 656 с.