

УДК 617.55-007.43-089.884

Я.Ю. Войтів

Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю. Полянський)

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

АНАЛІЗ МЕТОДІВ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У КЛІНІЦІ КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Резюме. На основі аналізу результатів операційних втручань та результатів хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ у хірургічному відділенні ЧОКЛ впродовж 2009-2013 років виявлено значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами. Правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Ключові слова. Післяопераційні вентральні грижі, алопластика, ендопротези.

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) як ускладнення операційного втручання є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Післяопераційні вентральні грижі посідають друге місце після пахвинних гриж і становлять 20-22% від загальної кількості гриж. Збільшення останніми роками кількості пацієнтів із ПВГ вимагає від хірургів пошуку новітніх технологій і зміни традиційних поглядів у розв’язанні цієї проблеми [1]. Висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов’язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенераційно зміненими, що обумовлює 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% [2, 3]. Проте 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) досягають 15%, а летальність – 3-20% [4]. Серед хірургів немає чіткого уявлення про спосіб розта-

шування пластичного матеріалу по відношенню до м’язово-апоневротичних структур черевної стінки, що впливає на кількість післяопераційних ускладнень та рецидивів.

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих на ПВГ шляхом аналізу вибору методів операційних втручань та їх результатів.

Матеріал і методи. Нами ретроспективно проаналізовано методи операційних втручань та результати хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ у хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні (ЧОКЛ) впродовж 2009-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 30 до 89 років. Чоловіків було 44 (19,2%), жінок – 186 (80,8%). Згідно SWR-classification (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999) ПВГ було розподілено на малі (до 5,0 см в поперечнику) – у 32 (14,1%), середні (5,0-10,0 см) – у 126 (54,7%), великі (10,0-20,0 см) – у 45 (19,5%), гігантські (більше 20,0 см) – у (11,7%). Більшість (82,6%) становили ПВГ з серединною локалізацією грижового дефекту.

Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel та програми для статистичної обробки Statgraphics Plus 5.1. Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували критерій Ст’юдента для норма-

льно розподілених вибірок і критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні для вибірок, розподіл яких вирізнявся від нормального.

Результати досліджень та їх обговорення. Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина гризових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску.

На сьогодні визнаною у всьому світі є класифікація післяопераційних вентральних гриж, прийнята на XXI Міжнародному конгресі герніологів у Мадриді в 1999 році – SWR-classification [5]:

S – локалізація грижі: M – серединна; L – бокова; ML – змішана.

W – ширина гризового дефекту:

W1 – дефект апоневрозу до 5,0 см в поперечнику;

W2 – дефект апоневрозу до 10,0 см в поперечнику;

W3 – дефект апоневрозу до 20,0 см в поперечнику;

W4 – дефект апоневрозу більше 20,0 см в поперечнику;

R – рецидиви: R1, R2, R3, R4.

Проаналізувавши методи операційних втручань з приводу ПВГ, нами виявлено: при малих (W1 – дефект < 5,0 см) та середніх (W2 – дефект 5,0-10,0 см) післяопераційних вентральних грижах частіше використовували автопластичні методики (Мейо, Сапезко) та операції з розташуванням сітчастих алотрансплантантів поверх апоневрозу (“onlay”). При великих (W3 – дефект > 10,0 см) та гігантських (W4 – дефект > 20,0 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу надавали розташуванню протезу “sublay” (ретромускулярно чи преперитонеально) та “inlay” (пластика дефекту черевної стінки протезом без його закриття тканинами апоневрозу). Всі операції з

використанням сітчастих алотрансплантантів завершували дренажуванням ложа сітчастих імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона).

Звертає на себе увагу динамічне зростання абсолютних і відносних показників кількості алопластичних методів герніопластики при ПВГ. Так, у 2009 році у хірургічному відділенні ЧОКЛ алопластичні методи пластики становили 13% від загальної кількості операцій при ПВГ, у 2010 році – 29%, у 2011 році – 40%, у 2012 році – 48%, у 2013 році – 54%.

Аналіз порівняння результатів операцій із застосуванням ендопротезів і стандартних методик закриття дефектів ПВГ стосовно виникнення рецидивів виявив значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами. Велике значення має місце імплантації сітки. Ефективною і обґрунтованою методикою пластики є ретромускулярне чи преперитонеальне розміщення протезу (sublay) за Stoppa-Rives. Сітка, розміщена у черевній стінці не контактує з органами черевної порожнини; протез відмежований від підшкірножирової клітковини, і є захищеним на випадок нагноєння післяопераційної рани; внутрішньочеревний тиск рівномірно притискає широко імплантовану сітку до тканин передньої черевної стінки, тим самим підвищує надійність фіксації.

Висновки. 1. Аналіз порівняння результатів операцій із застосуванням ендопротезів і стандартних методик закриття дефектів післяопераційних вентральних гриж стосовно виникнення рецидивів, виявив значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами. 2. Правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Список використаної літератури

1. Дужий І.Д. Оптимізація хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж / І.Д. Дужий, В.П. Шевченко // Вісн. української медичної стоматологічної академії. Акт. проблеми сучасної мед. – 2005. – Т. 5, Вип. 1. – С. 33-34.
2. Мошкова Т.А. Аллопластика срединних вентральних грыж полипроленовыми сетками // Вестн. хирург. – 2008. – № 4. – С. 36-39.
3. Фелештинський Я.П. Клініко-морфологічні аспекти ускладнень алогерніопластики, лікування та профілактика / Я.П. Фелештинський, В.Ф. Атаманюк // Хірург. України. – 2011. – № 3(39). – С. 107-109.
4. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, І.М. Тодуров, С.В. Косюхно, О.В. Перехрестенко // Хірург. України. – 2011. – № 3(39). – С. 10-12.
5. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chevrel, A.M. Rath // Hernia. – 2000. – Vol. 4. – P. 7-11.

**АНАЛИЗ МЕТОДОВ ОПЕРАЦИОННЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕ-
ОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
В КЛИНИКЕ КАФЕДРЫ ХИРУРГИИ БУКО-
ВИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИ-
ЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Резюме. На основе анализа результатов операционных вмешательств и результатов хирургического лечения 230 больных с ПВГ в хирургическом отделении ЧОКБ на протяжении 2009-2013 годов выявлено значительное преимущество аллопластики сетчатыми материалами. Правильный выбор способа операционного лечения требует индивидуального подхода к каждому конкретному больному, а надлежащая предоперационная подготовка и послеоперационное лечение позволяет свести к минимуму послеоперационные осложнения и уменьшить частоту возникновения рецидивов.

Ключевые слова. Послеоперационные вентральные грыжи, аллопластика, эндопротезы.

**ANALYSIS OF SURGICAL METHODS FOR
POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN
THE DEPARTMENT OF SURGERY AT BUKO-
VINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY**

Abstract. The analysis of the results of surgery and the results of surgical treatment of 230 patients with postoperative ventral hernias (PVH) in the surgical department of Chernivtsi Regional Clinical Hospital during 2009-2013 revealed a significant advantage of alloplastic with reticulate materials. A correct choice of the method of surgical treatment requires an individual approach to each patient, proper preoperative and postoperative care allows to reduce the postoperative complications and frequency of relapses.

Key words: postoperative ventral hernia, alloplastics, implants .

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 01.06.2015 р.

Рецензент – проф. Польовий В.П. (Чернівці)