

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова АМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (804) березень 2010
Щомісячний науково-практичний журнал



Заснований у червні 1921 р.
Нагороджений
КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортuna»
Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
від 10.11.99 № 3-05/11.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 21.03.10. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.
Обл. вид. арк. 7,67. Тираж 1 500.
Замов. 182

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (804) березень 2010

Головний редактор
М. Ю. Ничитайлло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
В. М. Короткий
Д. Ю. Кривченя
В. М. Левенець
В. В. Лазоришинець
В. І. Мамчич
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятов
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
М. І. Тутченко
О. Ю. Усенко
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

В. В. Бойко
М. М. Бондаренко
М. М. Велігоцький
Б. С. Запорожченко
Л. Я. Ковальчук
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
І. І. Мітюк
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ДО УВАГИ АВТОРІВ

Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами.
Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e-mail.

3. Статтю надсилають в двох примірниках, обсяг її – 9–10 с., коротких повідомлень – 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша (формату А4 210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці та на дискетах 3,5" (IBM сумісні PC) у форматах *.doc, *.rtf без OLE-об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (20–25 рядків, обґрунтування, методики, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел – у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, у порядку цитування. Автори відповідальні за правильність даних, наведених в списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

У зв'язку з введенням в дію нового стандарту ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1–2003, IDT) наводимо приклади оформлення списку літератури.

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбоэмбологических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднегого. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori : метод рекомендации / Л. А. Ахтолова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК A61B17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто-стегнового сегмента / А. Б. Домініяк (Україна). – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.

6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико-лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14. 01.03 -хірургія / А. В. Сивожелезов; Харк. мед. ин-т. – Х., 1999. – 18 с.

7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben-Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.

8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб – за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, стат' і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну-виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилають у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на дискетах 3,5" (IBM сумісні PC) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, малюнки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ МАЛЮНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатися негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходить всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилають.

ЗМІСТ



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-9 **Белянский Л. С., Тодуров И. М.**

Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи

- 10-16 **Ничитайло М. Е., Булик И. И.**

Современные аспекты эндоскопического лечения сложных и рецидивных паховых грыж

- 17-20 **Фелештинський Я. П., Мамчич В. І., Свиридовський С. А., Ватаманюк В. Ф.**

Диференційований підхід до преперitoneальної алопластики з приводу складних рецидивних пахвинних гриж

- 21-23 **Белянский Л. С., Тодуров И. М., Пустовит А. А., Кучерук В. В.**

Современные подходы к выбору открытого метода пластики по поводу рецидивной паховой грыжи

- 24-26 **Кришень В. П., Кудрявцев А. В., Мущинин В. А., Шептун Ю. Ю., Шкитак Я. Я.**

Сравнительная характеристика различных методов герниоаллопластики по поводу паховых грыж

- 27-30 **Власов В. В., Бабій І. В.**

Передочеревинна алопластика пахвинного каналу

- 31-34 **Жебровский В. В., Косенко А. В., Воронов Н. В., Могилевский А. А., Кондратюк Э. Р.**

Особенности оперативного лечения осложненных форм послеоперационных грыж брюшной стенки

- 35-38 **Фелештинський Я. П., Ватаманюк В. Ф., Дубенець В. О., Свиридовський С. А.**

Оптимізація хірургічного лікування серединних післяопераційних гриж черевної стінки

- 39-44 **Ільченко Ф. Н., Бараповский Ю. Г., Сербул М. М.**

Воспалительная концепция патогенеза послеоперационной грыжи брюшной стенки и основные направления профилактики раневых осложнений герниопластики

- 45-49 **Гербали О. Ю.**

Актуальные аспекты лечения послеоперационной грыжи живота у больных с ожирением

- 50-51 **Ничитайло М. Е.**

Применение декасана в лечении инфицированного панкреонекроза и его осложнений

- 52-55 **Кривчена Д. Ю., Дубровин А. Г., Даньшин Т. И., Притула В. П., Поворознюк В. С., Сильченко М. И., Гришин А. А., Максакова И. С., Пархоменко В. В.**

Применение препарата "Тахокомб" в хирургии детского возраста

- 56-59 **Іванчов П. В.**

Особливості кровотечі при злюкісних пухлинах шлунка

- 60-62 **Притуляк С. М., Ткач А. С., Стрижалковський О. В., Київський П. І., Луцкер О. О., Тацюк Я. В., Остафійчук О. О.**

Хіургічне лікування метастатичних пухлин легені

ЮВІЛЕЙ

- 63-64 **Володимир Володимирович ГРУБНИК**

до 60-річчя з дня народження





CONTENTS

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 5-9 Belyanskiy L. S., Todurov I. M.**
Interpretation of recommendations of European association of herniologists for the problems of inguinal hernia treatment
- 10-16 Nichitaylo M. E., Bulik I. I.**
Modern aspects of endovideosurgical treatment of complex and recurrent inguinal hernias
- 17-20 Feleshtinskiy Ya. P., Mamchych V. I., Svyrydovskiy S. A., Vatamanyuk V. F.**
Differentiated approach to preperitoneal alloplasty for complex recurrent inguinal hernias
- 21-23 Belyanskiy L. S., Todurov I. M., Pustovit A. A., Kucheruk V. V.**
Modern approaches for the choice of open-access method of plasty for recurrent inguinal hernia
- 24-26 Kryshen V. P., Kudryavtsev A. V., Mushchinin V. A., Sheptun Yu. Yu., Shkitak Ya. Ya.**
Comparative characteristic of various methods of hernioplasty for inguinal hernias
- 27-30 Vlasov V. V., Babiy I. V.**
Preperitoneal alloplasty of inguinal canal
- 31-34 Zhebrovskiy V. V., Kosenko A. V., Voronov N. V., Mogilevskiy A. A., Kondratyuk E. R.**
Peculiarities of operative treatment of complicated forms of abdominal hernias
- 35-38 Feleshtynskiy Ya. P., Vatamanyuk V. F., Dubenets V. O., Svyrydovskiy S. A.**
Optimization of surgical treatment of median postoperative abdominal hernias
- 39-44 Ihlchenko E. N., Baranovskiy Yu. G., Serbul M. M.**
Inflammatory concept of pathogenesis of postoperative abdominal hernia and the main trends in prophylaxis of the wound complications of hernioplasty
- 45-49 Gerbali O. Yu.**
Actual aspects of treatment of postoperative abdominal hernia in patients with obesity
- 50-51 Nichitaylo M. E.**
Dekasanapplication in treatment of infected pancreatic necrosis and its complications
- 52-55 Krivchenya D. Yu., Dubrovin A. G., Dahnshin T. I., Pritula V. P., Povoroznyuk V. S., Silchenko M. I., Grishin A. A., Maksakova I. S., Parkhomenko V. V.**
Application of "Tachocomb" preparation in pediatric surgery
- 56-59 Ivanchov P. V.**
Peculiarities of hemorrhage in gastric malignancies
- 60-62 Prytulyak S. M., Tkach A. S., Strizhalkovskiy O. V., Kyivskiy P. I., Lutsker O. O., Tatsyuk Ya. V., Ostafiychuk O. O.**
Surgical treatment of pulmonary metastatic tumors

JUBILEES

- 63-64 Volodimir Volodimirovich GRUBNIK**
to the 60th anniversary



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 617.557–007.43–089

ИНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЄВРОПЕЙСКОЇ АССОЦІАЦІЇ ГЕРНИОЛОГОВ ПО ПРОБЛЕМАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЇ ГРЫЖІ

Л. С. Белянський, І. М. Тодуров

Національний інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалимова АМН України, г. Київ

INTERPRETATION OF RECOMMENDATIONS OF EUROPEAN ASSOCIATION OF HERNIOLOGISTS FOR THE PROBLEMS OF INGUINAL HERNIA TREATMENT

L. S. Belyanskiy, I. M. Todurov

РЕФЕРАТ

Приведена интерпретация основных положений Европейской ассоциации герниологов (EAH) и материалов 4-го Международного конгресса герниологов в Берлине (9 – 12 сентября 2009 г.) с позиций хирургической клиники, располагающей опытом лечения более 2500 больных по поводу паховой грыжи. Предложенные рекомендации могут стать базовым документом для коррекции и стандартизации протоколов подготовки медицинского персонала и разработки национальных стандартов лечения паховой грыжи. Их пересмотр и внесение изменений запланированы в 2012 г., а ежегодная коррекция отдельных положений с учетом модернизации доказательной базы будет проводиться на конгрессах EAH.

Ключевые слова: паховая грыжа; трансабдоминальная преперitoneальная пластика; тотальная экстраперitoneальная пластика.

SUMMARY

The interpretation of the main rules of the European Association of Herniologists (EAH) and the materials of the Fourth International Congress of Herniologists in Berlin (9 – 12th of September 2009) is adduced, taking into account the views of clinic, owing experience of treatment of 2500 patients, suffering inguinal hernia. The recommendations proposed have a chance to become a basement document for doing correction and standardization of protocols for medical staff training and the national standards elaboration concerning inguinal hernias treatment. Their overview and putting changes into them are planned for 2012 yr., and their discrete annual correction would take place, taking into account the proving base modernization, all of them in a frames of EAH congresses.

Key words: inguinal hernia; transabdominal preperitoneal plasty; total extraperitoneal plasty.

Проблема лечения паховых грыж не утратила актуальности, несмотря на широкое внедрение современных технологий. Использование протезных материалов стало обычной процедурой, которая позволила значительно снизить риск возникновения рецидивов. В то же время, возникли осложнения, ухудшающие качество жизни больных, появление которых связывают с характеристиками сетчатых имплантатов и методами их фиксации в различных слоях пахового канала, что ассоциируется с риском повреждения нервов или мышц [1].

Разнообразие методов хирургического лечения паховой грыжи и технических приемов, а также традиции клиник и опыт отдельных хирургов усложняют выбор наиболее совершенной техники операции. Вполне закономерным является разработка стандартов лечения, характеризующихся простотой и доступностью хирургической техники, легкостью в обучении, низкой частотой рецидивов.

Из огромного числа методов пластики пахового канала можно выделить наиболее употребляемые в наше время: открытые – по Bassini, Shouldice, Nihus и Lichtenstine, эндоскопические – трансабдоминальная преперitoneальная пластика (TAPP) и тотальная экстраперitoneальная пластика (TEP). Все остальные являются, как правило, модификациями перечисленных методов пластики [2].

Вполне закономерное стремление хирургов к выбору оптимального метода лечения паховых грыж в зависимости от их типа и наличия рецидива нашло свое отражение в рекомендациях Европейской ассоциации герниологов (EAH) "Основные направления в лечении паховой грыжи" [3], а также в материалах 4-го Международного конгресса герниологов в Берлине (9 – 12 сентября 2009 г.) [4].

Документ подготовлен рабочей группой, в которую вошли эксперты—герниологи из 14 стран — членов ЕАГ. Он основан на принципах доказательной медицины, при необходимости, отдельные его положения согласовывались со всеми членами ЕАГ путем переписки и заполнения стандартных опросников. Практическое руководство осуществляло руководящий комитет рабочей группы. На завершающем этапе получены отзывы от национальных ассоциаций герниологов.

Предложенные рекомендации могут стать базовым документом для коррекции и стандартизации протоколов подготовки медицинского персонала и разработки национальных стандартов лечения паховых грыж. Его пересмотр и внесение изменений планируют провести в 2012 г., ежегодная коррекция отдельных положений с учетом модернизации доказательной базы будет проведена на конгрессах ЕАГ. В процессе разработки базового документа возникли вопросы, которые требуют проведения дополнительных специфических исследований. Кроме того, в нем представлены рекомендации по дальнейшему изучению отдельных аспектов лечения паховых грыж. В дополнении прилагается краткое резюме для практического использования. Для повышения практической значимости рекомендаций особое внимание уделено наиболее важным хирургическим методам, вопросам местной инфильтрационной анестезии и информирования пациентов.

Наиболее важной задачей ЕАГ на современном этапе является внедрение положений Рекомендаций в повседневную клиническую практику. Следующей задачей ЕАГ считает создание школы для эффективного обучения практических врачей современным методам пластики паховых грыж, включая эндоскопические методы [3].

Необходимость трактовки основных положений Рекомендаций ЕАГ продиктована тем, что уровень оценочных шкал представленных рандомизированных клинических исследований достаточно сложен для восприятия и оценки практическими хирургами. Они расписаны слишком детально, скрупулезно, с учетом всех возможных и непредсказуемых нюансов дифференциальной диагностики, классификации, возрастных особенностей больных, факторов риска возникновения осложнений и их профилактики у мужчин и женщин разного возраста, содержат характеристики биоматериалов, не всегда используемых в нашей стране.

Целью публикации является трактование основных положений Рекомендаций ЕАГ и решений 4-го Международного конгресса герниологов с позиций клиники хирургии пищевода, желудка и кишечника, располагающей опытом лечения более 2500 больных по поводу паховых грыж.

Мы не останавливаемся на вопросах анамнеза, физических методов исследования, первичной и дифференциальной диагностики опухолеподобных выпячиваний в паховой области, использования ультразвуковой и компьютерной герниографии, поскольку они достаточно хорошо освещены в специальных руководствах.

Относительно показаний к проведению оперативного лечения паховой грыжи вполне оправданным является широкое внедрение в клиническую практику простых и эффективных методов с минимальной частотой рецидивов, доступных широкому кругу хирургов. В этом солидарны все эксперты, участвовавшие в проведении рандомизированных исследований, ссылаясь на высказывание J. Nicholson: "Ежегодный опыт выполнения 80 000 операций по поводу паховой грыжи в Великобритании и глубокий кризис в подготовке кадров хирургов, социальные требования к качеству оперативных вмешательств с использованием современных методов герниопластики и протезных материалов требуют создания новых, простых методов, доступных для врачей и не требующих участия в оперативном вмешательстве консультанта" [5]. Такими методами однозначно признаны открытые методы Shouldice и Lichtenstein, а также эндоскопические — TAPP и TEP.

Основные положения ЕАГ опубликованы в августе 2009 г., накануне 4-го Международного конгресса герниологов и получили высокую оценку в Европе. В первом докладе на конгрессе директора Института грыжи имени I. L. Lichtenstein (Лос-Анджелес) профессора P. Amid на основе 25-летнего опыта лечения больных паховой грыжей отмечено, что: "Операция Lichtenstein, предложенная в 1984 г., получила сегодня наивысшую оценку, она наиболее популярна среди других открытых методов. Она характеризуется минимальной частотой осложнений, ее можно использовать в дневном стационаре под местным обезболиванием с низкой частотой рецидивов, не превышающей 1%, что подтверждено результатами многочисленных наблюдений. Практически все первичные паховые и бедренные грыжи (за исключением некоторых видов) у взрослых пациентов можно с успехом лечить с использованием техники "свободного натяжения", предложенной I. L. Lichtenstein. Учитывая этот тезис Европейской группы экспертов, считаем целесообразным и в дальнейшем отдавать предпочтение именно этой операции" [6].

Весьма убедительны приведенные им результаты статистических исследований, подтверждающие, что "кривая обучения" эндоскопическим методам пластики пахового канала предусматривает необходимость выполнения 50 – 100 самостоятельных оперативных вмешательств. Результаты же первых 30 – 50 операций составляют "критический период" овладения тех-

никой вмешательства и чреваты тяжелыми осложнениями. В связи с этим только 20% хирургов в мире владеют методами эндоскопической пластики пахового канала, за исключением Франции (34%) и Австрии (24%). Овладение же техникой операции Lichtenstein требует не более 10 вмешательств, что экономически более выгодно [6].

Не менее принципиален доклад руководителя клиники Shouldice из Thornhill (Ontario, Canada) M. Alexander: "The Shouldice native tissue repair for inguinal hernia is still important" (пластика по методу Shouldice с использованием собственных тканей все еще предпочтительна).

Суть его доклада: "Операцию Shouldice выполняют под местной анестезией с использованием седативных средств. Значительное число больших и рецидивных паховых грыж можно вылечить, используя классический метод. За 64 года существования клиники в ее стенах по поводу паховых грыж оперированы 325 000 больных (более 5000 операций в год!). Техника операции разрабатывалась и апробировалась в период 1946 – 1952 гг. Необходимость ее появления была обусловлена высокой частотой рецидивов и осложнений после операции Bassini (20%). Она создавалась с учетом биологических причин возникновения рецидивов, минимизации проблем паховой боли, обусловленной наличием инородного тела. Частота рецидивов, как и осложнений, сохраняется в пределах 1%" [4].

Два последующих выступления – R. Bittner (Stuttgart, Germany) "Only TAPP – the solution?" – "только TAPP является операцией выбора" и A. Bowker, (Aukland, New Zelland) "Only TEP – the future?" (будущее – за операцией TEP) – обусловили некоторую растерянность участников конгресса, поскольку разработанные рекомендации ЕАГ свидетельствуют, что универсальной операции, которую можно применить во всех ситуациях, не существует.

Определенная грань подведена выступлением Президента конгресса V. Schumpelick: "One fits all or tailored? What to do?" – (одна операция на все случаи? Что делать?).

Анализ результатов лечения паховых грыж в последние 5 лет показал, что: "Впечатляющие результаты, полученные при использовании современных методов пластики синтетическими протезами, омрачаются рядом специфических осложнений, а именно: нагноение раны – в 0,7 – 6% наблюдений; хроническая послеоперационная боль (независимо от метода пластики) возникает у 5% пациентов – после пластики через паховый канал, у 3% – после лапароскопической пластики (G. E. Wantz, 1982 – 1991); сокращение протеза (shrinkage); его "сигараобразная" деформация и миграция с образованием пролежней, кишечных свищей (при контакте с кишкой); нагноение,

требующее удаления протеза; неудовлетворительные функциональные результаты, обусловленные образованием грубой рубцовой ткани, гранулемы семенного канатика; повреждение элементов семенного канатика. Так, по данным рандомизированных исследований (J. Fraiberg, 1979), в 7% наблюдений выявлена азооспермия вследствие повреждения семявыносящего протока; D. Shin и соавторы (2005) в 14 наблюдениях отметили снижение фертильной функции; R. Fitzgiborn (1998) – при обследовании 8 500 инфертильных мужчин установил, что 6,65% из них были оперированы по поводу паховых грыж [7 – 9].

Все же несомненным является значительное снижение частоты рецидивов при использовании современных синтетических протезов для пластики пахового канала, снижения интенсивности и частоты появления паховой боли после осуществления эндоскопической пластики; применение обеих методов способствует быстрому выздоровлению пациентов, восстановлению активного образа жизни.

Анализ и обобщение приведенных материалов, а также опыт клиники позволили нам выделить наиболее существенные положения Рекомендаций ЕАГ по проблеме лечения паховой грыжи.

1. Следует отдавать предпочтение методам хирургического лечения паховой грыжи, которые могут быть использованы в амбулаторных условиях. Амбулаторная хирургия паховой грыжи экономически более оправдана, чем стационарная, и сравнима с ней по степени безопасности и эффективности. Методы пластики Lichtenstein и Shouldice соответствуют всем требованиям, необходимым при использовании в амбулаторной хирургии.

2. При пластике пахового канала следует отдавать предпочтение местной анестезии, а от использования эпидуральной и спинномозговой анестезии следует отказаться. Принцип местного обезболивания: отказ от введения большого количества анестетиков, что уменьшает травму тканей и не нарушает анатомических соотношений пахового канала. Рекомендованный состав растворов: бупивакайн 0,5% раствор 30 мл + адреналин (1: 200 000) или ксилокайн – 2% раствор 20 мл + адреналин (1: 200 000). Изотонический раствор натрия хлорида + бикарбонат натрия 8,4% раствор 6 мл – для нейтрализации pH. Местное обезболивание потенцируется внутривенным введением диазепама или тазепама.

3. Минимальная длина поперечного разреза в целях минимизации травмы тканей, особенно путей лимфооттока.

4. Выбор метода операции в зависимости от наличия прямой или косой паховой грыжи не имеет принципиального значения. Важным условием является применение патогенетически обоснованного метода вмешательства с учетом типа грыжи, который

Тип грыжи в соответствии с классификацией Gilbert – Rutkow (1987)

Тип грыжи	Интраоперационный вид грыжи
I	Косая грыжа, нерасширенное глубокое паховое кольцо
II	Косая грыжа, расширенное глубокое паховое кольцо
III	Косая или мононочная грыжа, разрушенное глубокое паховое кольцо
IV	Прямая грыжа с большим дефектом задней стенки пахового канала
V	Прямая грыжа с небольшим дефектом задней стенки пахового канала
VI	Сочетание косой и прямой грыжи
VII	Бедренная грыжа
VIII	Рецидивная грыжа

определяют во время операции в соответствии с международной классификацией Gilbert – Rutkow [10] (см. таблицу).

5. Использование методов пластики пахового канала синтетическим протезом способствует достоверному уменьшению частоты рецидивов по сравнению с таковой при применении аутопластики.

Лучшей из аутопластических методов вполне обоснованно следует считать технику Shouldice. Следуя Рекомендациям ЕАГ, ее целесообразно применять при пластике грыж I и II типа. При пластике грыж III типа показано использование методов Rutkow – Robbins (plug and patch) или Lichtenstein с аннулярацией глубокого пахового кольца [11].

При грыжах IV – VI типа рекомендована пластика задней стенки пахового канала. Предпочтительны преперитонеальные методы пластики – открытые (Gilbert, Kugel, PHS – проленовая герниосистема) и лапароскопические – TAPP и TEP.

При бедренной грыже (VII тип) осуществляют пластику по методу Rutkow или PHS.

При лечении рецидивной паховой грыжи (VIII тип) после открытой пластики рекомендуют использование эндоскопических вмешательств.

Их применение имеет преимущества по сравнению с другими и при лечении хронической паховой боли.

Минимальные размеры протеза при выполнении эндоскопической пластики пахового канала должны быть не менее 15 × 10 см.

6. Эндоскопические методы пластики пахового канала, по сравнению с методом Lichtenstein, имеют некоторые преимущества: меньше частота возникновения инфекционных осложнений заживления раны и гематом, короче период реабилитации.

В то же время они требуют больших затрат времени для выполнения операции и чаще (после TEP) сопровождаются образованием сером.

7. Использование "легких" и крупноячеистых сеток при открытых методах пластики уменьшает ощущение инородного тела и дискомфорта в ране, но сопровождается большей частотой возникновения рецидивов из-за недостаточной фиксации или малых размеров протеза.

8. С точки зрения клинических перспектив открытая герниопластика с использованием сетчатых протезов наиболее оптимальна по соотношению цена – качество.

С точки зрения социально-экономических перспектив эндоскопические методы пластики предпочтительнее у работающих пациентов молодого возраста с билатеральной грыжей.

С точки зрения оценки качества жизни пациентов эндоскопические методы обладают преимуществами в связи с меньшей вероятностью возникновения хронической паховой боли.

9. При использовании эндоскопического метода TAPP чаще всего возникает повреждение внутренних органов и образуется грыжа порта, метод TEP чаще сопровождается конверсией.

В связи с этим важным фактором, определяющим критерии качества эндоскопических вмешательств, является "кривая обучения". В критический период и в период неуверенности возможны непредвиденные тяжелые осложнения.

10. Наиболее часто применяемые сегодня "открытые" методы лечения паховой грыжи с использованием сетчатого протеза, в частности, PHS, plug and patch, Trabucco, по непосредственным и отдаленным результатам, частоте возникновения рецидива в раннем послеоперационном периоде сравнимы с операцией Lichtenstein.

11. У мужчин в возрасте от 18 до 35 лет через 5 лет после выполнения аутопластической операции по поводу паховой грыжи риск возникновения рецидива составляет не менее 5%. В связи с этим, всем мужчинам этого возраста показаны аллопластические методы.

12. При использовании методов аутопластики следует отдавать предпочтение технике Shouldice.

13. При выполнении первичной аутопластики, аллопластики или эндоскопической пластики пахового канала проведение антибиотикопрофилактики не способствует достоверному снижению риска возникновения инфекционных раневых осложнений. При наличии факторов риска – рецидивной грыжи, иммуносупрессии, пожилого возраста – проведение антибиотикопрофилактики обязательно.

14. Операции по поводу сложных форм паховой грыжи – многократные рецидивы, хроническая паховая боль, протез-ассоциированная инфекция – должен выполнять квалифицированный специалист – герниолог.

ЛІТЕРАТУРА

1. A "self adhering" prosthesis for hernia repair: experimental study / G. Champault, C. Polliand, F. Dufour [et al.] // Hernia. – 2009. – Vol. 13, N 1. – P. 49 – 52.
2. Complex inguinal hernia repairs / J. C. Beitzler, S. M. Gomes, A. C. J. Coelho, J. E. F. Manso // Ibid. – P. 61 – 66.
3. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen [et al.] // Ibid. – N 4. – P. 343 – 403.
4. Materials of 4-th International Hernia Congress. Joint meeting of the AHS and EHS (Berlin, Germany, 9 – 12 sept., 2009). – Berlin, 2009. – 82 p.
5. Desarda M. P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M. P. Desarda // Hernia. – 2006. – N 2. – P. 143 – 146.
6. Amid P. Only Lichtenstein – what else? / P. Amid // Ibid. – 2009. – Vol. 13, suppl. 1. – P. 1.
7. Klinge U. Can we be sure that the meshes do improve the recurrence rates? / U. Klinge, C. J. Krones // Ibid. – 2005. – Vol. 9. – P. 1 – 3.
8. The preperitoneal memory-ring patch for inguinal hernia: a prospective multicentric feasibility study / F. Berrevoet, C. Sommeling, S. De Gendt [et al.] // Ibid. – 2009. – Vol. 13, N 3. – P. 243 – 251.
9. El-Awady S. E. Beneficial effect of inguinal hernioplasty on testicular perfusion and sexual function / S. E. El-Awady, A.A.-M. Elkholly // Ibid. – P. 251 – 259.
10. Gilbert A. I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Am. J. Surg. – 1989. – Vol. 157. – P. 331 – 337.
11. Саєнко В. Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В. Ф. Саєнко, Л. С. Белянский // Клін. хірургія. – 2001. – № 6. – С. 59 – 64.



УДК 617.557–007.43–089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

M. E. Ничитайлло, I. I. Булик

Національний інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалимова АМН України, г. Київ

MODERN ASPECTS OF ENDOVIDEOSURGICAL TREATMENT OF COMPLEX AND RECURRENT INGUINAL HERNIAS

M. E. Nichitaylo, I. I. Bulik

РЕФЕРАТ

Проанализированы эпидемиология сложных и рецидивных паховых грыж, этапы становления общепринятой и лапароскопической герниопластики, современные синтетические пластические материалы. Описаны методы выполнения трансабдоминальной преперitoneальной герниопластики (ТАРР) и экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР). Проанализированы результаты лапароскопической герниопластики (ЛГП) у 112 больных по поводу сложных и рецидивных паховых грыж в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза за период с 1997 по 2009 г.

Ключевые слова: сложные и рецидивные паховые грыжи; лапароскопическая трансабдоминальная преперitoneальная герниопластика; лапароскопическая экстраперитонеальная герниопластика.

SUMMARY

Epidemiology of complex and recurrent inguinal hernias, the stages of rising of conventional and laparoscopic hernioplasty, modern synthetic plastic materials were analyzed. The methods of transabdominal preperitoneal hernioplasty (TAPP) and extraperitoneal hernioplasty (TEP) performance are depicted. The results of laparoscopic hernioplasty, performed in 112 patients for complex and recurrent inguinal hernias in the Department of Laparoscopic Surgery and Choledocholithiasis in 1997–2009, are analyzed.

Key words: complex and recurrent inguinal hernias; laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty; laparoscopic extra-peritoneal hernioplasty.

Г

рыжи живота – одно из наиболее распространенных заболеваний человека, их выявляют у 2 – 4% населения. Традиционно грыжи считают заболеванием хирургического профиля, поскольку самопроизвольная регенерация и восстановление дефектов в тканях брюшной стенки невозможны, и только хирургическая пластика позволяет устраниить их. В настоящее время безальтернативным считают оперативное лечение паховых и бедренных грыж с использованием индивидуального, дифференцированного подхода к выбору метода устранения грыжевого дефекта, для чего необходимо учитывать форму грыжи, патогенетические механизмы ее образования, состояние тканей брюшной стенки, величину грыжевого дефекта.

Частота грыжесечения в хирургическом стационаре составляет 10 – 25% всех оперативных вмешательств и является второй по распространенности операцией в мире. Паховые грыжи составляют 70 – 80% в структуре всех грыж брюшной стенки.

Разработаны более 400 способов пластики паховых грыж и, несмотря на это, частота рецидивов после стандартной герниопластики по поводу паховых грыж составляет 10% – при первичных, 30% – при рецидивных грыжах, 3 – 5% – при применении методов герниопластики без натяжения тканей и использовании различных синтетических материалов [1]. После ЛГП частота рецидивов составляет от 1 до 5% [2].

Совершенствование эндовидеохирургических методов открывает новые возможности лапароскопической коррекции у пациентов как с первично сложными, так и рецидивными паховыми грыжами, независимо от вида первичной пластики. Первично сложными паховыми грыжами считают: большие косые грыжи, косые грыжи с выпрямленным паховым каналом, билатеральные паховые грыжи, скользящие паховые грыжи, сочетание нескольких грыж в одной паховой зоне, невправимые паховые грыжи, сочетание паховой и бедренной грыж, редкие типы пахо-

вых грыж (предбрюшинные, внутристеночные, осумкованные, надпузырные).

Использование эндовидеохирургических технологий обеспечивает выполнение двух основных условий надежной пластики: укрепление задней стенки пахового канала и использование способа пластики без натяжения тканей [3]. При ЛГП по поводу рецидивных паховых грыж преимуществом является возможность малотравматичного доступа к задней стенке пахового канала, минуя рубцово-измененные ткани пахового промежутка, с последующим выполнением пластики *sub lay*, что считают оптимальным.

Возможность трансабдоминального способа реконструкции передней брюшной стенки при паховых грыжах не является новой концепцией. Первым внутреннее лигирование грыжевого мешка и пластику пахового канала с использованием трансабдоминального доступа описал американский хирург Н. О. Marcus. В 1869 г. он выполнил операцию, которую назвал "закрытием внутренней кольцевой структуры с помощью обработанного фенолом кеттутового швного материала".

Позже, в 1932 г., трансабдоминальный метод пластики пахового канала был модифицирован G.La Roque, который назвал операцию "интраабдоминальным методом". При этом производили разрез выше паховой связки, вскрывали брюшину и иссекали грыжевой мешок из брюшной полости. Грыжевые ворота закрывали также из брюшной полости. G.La Roque указывал на такие преимущества своего метода, как точность диагностики косых, прямых паховых и бедренных грыж, быстрое иссечение грыжевого мешка без повреждения элементов семенного канатика и безопасная резекция некротизированной кишки или сальника при ущемленной грыже. В 1979 г. в США группой хирургов во главе с R. Ger впервые выполнена герниопластика с закрытием глубокого пахового кольца путем наложения скобок эндостаплером, проведенным в брюшную полость под контролем лапароскопа.

По мере накопления опыта R. Ger и соавторы установили, что преимуществами ЛГП по сравнению с общепринятым грыжесечением являются:

- выполнение полноценной лапароскопии органов брюшной полости до оперативного вмешательства;
- проведение диагностической лапароскопии для определения оптимальных объема и метода ЛГП;
- максимальная длина раны 12 мм;
- атравматичность и технология операции без натяжения тканей;
- уменьшение частоты рецидивов;
- снижение риска повреждения семенного канатика;
- уменьшение опасности возникновения ишемического орхита;

– уменьшение риска повреждения мочевого пузыря;

– возможность одномоментного выполнения двусторонней герниопластики без дополнительных разрезов;

– уменьшение частоты осложнений заживления операционной раны — нагноения, гематом и т. д.;

– минимальная опасность возникновения послеоперационной подвздошно-паховой невралгии;

– минимально выраженные болевые ощущения после операции;

– быстрое выздоровление: уменьшение продолжительности госпитализации до 1 – 3 сут, периода нетрудоспособности — до 7 – 10 сут, возможность амбулаторного ведения пациентов.

Вопреки ожиданиям и общепринятым представлениям, подшивание поперечной фасции под эндоскопическим контролем к лакунарной связке (Купера) оказалось недостаточно эффективным и обусловило возникновение рецидива в 6,6% наблюдений после 30 вмешательств. Это объясняется как чисто техническими трудностями, так и значительным натяжением шиваемых разнородных структур. Этот метод в настоящее время не применяют. Применение метода с использованием швного или скрепочного зашивания грыжевых ворот в некоторых ситуациях невозможно или неэффективно в связи с их большими размерами или слабостью тканей брюшной стенки.

Прорывом на пути уменьшения частоты рецидивов стала разработанная I. L. Lichtenstein и соавторами в 1989 – 1991 гг. концепция "ненапряженного" метода реконструкции пахового канала. Авторы считали, что основной причиной возникновения рецидивов паховой грыжи является сшивание с натяжением разнородных тканей, что противоречит биологическим закономерностям заживления ран. Использование для герниопластики различных имплантатов позволило значительно уменьшить частоту рецидивов.

Развитие ЛГП неразрывно связано с совершенствованием пластического материала. Многие авторы отмечали, что именно укрепление задней стенки пахового канала без натяжения тканей обеспечивает надежность оперативного вмешательства, как открытого, так и эндоскопического. Именно этим объясняется потребность в использовании различных полимерных материалов. При ЛГП в настоящее время их применяют в большинстве ситуаций.

Синтетические материалы для закрытия дефектов брюшной стенки используют в хирургической практике почти столетие, но до сих пор идеальный материал, полностью соответствующий всем требованиям, не найден. Он должен быть достаточно прочным, долговечным, ареактивным, неканцерогенным, устойчивым к жидкостным средам организма, не обладать аллергенными свойствами, устойчивым к ин-

фекции и, наконец, быть доступным в необходимом количестве.

В многолетних экспериментальных и клинических исследованиях в области разработки и применения синтетических материалов для герниопластики выявлены осложнения при их использовании, основными из которых были: формирование сращений и выраженного спаечного процесса с угрозой возникновения непроходимости кишечника спаечного генеза, деструктивные изменения стенок полых органов, чаще с образованием свищей, сером, инфильтратов, инфицированием имплантата, его миграцией в полые органы и сосуды.

Образование сращений и спаечный процесс в брюшной полости наблюдают после любого хирургического вмешательства в этой области, однако потенциал этих процессов значительно возрастает в присутствии инородного тела, которым является любой синтетический имплантат, даже самый идеальный. Общим механизмом, обуславливающим формирование сращений, является воспалительная реакция с экссудативным компонентом, содержащим большое количество фибриногена. Наложения фибрина образуют первоначально сращения между тканями и синтетическим материалом, затем формируется грануляционная ткань с образованием рубца. Клетки мезотелия непосредственно обеспечивают адекватную фибринолитическую функцию брюшины, в присутствии имплантата количество мезотелиальных клеток в этой зоне значительно меньше, что проявляется уменьшением фибринолиза.

В 1900 г. в Германии, а в 1903 г. – в США впервые были применены сетки из серебряной нити, однако при их контакте с тканями возникали процессы окисления и коррозии, что способствовало фрагментированию и перемещению частей имплантата с последующими гнойно–воспалительными реакциями и образованием свищей. С 1900 г. были экспериментально и клинически изучены следующие синтетические материалы для герниопластики: серебро, сталь (Toilinox), tantal, нейлон, полиэстр (Mylar, Dacron, Mersilene), поливинил (Vinyon–N), акрил (Orion), полиэтилен, полипропилен (Marlex, Prolene), политетрафторэтилен (PTFE, e–PTFE, Gore–tex), полигласстин (Vicril), полигликоль (Dexon). Причем, полигласстин и полигликоль – абсорбируемые материалы.

В настоящее время в клинической практике используют при герниографии только три синтетических материала – полипропилен, политетрафторэтилен (растянутый тефлон) и полиэстр. Впервые о полипропилене было сообщение в 1958 г. в США, когда F. C. Usher доложил о хороших результатах репарации грыж при использовании тканой сетки из полипропиленса. В 1962 г. разработана технология применения вязаной полипропиленовой сетки, которую мож-

но растягивать по обеим осям для адекватного закрытия дефекта брюшной стенки. Это свойство сетки было особенно ценным при коррекции обширных дефектов брюшной стенки. Впоследствии полипропилен стали активно использовать и в Европе. В настоящее время сетку из полипропиленса (Marlex, Prolene) наиболее часто применяют в качестве имплантата во время герниопластики паховых и бедренных грыж. Сетка состоит из моноволокон (диаметром 140 нм), образующих сеть с большими квадратными порами со стороной около 620 нм. Это способствует свободному проникновению фибробластов и образованию плотных коллагеновых волокон с формированием надежного каркаса. Полипропилен – несовершенный материал, при его применении возможно возникновение следующих осложнений: выраженной воспалительной реакции с формированием плотных рубцово–измененных тканей, деформирующих саму сетку, гнойных осложнений заживления раны, массивного спаечного процесса в брюшной полости с риском возникновения эрозий стенок полых органов (при интраперitoneальном расположении имплантата), образования сером и свищей.

Это стимулировало поиски новых синтетических материалов для герниопластики, два из которых стали конкурировать с полипропиленом – полиэстр и политетрафторэтилен.

Сетку из полиэстра (Dacron, Mersilene) используют в США и Европе, особенно во Франции, она достаточно эластична и тонка, с широкими просветами между волокнами, что делает ее подобной по свойствам полипропилену, но, в отличие от него, воспалительные реакции наблюдают крайне редко, они слабо выражены. При экспериментальном исследовании в двух группах крыс использовали "Дакрон" и "Марлекс", животным подшивали в брюшную полость имплантаты, контаминированные одинаковыми бактериальными штаммами. Выраженную воспалительную реакцию наблюдали у 88% животных – при применении "Марлекса", у 17% – "Дакрона".

Первоначальный клинический опыт использования тефлона (твёрдого политетрафторэтилена) был неудовлетворительным в связи с частым возникновением сером и гнойных осложнений. В 1976 г. внедрение новых технологий позволило создать дополнительную микропористую форму тефлона (e–PTFE, "Gore–tex"), размер ее пор менее 10 нм. При этом, естественно, уменьшалось врастание в них коллагеновых волокон. С 1977 г. e–PTFE использовали в сердечно–сосудистой хирургии, с 1990 г. – стали применять при герниопластике. Сетка из него максимально инертна и, по мнению американских ученых, ее можно располагать интраперitoneально без особого риска возникновения спаечного процесса. Однако некоторые исследователи отметили формирование се-

ром при применении тефлонового имплантата в 42%. Так, серомы паховой области и мошонки возникали одинаково часто при применении полипропиленовой и политетрафторэтиленовой сеток.

В отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза за период с 1997 по 2009 г. ЛГП выполнена у 22 больных по поводу рецидивных паховых грыж (у 2 – рецидивная грыжа была билатеральной) и 90 – с первичными сложными паховыми грыжами (у 9 – грыжа была билатеральной). У 81 больного применена TAPP, у 31 – TEP.

У 19 больных с рецидивными грыжами первичные способы пластики были открыты, у 2 – лапароскопические (ранее оперированы в других лечебных учреждениях), у 1 – рецидив возник после пластики по Лихтенстайну.

Из 112 больных с сложными и рецидивными паховыми грыжами у 15 – ранее были выполнены операции на нижнем отделе брюшной полости: по поводу разлитого перитонита – у 3, аппендицитомия с дренированием брюшной полости – у 8, операции на органах малого таза – у 4. Большинство – 90 (80,3%) больных были мужчины. Возраст больных от 28 до 67 лет, наибольшую группу – 76 (67,8%) больных составили мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Все пациенты госпитализированы в плановом порядке за 1 – 2 сут до операции. Один больной в возрасте 57 лет госпитализирован с диагнозом: самопроизвольно вправлявшаяся косая паховая грыжа, оперирован на 3-и сутки.

На первых этапах работы у всех больных выполняли TAPP, наличие спаечного процесса в нижнем отделе брюшной полости считали противопоказанием к осуществлению ЛГП. В дальнейшем методом выбора стала TEP, причем, абсолютным показанием к ее выполнению считаем наличие билатеральных грыж или спаечного процесса в нижнем отделе брюшной полости. TAPP в настоящее время применяем лишь у больных при необходимости лапароскопической ревизии брюшной полости или выполнения симультанных операций на органах брюшной полости в лапароскопическом варианте, а также при нарушении целостности париетальной брюшины, во время осуществления TEP, хотя у 3 больных на дефект в брюшине наложен непрерывный шов, пневмоперитонеум устранен с помощью иглы Вереша, операция закончена с использованием экстраперitoneального доступа.

Обязательным условием является тщательное обследование больных перед операцией в целях выявления и устранения возможных причин возникновения рецидива. Так, у 3 больных обнаруженаadenома предстательной железы в высокой стадии, им первым этапом произведена аденоэктомия с использованием трансуретрального доступа. У 2 больных выявлены функциональные нарушения толстой кишки, что

проявлялось частым запором, у 1 – бронхиальная астма с частыми приступами удушья. Этим больным также проведен курс терапии.

Противопоказания к выполнению ЛГП относительны и во многом зависят от оснащенности операционной и опыта хирурга. К ним относятся большие пахово–мошоночные грыжи, ранее произведенные обширные операции на органах нижнего отдела брюшной полости, а также ущемленные грыжи с некрозом содержимого грыжевого мешка. Относительными противопоказаниями общего характера считаются некоторые тяжелые заболевания сердечно–сосудистой и дыхательной систем, нарушения свертывающей системы крови, поздние сроки беременности, сопутствующие онкологические заболевания органов малого таза и др. Следует отметить, что проведение интенсивной предоперационной подготовки позволяет устраниить противопоказания у целого ряда больных [4].

Методом выбора обезболивания при выполнении ЛГП является применение нейролептаналгезии и миорелаксантов, хотя у пациентов при сопутствующих заболеваниях возможно использование эпидуральной анестезии.

Операционная бригада включает хирурга, выполняющего собственно вмешательство, ассистента–оператора камеры и операционной сестры. Хирург находится справа или слева (на противоположной от грыжи стороне) у головного конца операционного стола, ассистент с видеокамерой – рядом, операционная сестра – на уровне коленей лежащего на спине в положении Тренделенбурга пациента слева от него, лапароскопическая стойка с монитором – у каудального конца стола. Во время операции при необходимости возможны небольшие повороты пациента на правый бок, на левый и т. д.

Наиболее широко распространены два основных и надежных метода лапароскопического лечения грыж паховой локализации: экстраперitoneальное и интраперitoneальное закрытие внутренних грыжевых ворот с использованием сетчатого протеза. Основные этапы этих двух методов сходны и включают следующие манипуляции.

- Создание доступа к грыжевым воротам (путем наложения пневмоперитонеума или введения газа в предбрюшинную клетчатку).

- Мобилизация брюшины с грыжевым мешком в брюшную полость.

- Закрытие грыжевых ворот проленовой сеткой.

- Перитонизация сетки, ревизия брюшной полости (при интраперitoneальной герниопластике).

Метод интраперitoneальной (или трансперитонеальной) герниопластики (TAPP). После обработки операционного поля в типичной (умбиликальной) точке накладывают пневмоперитонеум и вводят

троакар диаметром 10 мм для лапароскопа. После ревизии брюшной полости и визуализации грыжевого дефекта в передней брюшной стенке под контролем зрения устанавливают еще два троакара диаметром 12 мм, снабженных переходниками диаметром 5 мм. Для обеспечения лучшего косметического эффекта операции один из больших троакаров (на стороне грыжи) можно заменить троакаром диаметром 5 мм. Точки введения этих троакаров выбирают с учетом особенностей строения сосудов передней брюшной стенки (контроль с помощью метода трансиллюминации) на уровне пупочного кольца у латерального края прямых мышц живота. Ножницами (возможно использование монополярной электрокоагуляции) широким полукруглым разрезом над паховыми ямками вскрывают брюшину.

Длина разреза 12 – 15 см, анатомическими ориентирами являются медиальная и латеральная паховые ямки, нижние надчревные и подвздошные сосуды, медиальная пупочная складка, а также семявыносящий проток, хорошо контролирующийся под брюшиной. Брюшину мобилизуют тупым и острым путем вместе с грыжевым мешком, который выворачивают "наизнанку" в брюшную полость. Этот момент операции требует хорошего знания анатомии семенного канатика и тщательной препаровки в целях профилактики повреждения его сосудов и семявыносящего протока. Во время мобилизации грыжевого мешка, особенно у больных с большими паховыми грыжами, необходимо периодически пальпаторно контролировать положение яичка в мошонке на стороне операции.

После мобилизации брюшины и грыжевого мешка тупым путем через предбрюшинную клетчатку (используют диссектор и зажим) осуществляют доступ к плотным тканям – апоневрозу внутренней косой и поперечной мышц живота, паховой связке, наружному краю прямой мышцы живота, лакунарной связке. Обнажение этих образований крайне важно, поскольку именно к ним в дальнейшем будет фиксирована титановыми скобками проленовая сетка. Размеры имплантируемого протеза выбирают индивидуально, в зависимости от локализации и размеров грыжи, оптимальными являются стандартные размеры сетки 11 × 6 см. Такой протез обеспечивает надежное укрытие одновременно латеральной и медиальной паховых ямок, а также зоны бедренного канала, что является мерой профилактики образования бедренной грыжи. Установление сетки в проекции паховых ямок возможно также в двух вариантах: без мобилизации брюшной порции семенного канатика (при этом сеткой укрывают его сверху и мобилизуют) либо подготовленный к имплантации протез рассекают вдоль до середины (в виде "штанишек") и нижнюю порцию проводят под семенным канатиком, который

как бы прободает сетку посередине. С помощью грыжевого стаплера сетку фиксируют к плотным тканям титановыми скрепками, в среднем используют 8 – 12 скрепок. При уменьшении их числа до 4 – 6 существенно снижается надежность фиксации сетки, что может быть причиной рецидива грыжи.

Клинический опыт свидетельствует, что фиксация сетки с использованием первого варианта (без мобилизации семенного канатика) несколько проще в техническом исполнении, однако не всегда надежна при лечении косых паховых грыж. Поэтому мы рекомендуем применять его для коррекции прямых и рецидивных паховых грыж без выделения грыжевого мешка из элементов семенного канатика. Второй вариант ("штанишки") позволяет надежно перекрыть все возможные пути повторного грыжеобразования, его с успехом применяют в лечении даже больших косых паховых грыж [5].

Операция завершается перитонизацией сетки, для чего используют мобилизованную брюшину и грыжевой мешок. На брюшину накладывают ручной шов или ее дефект закрывают с помощью грыжевого стаплера. Как правило, кровопотеря при ЛГП минимальна (2 – 5 мл), дренирование брюшной полости не требуется.

Те же технические приемы используют при лечении двусторонних паховых грыж методом интраперитонеальной ЛГП, при этом можно применить как два отдельных стандартных сетчатых протеза, так и один большой размерами 31 × 10 см, которым закрыть одновременно обе паховые области и пространство над мочевым пузырем.

При лечении рецидивных и невправимых грыж в области грыжевых ворот нередко обнаруживают выраженный спаечный процесс, являющийся следствием неоднократных операций или длительного существования заболевания. Использование интраперитонеального метода позволяет успешно разделить спайки, освободить петли кишечника из грыжевого мешка или (если его содержимым является припаянный большой сальник) просто мобилизовать грыжевой мешок в просвет брюшной полости.

Метод тотальной экстраперитонеальной лапароскопической герниопластики (ТЕР) несколько отличается от приведенного интраперитонеального метода. После рассечения до брюшины передней брюшной стенки в области пупка (разрез длиной около 2 см) хирург пальцем отслаивает брюшину от мышц тотчас ниже пупка. В образовавшуюся полость вводят троакар, снабженный баллоном из прочной силиконовой резины, который наполняют газом под давлением. В полость баллона через троакар вводят лапароскоп, в дальнейшем отслойка брюшины от мышц вниз от пупка происходит под визуальным контролем. По мере приближения границы отслойки брю-

шины к лобковому сочленению баллон опорожняют и извлекают наружу, а образовавшуюся полость между париетальной брюшиной и мышечно–апоневротическим листком передней брюшной стенки заполняют газом. Второй троакар диаметром 5 мм вводят в эту полость (заполненное газом предбрюшинное пространство) непосредственно над лобком, и дальнейшую отслойку брюшины в направлении паховой грыжи производят тупым путем с использованием захвата–манипулятора. Третий троакар диаметром 12 мм вводят в предбрюшинное пространство в точке, расположенной на уровне пупка или на 3 – 4 см ниже, по наружному краю прямой мышцы живота на стороне поражения. Продолжением отслойки брюшины в паховой области является мобилизация грыжевого мешка. Правильность проводимых манипуляций можно контролировать снаружи путем пальпации или трансиллюминации световым "зайчиком" лапароскопа. После обнажения плотных тканей (апоневроз мышц и связочный аппарат паховой области) к ним в соответствии с приведенной выше методикой фиксируют проленовую сетку, которой закрывают не только внутреннее отверстие грыжевых ворот, но и соседние "слабые" места паховой зоны. Завершать операцию большинство хирургов рекомендуют дренированием предбрюшинной полости в целях профилактики скопления в ней крови. Метод экстраперитонеальной ЛГП эффективен при лечении небольших прямых и косых паховых грыж, в том числе двусторонних. При этом дополнительно вводят еще один троакар в симметричной точке на контралатеральной стороне. В то же время метод не лишен недостатков: при неосторожной препаровке брюшины возможно ее повреждение с образованием пневмоперитонеума, что существенно затрудняет дальнейшие манипуляции. Кроме того, при больших паховых и рецидивных грыжах, особенно с выраженным рубцово–склеротическим процессом в области грыжевых ворот, препаровка брюшины может оказаться практически невозможной. При формирующейся грыже контралатеральной стороны без наружных проявлений диагностика ее во время экстраперитонеальной ЛГП невыполнима.

Все пациенты выписаны в сроки до 4 сут после операции.

Осложнения ЛГП мы разделяем на интра– и послеоперационные, а их, в свою очередь, на малые и большие. Большиими считали интра– и послеоперационные осложнения, устранение которых требовало конверсии, повторного оперативного вмешательства или повторной госпитализации больного.

Из интраоперационных осложнений наиболее частым было кровотечение – у 3 (2,6%) больных. Наибольшие технические сложности возникали при повреждении нижних надчревных сосудов – в 2 (1,7%)

наблюдениях, при рассечении париетальной брюшины и работе стаплером. Объем кровопотери составил в среднем 150 мл. Гемостаз во всех ситуациях достигнут с помощью лапароскопических методов.

Обширная десерозация купола слепой кишки возникла у 1 (0,89%) больного, которому ранее выполнена аппендицитомия. Во время операции обнаружены рубцовые изменения брюшной стенки и мезоперитонеальное расположение слепой кишки. Целостность кишки восстановлена путем наложения эндошвов.

Из осложнений, связанных с использованием карбоперитонеума, отметим возникновение подкожной эмфиземы – у 2 (1,7%) пациентов и эмфиземы средостения – у 1 (0,89%) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

После операции наиболее часто выявляли гематомы паховой области (в 10,87% наблюдений), невралгию (в 0,62%), парестезию (в 5,12%), плечелопаточный болевой синдром (в 4,62%).

Гематомы и скопления серозной жидкости устранили пункционным методом, число пункций от 1 до 3.

Нарушение чувствительности, парестезии чаще наблюдали на передней и боковой поверхности бедра, невралгию – в паховой области и области мочонки. Эти нарушения были временными и не ограничивали активность пациентов. По данным литературы, послеоперационную невралгию выявляют с частотой до 3% [4].

У 2 (1,7%) пациентов возник рецидив паховой грыжи в сроки от 3 нед до 6 мес, им повторно произведена ЛГП. Причиной рецидивирования косой грыжи у одного больного было нарушение фиксации имплантата к лакунарной связке, у одного – образование новых ворот медиальное сетки при сохраненной ее фиксации из–за недостаточных размеров имплантата.

Нагноение операционной раны наблюдали сравнительно редко (у 0,62% больных), что согласуется с данными других авторов [1].

У 4 (3,57%) больных операция завершена открытым способом, осуществлена пластика по Лихтенстайну. Причиной этого были рубцовые изменения грыжевого мешка, как правило, при наличии пахово–мошоночной грыжи.

На современном этапе развития лапароскопических технологий эндогастрохирургическая герниопластика по поводу рецидивных и первично сложных паховых грыж является доступным и эффективным методом, соответствующим патогенезу патологического процесса и позволяющим в короткие сроки осуществлять медико–социальную и трудовую реабилитацию больных. Однако, несмотря на высокую эффективность ЛГП, методика ее выполнения окончательно не разработана. Уменьшения частоты осложнений

нений можно достичь только путем тщательного отбора больных, анатомического препарирования, установки синтетической сетки достаточных размеров, ее правильной фиксации.

TAPP считаем методом выбора у больных при рецидивных паховых грыжах, которым показана лапароскопическая ревизия органов брюшной полости либо выполнение симультанных операций на них.

TER считаем методом выбора у пациентов при рецидивных билатеральных паховых грыжах, ранее оперированных на нижнем отделе брюшной полости, наличии спаечного процесса в этой зоне, а также с сопутствующими заболеваниями, которым противопоказано наложение интраоперационного пневмoperitoneума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осложнения лапароскопической герниопластики / А. Д. Тимошин, Ю. И. Галлингер, А. В. Юрьев [и др.] // Российский симпозиум осложнений эндоскопической хирургии. – М., 1996. – С. 159 – 160.
2. Борисов А. А. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / А. А. Борисов, Р. Е. Величко // Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии. – 1999. – № 3 – 4. – С. 41 – 48.
3. Corbitt J. D. Laparoscopic herniorrhaphy / J. D. Corbitt // Surg. Laparosc. Endosc. – 2004. – Vol. 1. – P. 23 – 25.
4. Кубышкин В. А. Лапароскопическая герниопластика / В. А. Кубышкин, Д. А. Ионкин // Эндоск. хирургия. – 2005. – № 2 – 3. – С. 42 – 47.
5. Емельянов С. И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С. И. Емельянов, А. В. Протасов, Г. М. Рутенбург. – СПб.: ООО Фолиант, 2000. – 440 с.



УДК 617.557–007.43–089.12–089.844

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ СКЛАДНИХ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Я. П. Фелештинський, В. І. Мамчич, С. А. Свиридовський, В. Ф. Ватаманюк

Кафедра хірургії та проктології (зав. – проф. В. І. Мамчич)

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

DIFFERENTIATED APPROACH TO PREPERITONEAL ALLOPLASTY FOR COMPLEX RECURRENT INGUINAL HERNIAS

Ya. P. Feleshtinskij, V. I. Mamchych, S. A. Svyrydovskij, V. F. Vatamanyuk

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати хірургічного лікування складних рецидивних пахвинних гриж у 138 пацієнтів (всі чоловіки) віком від 30 до 82 років. У 75 пацієнтів за наявності однобічної пахвинної грижі та зруйнованої пахвинної зв'язки застосований розроблений в клініці метод преперитонеальної аlopластики з використанням доступу через пахвинний канал з фіксацією проленової сітки до затокової зв'язки. У 18 пацієнтів сітку фіксували герніостаплером з спіралеподібними фіксаторами. У 47 пацієнтів з приводу двобічних рецидивних пахвинних гриж виконували модифіковану операцію Stoppa, у 16 пацієнтів при виникненні двобічних рецидивів – трансабдомінальну преперитонеальну лапароскопічну герніопластику. Большовий синдром після операції з приводу однобічної рецидивної пахвинної грижі спостерігали у 5,9%, двобічних – в 11,4% хворих. Рецидиви виникли у 3,1% пацієнтів з однобічною та у 3,9% – з двобічними рецидивними пахвинними грижами, у яких сітку фіксували проленовими нитками.

Ключові слова: рецидивна пахвина грижа; зруйнована пахвинна зв'язка; двобічні рецидивні пахвинні грижі; хірургічне лікування; преперитонеальна аlopластика; лапароскопічна герніопластика.

SUMMARY

The results of surgical treatment of complex recurrent inguinal hernias in 138 patients (all of them are men), ageing 30–82 yrs old, were analyzed. In 75 patients, suffering unilateral inguinal hernia and destroyed inguinal ligament, the preperitoneal alloplasty method, elaborated in the clinic, was applied, using operative access through inguinal channel with prolene mesh fixation to lacunar ligament. In 18 patients the mesh was sutured, using herniostapler with spiral-like fixation devices. In 47 patients the modified operation according to Stopa method was used for bilateral inguinal hernia recurrences, and in 16 patients – transabdominal preperitoneal laparoscopic hernioplasty for bilateral recurrences. The pain syndrome after the operation for unilateral recurrent inguinal hernia was observed in 5.9% patients, and for bilateral hernias – in 11.4% patients. The recurrences had occurred in 3.1% patients, suffering one-side inguinal hernia recurrence, and in 3.9% patients with bilateral recurrent inguinal hernias, in whom the net was sutured using prolene threads.

Key words: recurrent inguinal hernia; destroyed inguinal ligament; bilateral recurrent inguinal hernias; surgical treatment; preperitoneal alloplasty; laparoscopic hernioplasty.

X

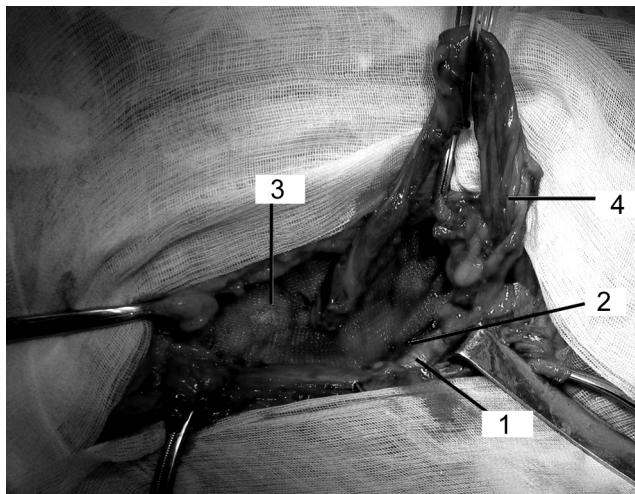
ітургічне лікування пахвинних гриж, незважаючи на використання для герніопластики допоміжних пластичних матеріалів та лапароскопічних технологій, супроводжується значною частотою рецидивів (15 – 25%) [1, 2], за пахвинних гриж – 11,4 – 23,3% [3 – 5]. Результати лікування рецидивних пахвинних гриж, особливо складних форм, а саме тих, що багаторазово рецидивують, в тому числі двобічних та за зруйнованої пахвинної зв'язки, вкрай нездовільні. Частота повторних рецидивів досягає 25 – 30% [6 – 8]. З одного боку, це пов'язане з змінами анатомічної будови пахвинного каналу після виконання хірургічних втручань та рубцево-атрофічними змінами у м'язах та апоневрозі, з іншого, тим, що існуючі способи пахвинної алоперніопластики (Lichtenstein, Stopra, Gilbert, Kugel, лапароскопічні) не забезпечують надійне укріплення задньої стінки пахвинного каналу [4, 6]. Це спричинене тим, що допоміжний пластичний матеріал під час застосування зазначених способів у пацієнтів з рецидивними пахвинними грижами переважно фіксують до атрофованих тканин пахвинної ділянки, що не забезпечує надійність операції і часто зумовлює міграцію сітки та рецидування грижі [4, 9].

Наявність зруйнованої пахвинної зв'язки створює технічні труднощі під час виконання герніопластики. Крім того, за наявності двобічних рецидивних та багаторазово рецидивуючих гриж виникає значний дефіцит опорних тканин, що вимагає нетрадиційних підходів до перекриття пахвинних ділянок з використанням допоміжного пластичного матеріалу.

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування складних рецидивних пахвинних гриж шляхом диференційованого підходу до виконання преперитонеальної аlopластики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У клініці за період з 2000 по 2009 р. з приводу складних рецидивних пахвинних гриж операційною 138 пацієнтів віком від 30 до 82 років. Усі пацієнти чо-



Операція при однобічній рецидивній пахвинній грижі. Сітка фіксована до лобкового горбка та зв'язки Купера спіралеподібними фіксаторами.

1 – зв'язка Купера; 2 – спіралеподібні фіксатори; 3 – сітка Prolen; 4 – сім'яній канатик.

ловіки. У 75 (54,3%) з них рецидивна пахвинна грижа супроводжувалася розривом пахвинної зв'язки, у 63 (45,7%) – діагностовані рецидивні двобічні пахвинні грижі. За даними анамнезу рецидивні пахвинні грижі після аутопластики утворилися у 96 (69,6%) пацієнтів, зокрема, після операції Жирара – Спасокукоцького – у 37, Постемпського – у 33, Бассіні – у 14, Шолдіса – у 12. Після алопластичних операцій рецидиви пахвинної грижі виникли у 42 (30,4%) пацієнтів, в тому числі після операції Ліхтенстайна – у 38, лапароскопічної трансабдомінальної преперитонеальної герніопластики – у 4. Первінний рецидив пахвинної грижі спостерігали у 47 пацієнтів, повторний – у 64, у 27 пацієнтів пахвинна грижа рецидувала по 3–6 разів.

Супутні захворювання діагностовані у 82 (59,4%) пацієнтів, зокрема, хронічна ішемічна хвороба серця – у 28, хронічний бронхіт – у 12, цукровий діабет II типу – у 5, варикозне ураження вен нижніх кінцівок – у 16, ожиріння II – III ступеня – у 21.

З метою визначення розмірів грижових дефектів проводили ультразвукове дослідження черевної стінки. Хірургічні втручання виконували під загальним зневідповідальним з застосуванням міорелаксантів. Антибіотикопрофілактику ускладнень загоєння ран проводили з використанням сульперазону 2 г внутрішньовенно під час виконання операції.

У 75 пацієнтів з однобічною рецидивною пахвинною грижею та розривом пахвинної зв'язки здійснено преперитонеальну алогерніопластику з використанням доступу через пахвинний канал за розробленим в клініці способом [5]. Здійснювали доступ до пахвинного каналу шляхом висічення старого післяопераційного рубця, розрізали апоневроз зовнішнього

косого м'яза живота. Виділяли сім'яній канатик з рубцево-змінених тканин, брали його на трималку і відводили вбік. Виділяли грижовий мішок від навколошніх тканин, прошивали біля шийки і видаляли. Мобілізували стінки пахвинного каналу та висікали рубцево-змінені тканини. Розрізали поперечну фасцію паралельно пахвинній зв'язці та відшаровували преперитонеальний простір від м'язів. Проленову сітку відповідних розмірів розташовували преперитонеально під поперечною фасцією і пришивали її проленовою ниткою № 0 до окістя лобкового горбка, затокової зв'язки (Купера), залишків пахвинної зв'язки, окістя верхньої передньої клубової ости, обходячи затоку стегнових судин. З метою більш надійної фіксації проленової сітки до лобкового горбка та затокової зв'язки у 18 пацієнтів використали герніостаплер з спіралеподібними фіксаторами (див. *рисунок*). У проленовій сітці формували отвір для сім'яногого канатика і завершували фіксацію сітки шляхом її пришивання до м'язово-апоневротичних тканин по периметру. За умови достатніх за розмірами клаптів розрізаного апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота зшивали їх над сім'яним канатиком. В інших ситуаціях сім'яній канатик розміщували в підшкірному прошарку. Рану дренували за допомогою вакуумного дренажу і пошарово зашивали.

У 47 пацієнтів з приводу двобічних рецидивних пахвинних гриж виконано модифіковану в клініці операцію Stoppa з використанням передапоневротичного доступу [9]. Хірургічний доступ здійснювали за Пфенненштилем. Розрізали шкіру і підшкірний прошарок, апоневроз розрізали в поперечному напрямку на рівні глибокого пахвинного кільця. Відшаровували прямі м'язи живота від апоневротичних клаптів, мобілізували передочеревинний простір в лобковій та пахвинних ділянках. Сім'яні канатики брали на трималки. Грижові мішки праворуч і ліворуч виділяли до шийки, прошивали й видаляли. Проленову сітку відповідних розмірів з викроєними отворами для сім'яніх канатиків розташовували преперитонеально так, щоб вона закривала пахвинні та лобкову ділянки. Сітку фіксували проленовими нитками № 0 до затокової зв'язки ліворуч і праворуч, окістя верхніх передніх клубових остей та по периметру до м'язово-апоневротичних тканин. До фіксованої сітки підводили дренаж для вакуумного дренування. У 15 пацієнтів в останні 2 роки сітку фіксували до затокової зв'язки з використанням герніостаплера з спіралеподібними фіксаторами.

Це забезпечувало більш міцну механічну фіксацію сітки до затокової зв'язки, ніж при використанні проленових ниток. Контактним шляхом зшивали прямі м'язи живота й апоневроз. Підшкірну рану дренували з використанням вакуумного дренажу і зашивали пошарово.

У 16 пацієнтів з приводу двобічних рецидивних пахвинних гриж в останні 2 роки виконано трансабдомінальну преперитонеальну лапароскопічну герніопластику з одночасним укріплінням пахвинних ділянок двома сітками розмірами 14×8 см. Сітки фіксували герніостаплером з спіралеподібними фіксаторами до затокової зв'язки, обходячи клубові судини, та по периметру до м'язів, обходячи нижні надчревеві судини. При цьому сітки не розрізали для формування отворів сім'яних канатиків.

Після операції продовжували вводити сульперазон по 2 г на добу. З метою зменшення вираженості запальної реакції тканин на імплантацию проленової сітки призначали диклоберл по 3 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень застосовували клексан по 0,4 мл підшкірно 1 раз на добу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після операцій з приводу однобічних рецидивних пахвинних гриж серозне запалення в ділянці операційної рани виникло у 4 (5,9%) пацієнтів, інфільтрат – у 2 (2,9%), тривалий біль в ділянці операційної рани протягом ($6 \pm 2,1$) доби – у 4 (5,9%). Після хірургічних втручань з приводу двобічних рецидивних пахвинних гриж серозне запалення операційної рани виникло у 6 (9,8%) хворих, інфільтрат – у 4 (6,5%), тривалий біль в ділянці операційної рани протягом ($7 \pm 1,3$) доби – у 7 (11,4%).

Після лапароскопічної герніопластики тривалий біль, утворення сероми та інфільтрату в ділянці операційної рани не спостерігали. Тривалість лікування пацієнтів в клініці з приводу однобічної рецидивної пахвинної грижі становила у середньому ($8 \pm 1,4$) дня, двобічної рецидивної грижі після модифікованої операції Stoppa – ($9 \pm 2,1$) дня, лапароскопічної герніопластики – ($4 \pm 1,3$) дня.

Результати лікування вивчені шляхом повторних оглядів в строки від 1 до 5 років у 64 пацієнтів після операції з приводу однобічних рецидивних пахвинних гриж та у 51 – двобічних рецидивних пахвинних гриж. Повторний рецидив пахвинної грижі виник у 2 (3,1%) хворих – за однобічної локалізації грижі та у 2 (3,9%) – двобічної. Фіксацію сітки у цих пацієнтів виконували з використанням проленових ниток. У 3 пацієнтів рецидиви виникли через 6 міс, в 1 – через 1 рік після операції.

Аналіз результатів хірургічного лікування складних рецидивних пахвинних гриж з використанням розроблених в клініці варіантів преперитонеальної алогоерніопластики свідчив про їх більш високу ефективність у порівнянні з такою операцією за Ліхтенстайном.

Лапароскопічна герніопластика має значні переваги у порівнянні з відкритими методами щодо частоти ускладнень загоєння операційної рани, тривалості

больового синдрому після операції та тривалості лікування пацієнтів в клініці. Це зумовлене значно меншою травматизацією тканин пахвинної ділянки під час виконання лапароскопічної герніопластики.

За даними аналізу віддалених результатів лікування складних пахвинних гриж, повторні рецидиви частіше виникали після операцій з фіксацією сітки до затокової зв'язки проленовими нитками. На наш погляд, така фіксація не забезпечує механічну надійність і може спричинити міграцію сітки та рецидив грижі. В наших спостереженнях це і стало причиною рецидивів. Використання герніостаплера з спіралеподібними фіксаторами саме за таких ситуацій забезпечує механічну міцність фіксації сітки до окістя верхньої гілки лобкової кістки (затокової зв'язки).

Преперитонеальне розміщення сітчастих імплантатів та їх фіксація за допомогою герніостаплера, як при однобічних складних пахвинних грижах, так і при двобічних забезпечує усунення умов для міграції сітки та рецидивування грижі.

ВИСНОВКИ

1. З приводу багаторазово рецидивуючих пахвинних гриж за зруйнованої пахвинної зв'язки оптимальним методом хірургічного втручання є преперитонеальна алопластика з використанням доступу через пахвинний канал з фіксацією сітчастого імплантата до затокової зв'язки герніостаплером з спіралеподібними фіксаторами, що забезпечує механічну міцність герніопластики та усуває умови для рецидивування.

2. Використання з приводу двобічних складних пахвинних гриж алопластики з застосуванням передочеревинного доступу за модифікованим способом Stoppa та трансабдомінальної преперитонеальної лапароскопічної герніопластики одночасно праворуч і ліворуч забезпечує надійне укріплення задніх стінок пахвинних каналів та значно зменшує ймовірність повторного рецидивування.

3. Застосування трансабдомінальної преперитонеальної лапароскопічної герніопластики при двобічних рецидивних пахвинних грижах має суттєві переваги у порівнянні з відкритими методами, вона менш травматична, не спричиняє тривалого болювого синдрому, зменшує тривалість лікування пацієнтів у клініці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Современные методы лечения брюшных грыж / [В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев]. – К.: Здоровья, 2001. – 168 с.
2. Amid P. K. Open "tension-free" repair of inguinal hernias. The Lichtenstein technique / P. K. Amid, A. G. Shulman, I. L. Lichtenstein // Eur. J. Surg. – 1996. – Vol. 162. – P. 447 – 453.
3. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. – Симферополь: Бизнес–Информ, 2002. – 424 с.

4. Фелештинський Я. П. Особливості хіургічного лікування рецидивних пахвинних гриж з вираженими рубцево–атрофічними змінами у пахвинній ділянці та зруйнованою пахвинною зв'язкою / Я. П. Фелештинський, О. В. Чиньба, М. С. Філіп // Хіургія України. – 2006. – № 4. – С. 83 – 87.
5. Management of recurrent inguinal hernias: A prospective study of 163 cases / C. Barrat, V. Surlin, A. Bordea, G. Champault // Hernia. – 2003. – N 7. – P. 125 – 129.
6. Rutkow T. M. Tension–free" inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh plug" technique / T. M. Rutkow, A. W. Robbins // Surgery. – 1993. – Vol. 114. – P. 3 – 8.
7. Delvun B. Management of abdominal hernias / B. Delvun, A. Kingsnorth. –London: Chapman & Hall Med., 1998. – 319 p.
8. Study of recurrences after anterior open tension–free hernioplasty / A. Celdran, O. Frieyro, J. L. Souto, S. Villar // Hernia. – 2000. – N 4. – P. 85 – 87.
9. Фелештинский Я. П. Пути улучшения хирургического лечения сложных паховых грыж / Я. П. Фелештинский, О. В. Чиньба, М. С. Филип // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 47.



УДК 617.557–007.43–089.12–089.844

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ОТКРЫТОГО МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Л. С. Белянский, И. М. Тодуров, А. А. Пустовит, В. В. Кучерук

Национальный институт хирургии и трансплантиологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, г. Киев

MODERN APPROACHES FOR THE CHOICE OF OPEN-ACCESS METHOD OF PLASTY FOR RECURRENT INGUINAL HERNIA

L. S. Belyanskiy, I. M. Todurov, A. A. Pustovit, V. V. Kucheruk

РЕФЕРАТ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 272 больных по поводу рецидивной паховой грыжи в клинике в период с 1999 по 2009 г. Отмечена целесообразность выполнения преперitoneальной пластики пахового канала при образовании рецидивной паховой грыжи с использованием внепахового доступа к грыжевому дефекту. Это снижает вероятность ятогенного повреждения анатомических структур пахового канала.

Ключевые слова: рецидивная паховая грыжа; преперitoneальная пластика; внепаховый доступ.

SUMMARY

Retrospective analysis of the treatment results concerning 272 patients, who have suffered recurrent inguinal hernia and were operated on in the clinic for the period of 1999–2009 yrs, was done. The need for preperitoneal plasty of inguinal canal performance for recurrent inguinal hernia, using extrainguinal access to hernia defect, was noted. This procedure lowers the risk of iatrogenic injury occurrence of anatomic structures of inguinal canal.

Key words: recurrent inguinal hernia; preperitoneal plasty; extrainguinal surgical access.

B

настоящее время достоверно установлено, что снижение частоты рецидивов при лечении грыж любой локализации возможно только при использовании индивидуального подхода к лечению каждого конкретного пациента, точном применении разработанных методов пластики (с соблюдением основного принципа — применение методов у больного, а не больных к методу пластики), современных пластических материалов при первичных и рецидивных грыжах [1–4].

Продолжаются дискуссии относительно выбора метода пластики первичных паховых грыж [5, 6]. В связи с этим предложены "рабочие" классификации, предусматривающие выделение типов грыж, в соответствии с которыми выбирают метод пластики. Тип грыжи определяют во время выполнения операции, в связи с чем общепринятое деление на прямые и косые паховые грыжи утратило свое значение. Наиболее распространена классификация А. И. Gilbert, I. M. Rutkow, предложенная в 1989 г., ее применение позволило снизить частоту возникновения рецидивов до 1–4% [7–10]. В то же время, многие хирурги отдают предпочтение методам пластики паховых грыж с использованием местных тканей, считая его более физиологичным [11].

В ряде исследований показано, что, независимо от техники выполнения открытой ауто- или аллопластики пахового канала, общая частота рецидивов паховой грыжи в настоящее время составляет 16–18% [12, 13]. Этот показатель определяет важность решения проблемы выбора техники пластики рецидивной паховой грыжи [9]. Хирургическое лечение рецидивной паховой грыжи ассоциируется с техническими трудностями, повышением риска возникновения осложнений и рецидивов. Частота выявления повторных рецидивов после первичной пластики может достигать 30% [14, 15].

Возникновению рецидивов паховой грыжи способствует ряд факторов: возраст, ожирение, вид обезболивания, характер использованных шовных мате-

риалов, способ воздействия на грыжевой мешок и его содержимое, тип пластики, характер послеоперационных осложнений. В настоящее время больше внимания уделяют анатомическим, биологическим и механическим факторам пластики, что обусловлено разнообразием материалов для протезирования, чем выбору метода и анализу допущенных хирургических ошибок [10 – 12].

Цель работы – выбор патогенетически обоснованных методов лечения рецидивных паховых грыж в зависимости от их типа, профилактика повторного рецидивирования при первичной пластике рецидивной грыжи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 272 больных, у которых возникли 287 рецидивов паховой грыжи, с 1999 по 2009 г. Мужчин было 246 (90,4%), женщин – 26 (9,6%), возраст в среднем 56 лет, масса тела – 84 кг. Первый рецидив отмечен у 211 (73,5%) больных, два рецидива – у 58 (20,2%), три рецидива – у 16 (5,6%), более трех рецидивов – у 2 (0,7%).

Мы использовали различные методы открытой пластики рецидивной паховой грыжи, в частности, Rutkow – Robbins – у 67, Lichtenstein с укреплением глубоких структур пахового канала – у 44, Stoppa – у 6, Trabucco – у 4, PHS – у 34, Gilbert – у 5. Начиная с 2003 г., в 127 наблюдениях применили метод открытой преперitoneальной пластики по Wantz [16], модифицированный в клинике.

У 249 больных операции выполняли под общим обезболиванием, у 23 – под эпидуральной и местной анестезией. Предпочтение отдавали использованию поперечного доступа, разработанного в клинике, который позволяет достичь преперitoneального пространства паховой области, не разделяя элементы семенного канатика, если в этом нет необходимости.

Особенности хирургической техники. Поперечный доступ длиной 5 см выполняли через две точки: внутренняя – на 2 см выше и кнаружи от лобкового сочленения, наружная – на 1 см выше проекции глубокого пахового кольца. Разрез продолжали через кожу, подкожную основу, передний листок влагалища прямой мышцы живота. Прямую мышцу мобилизовали и отводили ретрактором медиально, рассекали истонченный задний листок влагалища прямой мышцы живота и поперечную фасцию, не вскрывая брюшину. У некоторых больных выделяли нижние надчревные сосуды. С помощью марлевой салфетки тупо отсепаровывали предбрюшинную клетчатку, после чего легко визуализировался грыжевой мешок. При прямой грыже его не вскрывали, при косой – тупо отделяли от семенного канатика. При небольших размерах грыжевого мешка его инвагинировали в

брюшную полость, при больших – выделяли и пересекали на несколько сантиметров выше проекции глубокого пахового кольца и прошивали; дистальную часть мешка оставляли невыделенной, чтобы избежать травмы элементов семенного канатика. При невправимой грыже глубокое паховое кольцо расширяли, затем операцию выполняли по описанной схеме. В преперitoneальное пространство имплантировали полипропиленовую сетку размерами 15 × 15 см, нижний край которой располагали на 2 см ниже лобково–подвздошного тракта. Сетку фиксировали отдельными швами полипропиленовой нитью к лобковому бугорку, лакунарной и паховой связкам. При фиксации сетки к лакунарной связке один шов накладывали латеральнее, второй – дистальнее подвздошных сосудов для предупреждения образования бедренной грыжи. После фиксации сетку проводили преперitoneально вверх и в обе стороны. В преперitoneальное пространство вводили дренаж, после чего рану послойно зашивали.

Результаты изучены у 204 (75%) больных в период наблюдения от 8 мес до 7 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для оценки адекватности выбора метода пластики, в соответствии с классификацией G. Campanelli и соавторов [17], выделяли три типа рецидивной паховой грыжи.

По мнению авторов, рецидивная грыжа должна быть персонифицирована даже больше, чем первичная. Следует учитывать порочность выбранной техники во время предыдущей пластики, число рецидивов, склонность к рецидивированию, конституционные особенности больного, особенно наличие избыточной массы тела, методы обезболивания при выполнении операций по поводу рецидива грыжи. Целесообразность выделения типов грыж обусловлена необходимостью выбора наиболее адекватного и наименее травматичного метода пластики, способного дополнить уже имеющийся или полностью его изменить.

Тип грыжи можно определить только во время выполнения операции. Авторы предлагают учитывать размеры грыжевого дефекта (менее 2 см или более) и место его расположения. Дефект, локализованный вблизи ранее реконструированного глубокого пахового кольца, обозначают R1. Его возникновение обусловлено тем, что грыжевой мешок не был адекватно погружен, или во время пластики с использованием протеза было сформировано слишком широкое глубокое кольцо. Дефект R2 – локализуется вблизи лобкового бугорка и является следствием разрыва нитей, фиксирующих собственные ткани или сетку к лобковому бугорку; дефект R3 обозначает выпячивание всей задней стенки пахового канала.

По данным обследования больших групп больных с рецидивами паховой грыжи, возникшими после выполнения стандартных операций и после пластики по Lichtenstein, у 47% из них разрыв возникает в зоне лобкового бугорка, у 40% – в зоне глубокого пахового кольца, у 13% – отмечено выпячивание всей задней стенки пахового канала[13].

В соответствии с классификацией выделяют три типа грыж.

R1 – первый рецидив "высокой" косой наружной вправимой грыжи с малым (до 2 см) дефектом у больного, не страдающего ожирением, после простой или с использованием сетки пластики.

R2 – первый рецидив "низкой" прямой вправимой грыжи с малым (до 2 см) дефектом у больного, не страдающего ожирением, после простой или с использованием сетки пластики.

R3 – все остальные рецидивы, включающие рецидив бедренной, паховой грыжи с большим дефектом (паховая эвентрация), мультирекуррентные грыжи, невправимые, сочетающиеся с контралатеральной первичной или рецидивной паховой грыжей, а также грыжи или липомы семенного канатика у больных с ожирением, или те, которые не укладываются в классификацию R1 или R2, после простой или с использованием сетки пластики.

В соответствии с классификацией авторы предлагаю при:

- R1 рецидиве устанавливать "заглушку" в глубокое паховое кольцо по методу Gilbert;

- R2 рецидиве применять преперитонеальную пластику по методу Wantz или ее модификации. Если рецидив возник после преперитонеальной пластики, рекомендуют осуществлять дополнительную переднюю пластику по Lichtenstein или Trabucco;

- R3 рецидиве применять преперитонеальную пластику или лапароскопическую трансабдоминальную пластику.

Анализ причин возникновения рецидивов паховой грыжи, проведенный в клинике, показал, что чаще всего (в 87,1% наблюдений) их выявляли после передней пластики пахового канала, в 9% – после задней пластики, в 3,9% – после пластики по Lichtenstein с использованием протеза. Рецидив грыжи после преперитонеальной пластики протезом с использованием внепахового доступа не наблюдали. В связи с этим мы пришли к выводу о целесообразности выполнения преперитонеальной пластики пахового канала по поводу рецидивной паховой грыжи. Предложенный метод дает возможность использовать внепаховый доступ к грыжевому дефекту, что уменьшает вероятность ятрогенного повреждения анатомических структур пахового канала.

Общая частота осложнений (гематомы, отек, постоперационная невралгия, экхимозы) составила 3%. У 2 больных (через 2 и 3 года) диагностирована

бедренная грыжа, что потребовало выполнения повторного вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Выделение типов рецидивных паховых грыж обеспечивает выбор адекватного, наименее травматичного метода пластики, способного дополнить имеющийся или полностью его изменить.

2. Наименее травматичным, по нашему мнению, является поперечный доступ к преперитонеальному пространству через влагалище прямой мышцы живота, без выделения элементов семенного канатика, если в этом нет необходимости.

3. При пластике рецидивной паховой грыжи целесообразно отдавать предпочтение преперитонеальному расположению протеза, превышающего размеры пахового промежутка в 4 – 5 раз, что позволяет ограничиться только нижней фиксацией.

ЛІТЕРАТУРА

1. Саенко В. Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клін. хірургія. – 2001. – № 6. – С. 59–64.
2. Черенько М. П. Брюшные грыжи / М. П. Черенько. – К.: Здоров'я, 1995. – 260 с.
3. Acquaviva Don E. Consideration sur l'emploi de plaques de nylon comme matériel de plastic pariétale / Don E. Acquaviva, P. Bourret, F. Corti // 52-e Congrès Français de Chirurgie. – Paris, 1949. – P. 453 – 457.
4. Amid J. P. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery / J. P. Amid // Hernia. – 1997. – N 1. – P. 15 – 21.
5. Brenner J. Mesh materials in hernia repair / J. Brenner // Expert meeting on hernia surgery. – St. Moritz: Basel. Karger, 1995. – P. 172 – 179.
6. DeBord J.R. The historical development of prosthetics in hernia surgery / J. R. DeBord // Surg. Clin. N. Am. – 1998. – Vol. 78. – P. 1089 – 1102.
7. Rutkow I. M. Tension-free inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh plug technique" / I. M. Rutkow, A. W. Robbins // Surgery. – 1993. – Vol. 114. – P. 3 – 8.
8. Gilbert A. I. Sutures repair of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Am. J. Surg. – 1992. – Vol. 163. – P. 331 – 335.
9. Shulman A. G. The "plug" repair of 1402 recurrent inguinal hernias; 20 year experience / A. G. Shulman, P. K. Amid, I. L. Lichtenstein // Arch. Surg. – 1990. – Vol. 125. – P. 265 – 267.
10. Gilbert A. I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Am. J. Surg. – 1989. – Vol. 157. – P. 331 – 337.
11. Desarda M. P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M. P. Desarda // Hernia. – 2006. – Vol. 10, N 2. – P. 143 – 146.
12. Trabucco E. The office hernioplasty and the Trabucco repair / E. Trabucco // Ann. Ital. Chir. – 1993. – Vol. 64, N 2. – P. 127 – 150.
13. Lichlenstein I. L. Ambulatory outpatient hernia surgery including a new concept introducing tension-free repair / I. L. Lichlenstein, G. Shulman // Int. Surg. – 1986. – N 71. – P. 1 – 4.
14. Recurrent inguinal hernia treated by classical hernioplasty / J. N. M. Ijzermans, H. de Wilt, W.C. Hope [et al.] // Arch. Surg. – 1991. – Vol. 3, N 126. – P. 1097 – 1100.
15. Katri K.M. Open preperitoneal mesh repair of recurrent inguinal hernia / K. M. Katri // Hernia. – 2009. – N 13. – P. 585 – 589.
16. Wantz G. E. Atlas of hernia surgery / G. E. Wantz. – N. Y.: Raven Press, 1991. – 753 p.
17. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / G. Campanelli, D. Pettinari, F. M. Nicolosi [et al.] // Hernia. – 2006. – Vol. 10, N 2. – P. 159 – 161.

УДК 617.557–007.43–089.844–089.168

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

В. П. Крышень, А. В. Кудрявцев, В. А. Мущинин, Ю. Ю. Шептун, Я. Я. Шкитак

Днепропетровская государственная медицинская академия

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF VARIOUS METHODS OF HERNIOPLASTY FOR INGUINAL HERNIAS

V. P. Kryshen, A. V. Kudryavtsev, V. A. Mushchinin, Yu. Yu. Sheptun, Ya. Ya. Shkitak

РЕФЕРАТ

Обобщен опыт выполнения планового и неотложного грыжесечения у 1548 больных по поводу паховой грыжи. Изучены результаты лапароскопической герниопластики по методу TAPP по сравнению с операцией Лихтенстайна. Установлено, что при одинаковых хороших и отличных результатах лапароскопический метод имеет ряд преимуществ и может быть использован в качестве метода выбора при лечении паховой грыжи.

Ключевые слова: паховая грыжа; операция Лихтенстайна; лапароскопическая герниопластика.

SUMMARY

The experience of performance of elective and urgent herniotomy intervention in 1548 patients for inguinal hernia was analyzed. There were compared the results of laparoscopic hernioplasty according to TAPP method and Lichtenstein operation. It was established, that achieving similarly good and excellent results, laparoscopic method owes several advantages and can be used as a method of choice in the treatment of inguinal hernia.

Key words: inguinal hernia; Lichtenstein operation; laparoscopic hernioplasty.

И

зучено ближайшие и отдаленные результаты лапароскопической герниопластики по сравнению с общепринятыми методами лечения паховой грыжи (в частности, операцией Лихтенстайна) при выполнении плановых и неотложных оперативных вмешательств [1–8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обобщен собственный опыт, включающий 1548 наблюдений (в 858 – осуществлена лапароскопическая герниопластика, в том числе в 129 – одномоментная по поводу двусторонней паховой грыжи, в 25 – ущемленной грыжи, в 690 – пластика по Лихтенстайну, в том числе в 25 – по поводу ущемленной грыжи). Проведен анализ течения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода.

За период с 2003 по 2009 г. в клинике у 1498 больных выполнено плановое грыжесечение по поводу паховой грыжи. В двух группах больных использовали два метода: общепринятою герниоаллопластику по Лихтенстайну и лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (TAPP). Возраст больных от 22 до 91 года, в среднем 49 лет. Мужчин было 79%, женщин – 21%. Грыжи были как начинаяющиеся, незначительных размеров, так и невправимые пахово-мошоночные, больших размеров, сопутствующая патология от ASA-I до ASA-III. Распределение больных по группам было однородным, за исключением нескольких больных, у которых по тем или иным причинам было невозможно выполнить лапароскопическую операцию (например имплантированный кардиостимулятор препятствовал проведению электрокоагуляции и т.п.). Всего у 665 больных произведена пластика по Лихтенстайну, в основном в типичных случаях, размеры имплантированной сетки 15 × 10 см, продолжительность оперативного вмешательства 20 – 30 мин, обезболивание – эндотрахеальный наркоз, эпидуральная либо местная анестезия. Учитывая особенности метода (открытое вмешательство, риск инфицирования),

обязательно до операции вводили зинацеф в дозе 1500 мг.

Лапароскопические операции выполнены у 833 больных, из них у 129 – одномоментно по поводу двусторонних грыж. Типичные размеры имплантата также 15×10 см, чтобы он закрывал все паховые ямки, продолжительность операции в среднем 20 – 30 мин (40 – 50 мин – при двусторонних грыжах). Анестезия – эндотрахеальная, реже – эпидуральная. Профилактически антибиотик не вводили. Во время выполнения лапароскопических вмешательств, когда возникала потребность (массивный спаечный процесс в брюшной полости – примерно у каждого 20-го больного), осуществляли висцеролиз в области грыжевых ворот, что благоприятно влияло на отдаленные результаты.

За период 2008 – 2009 гг. у 25 больных выполнена лапароскопическая герниопластика при ущемлении односторонней паховой грыжи. Первыми показаниями к операции считали длительность ущемления грыжи не более 8 ч, отсутствие симптомов полной непроходимости кишечника и общих противопоказаний к выполнению лапароскопии. Таким образом, в исследуемую группу включены 25 больных в возрасте от 26 до 68 лет, в том числе 23 мужчины и 2 женщины. Метод операции – TAPP с обязательным выполнением в качестве этапов операции висцеролиза, рассечения грыжевых ворот, ревизии кишечника, дренирования брюшной полости по завершении операции. При этом длительность операции увеличилась примерно наполовину. Для сравнения обобщены результаты лечения 25 больных, у которых осуществлена пластика по Лихтенстайну по поводу ущемленной грыжи, в том числе 22 мужчин и 3 женщин, возраст больных от 24 до 81 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для сравнения методов лечения больных нами выбраны следующие критерии, для удобства разделенные на несколько групп.

Группа 1. Медико-социальные аспекты

1. Субъективно определяемый болевой синдром в послеоперационном периоде. При использовании лапароскопического метода больных активизировали через несколько часов после операции, боль была умеренно выражена, для ее устранения применяли кеторолак в дозе 2 мл/сут. Больных, у которых выполняли открытое вмешательство, активизировали несколько позже, им требовалось более мощное обезболивание.

2. Продолжительность лечения больного в стационаре. При выполнении лапароскопической герниопластики – 1 – 10 дней, в среднем 3,2 дня; при открытой операции – 3 – 14 дней, в среднем 7,1 дня.

3. Сроки трудовой и социальной реабилитации. В обеих группах больные, которые не занимались тя-

желым физическим трудом, приступали к работе через 14 – 21 сут, а тех, которые занимались, по решению ВКК переводили на более легкий труд в течение 1 – 3 мес.

4. Необходимость затрат на лечение после операции. У пациентов после открытой операции необходимость в перевязках была значительно больше, чем после лапароскопической пластики. Расход лекарственных средств также был больше, больным, оперированным с использованием лапароскопической техники, не назначали антибиотики с профилактической целью. Лишь при возникновении фуникулита назначали антибиотики в лечебных дозах. У больных, оперированных открытым способом, в целях профилактики применяли зинацеф, а при возникновении фуникулита, раневой инфекции проводили антибактериальную терапию. В то же время, для осуществления лапароскопической пластики требуется комплект относительно дорогостоящего оборудования, однако применение многоразовых инструментов позволит решить эту проблему.

Группа 2. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, а также некоторые тенденции течения послеоперационного периода, типичные для данных оперативных вмешательств.

К таковым относили: гематому, инфильтрат послеоперационного рубца, фуникулит, орхит, эпидидимит, транзиторные дизурические явления как реакцию тканей на объемное вмешательство; связанные с погрешностями при выполнении тех или иных методов – повреждение нижних надчревных сосудов, невралгию нервов кожи, травму мочевого пузыря и др. (см. таблицу).

Следовательно, в плановой хирургии использование лапароскопических методов аллопластики по поводу паховой грыжи позволило более чем вдвое снизить частоту возникновения фуникулита, орхоэпидидимита, что обусловлено меньшей травматизацией семенного канатика, отсутствием риска неверной юстировки поверхностного пахового кольца. После лапароскопической операции такие осложнения, как инфильтрат, гематома в области послеоперационного рубца, не наблюдали. Частота выявления невралгии также снизилась из-за отсутствия больших разрезов кожи, а также большего визуального контроля манипуляций в области грыжевых ворот. Такое специфическое для лапароскопической герниопластики осложнение, как травма надчревных сосудов, возникшее в 3 наблюдениях, мы объясняем сложностями препарирования области грыжевых ворот при атипичных вариантах ее строения. Это осложнение устраниено путем коагуляции и клипирования сосудов с подведением дренажа к сетке. Таким образом, применение лапароскопической герниопластики позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений более чем в 2 раза. В неотложной

Ранние осложнения герниопластики

Осложнение	Число наблюдений после операции							
	плановой		при ущемлении грыжи		плановой		при ущемлении грыжи	
	по Лихтенстайну	герниопластика TAPP	по Лихтенстайну	герниопластика TAPP	абс.	%	абс.	%
Фуникулит	17	2,55	10	1,2	1	4	1	4
Травма надчревных сосудов	–	–	3	0,36	–	–	–	–
Орхит, эпидидимит	3	0,45	1	0,12	1	4	–	–
Дизурия в 1–2-е сутки	4	0,75	6	0,72	–	–	–	–
Инфильтрат	1	0,15	–	–	–	–	–	–
Гематома рубца	8	1,12	–	–	–	–	1	4
Серома рубца	3	0,45	1	0,12	–	–	–	–
Невралгия поверхностных нервов	5	0,75	3	0,36	–	–	–	–
Общая частота осложнений, %		6,22		2,88		12		8

хирургии по поводу ущемления грыжи при использовании лапароскопической герниопластики частота осложнений также уменьшилась в 1,5 раза.

Группа 3. Отдаленные осложнения. В 2008 г. обследованы 140 больных, которым произведено плановое грыжесечение в 2003 – 2006 гг. Осмотрены по 70 пациентов после открытой и лапароскопической пластики, в обеих группах рецидив возник по 1 (1,4%) наблюдению. Результаты лечения оценены также по шкале Visick, особое внимание обращали на наличие длительных болевых ощущений в области вмешательства и имплантации сетки. Синдром хронической паховой боли установлен у 4 (5,6%) больных – после открытой пластики и у 1 (1,4%) – после лапароскопической. Следовательно, при сопоставимой частоте рецидивов отмечено более благоприятное течение отдаленного послеоперационного периода у больных после лапароскопической герниоаллопластики.

У больных после неотложных оперативных вмешательств по поводу ущемления паховой грыжи из-за малой продолжительности наблюдения частоту рецидивов не анализировали. Синдром хронической паховой боли выявлен при контрольном осмотре через 6 мес у одного больного после операции Лихтенстайна, после лапароскопического вмешательства этот синдром не наблюдали.

ВЫВОДЫ

Лапароскопический метод герниоаллопластики имеет следующие преимущества по сравнению с открытой операцией Лихтенстайна:

- возможность диагностики сопутствующих заболеваний органов брюшной полости;
- возможность осуществления расширенного висцеролиза в области грыжевых ворот;
- меньшая выраженность послеоперационной боли, в том числе в отдаленном периоде;
- ранняя активизация больных;

- более короткий период лечения и реабилитации;
- более низкая частота осложнений, требующих дополнительного лечения;
- косметический эффект;
- положительный экономический эффект.

Таким образом, исходя из нашего опыта, рекомендуем при наличии паховых грыж отдавать предпочтение лапароскопическому методу аллопластики, а операцию Лихтенстайна выполнять при невозможности применения лапароскопического метода по разным причинам. В неотложной хирургии ущемленной грыжи использование лапароскопического метода возможно для лечения больных с более обнадеживающими ближайшими результатами, чем при открытых методах аллопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей / А. Л. Андреев, Р. М. Лукьянчук // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгресс московских хирургов: тез. докл. – М.: ГЕОС, 2005. – С. 245.
2. Борисов А. Е. Алгоритм выбора способа герниопластики при паховых грыжах / А. Е. Борисов, С. Е. Митин // Матеріали І Всеукр. наук.–практ. конф. з міжнар. участю "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота". – К., 2003. – С. 97 – 98.
3. Выступец В. В. Мининвазивные технологии в лечении паховых грыж / В. В. Выступец, В. А. Кулиш // Эндоск. хирургия. – 2004. – № 1. – С. 36 – 37.
4. Егиев В. Н. Пластика по Лихтенстайну при паховых грыжах / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов, М. Н. Рудакова // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 19 – 21.
5. Митин С. Е. Операция Лихтенстайна или лапароскопическая герниопластика – что проще, безопаснее и надежнее, что лучше? / С. Е. Митин, С. И. Пешехонов, Д. Б. Чистяков // Актуальные вопросы герниологии: Материалы конф. – М., 2002. – С. 38 – 40.
6. Сахаутдинов В. Г. Место эндохирургии в оперативном лечении паховых грыж / В. Г. Сахаутдинов, О. В. Галимов, Е. И. Сендерович // Эндоск. хирургия. – 2001. – № 6. – С. 36 – 39.
7. Тимошин А. Д. Выбор способа лапароскопической герниопластики (обзор) / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, М. Д. Крылов // Хирургия. – 1997. – № 2. – С. 84 – 87.
8. Sarli L. Prospective randomized comparative study of laparoscopic hernioplasty and Lichtenstein tension-free hernioplasty / L. Sarli, N. Pietra, O. Choua // Acta Biomed. Ateneo Parmense. – 1997. – Vol. 68, N 1 – 2. – P. 5 – 10.

УДК 617.557–007.043–089.844

ПЕРЕДОЧЕРЕВИННА АЛОПЛАСТИКА ПАХВИННОГО КАНАЛУ

B. B. Власов, I. V. Бабій

Кафедра хірургії фахуальитету післядипломної освіти (зав. – проф. A. I. Суходоля)

Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

PREPERITONEAL ALLOPLASTY OF INGUINAL CANAL

V. V. Vlasov, I. V. Babiy

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати лікування 221 хворого з приводом пахвинної грижі (ПГ), у 117 – здійснено передочеревинну герніопластику, у 104 – герніопластику за Ліхтенстайном. Після операції водянок оболонок яєчка виникла у 6 хворих, інфільтрат післяоператійного рубця – у 6, гематома оператійної рани – у 4. У строки спостереження від 6 міс до 4 років рецидив грижі виник в одного хворого після операції за Ліхтенстайном. У хворих, яким здійснено передочеревинну пластику пахвінного каналу (ПК), специфічних ускладнень, пов'язаних з операцією, не було. Передочеревинна пластіка забезпечує надійне укріплення грижових воріт. Розташування сітчастого імплантата (СІ) у передочеревинному просторі (ПОП) дозволяє уникнути відчуття інородного тіла у пахвинній ділянці.

Ключові слова: пахвинна грижа; аlopластика; передочеревинна пластіка; операція Ліхтенстайна.

SUMMARY

The results of treatment of 221 patients for inguinal hernia, including preperitoneal hernioplasty in 117 and hernioplasty according to Lichtenstein method in 104 of them, were analyzed. After the operation the testis shells watering had occurred in 6 patients, the postoperative cicatrix infiltrate – in 6, operative wound hematoma – in 4. The hernia recurrence had occurred, while following patients up from 6 months till 4 years, in one patient only after operation, performed according to Lichtenstein method. In patients, to whom preperitoneal plasty of inguinal canal was performed, a specific complications, associated with the operation performance, were absent. Preperitoneal plasty secures a safe strengthening of hernial gates. The net implant fixation in preperitoneal space permits to escape the feeling of a "foreign body" presence in inguinal area of the patients.

Key words: inguinal hernia; alloplasty; preperitoneal plasty; Lichtenstein operation.

Зовнішні грижі живота – одне з найпоширеніших захворювань [1]. Щороку в світі виконують понад 20 млн. операцій, що становить від 10 до 15% всіх оперативних втручань. Потенційним грижоносієм є кожен 3 – 5-й житель Землі [2, 3]. Серед гриж черевної стінки найчастіше виявляють ПГ, які становлять 65 – 80% від загальної кількості гриж [3 – 5]. Оперативне втручання як метод лікування грижі сьогодні не має альтернативи. Сучасна концепція лікування ПГ ґрунтуються на пластиці ПК з використанням СІ без натягу тканин [1, 5]. Обговорюється питання щодо вибору оптимального місця розташування СІ. В той же час, існують дані про ризик виникнення специфічних ускладнень, пов'язаних з імплантациєю стіроннього тіла і його контакту з сім'яним канатиком (СК) [2, 3].

Проблема лікування ПГ має важливе соціальне й медичне значення. Операції з приводу ПГ за частотою посідають перше місце в структурі планових втручань і друге – серед інших хірургічних втручань після апендектомії.

Вчені вважають, що оптимальним є розташування СІ в ПОП [2, 3]. Це виключає контакт елементів СК з СІ і виникнення специфічних ускладнень.

Мета дослідження – вивчити можливість використання і ефективність передочеревинної герніопластики у хворих на ПГ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 221 хворого з приводом ПГ за 2004 – 2009 рр. Чоловіків було 202 (91,4%), жінок – 19 (8,6%). Вік хворих від 18 до 84 років, у середньому ($51,4 \pm 15,0$) років. За класифікацією A. Gilbert, I. Rutkow i A. Robbins [6], ПГ I типу діагностована у 8 (3,1%) пацієнтів, II типу – у 51 (20%), III типу – у 45 (17,7%), IV типу – у 58 (22,8%), V типу – у 29 (11,4%), VI типу – у 22 (8,7%), VIII типу – у 41 (16,1%).

Планові операції виконували після попереднього обстеження пацієнтів, яке включало: аналіз антропометричних даних, лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини,

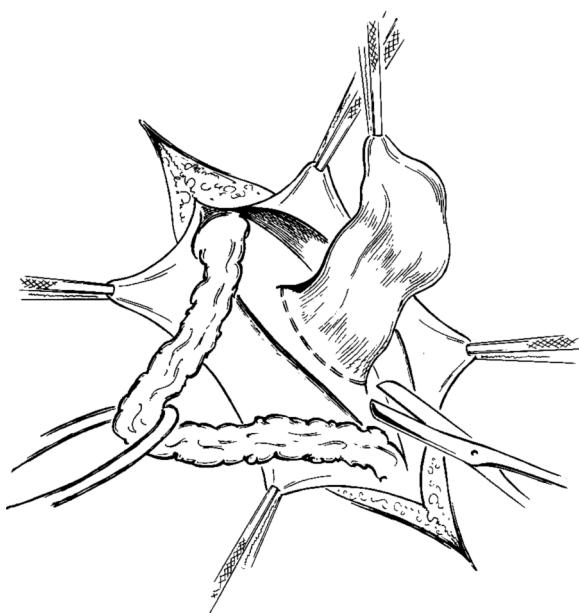


Рис. 1. Розріз поперечної фасції живота навколо шийки грижового мішка.

гастродуоденофіброскопію, електрокардіографію, рентгенографію органів грудної клітки. У пацієнтів за наявності грижі великих розмірів і захворювань дихальної системи вивчали дані спірографії. При потребі хворих консультували суміжні фахівці. Характер болю встановлювали за аналоговою шкалою VAS.

Технічно передочеревинну герніопластику на початку освоєння методу здійснювали у двох варіантах. Після розсічення ПК, взявиши СК на тримач, констатували наявність прямої ПГ. Поперечну фасцію навколо шийки грижового мішка розрізали (рис. 1). Грижовий мішок з частиною поперечної фасції, що вкриває його, занурювали у черевну порожнину. За наявності вільної прямої ПГ грижовий мішок не розкриваємо, його вміст не оглядаємо, що значно спрощує виконання операції, зменшує її тривалість, дозволяє уникнути ятрогенних ускладнень. Для ширшого відшарування очеревини в ПОП вводили велику серветку, що додавало зручності під час подальшого виконання операції. Видаливши серветку, в отвір поперечної фасції (грижові ворота) вводили довгу браншу великого гачка Фарабефа. СІ був прямокутної форми, його розміри були на 2,5 – 3 см більші за розміри пахвинного проміжку (у середньому 11 × 6 см). Відступивши 1 см від краю СІ, його прошивали по краях (4 нитки) вікриловою або проленовою (поліпропілен № 0) ниткою. Від нижнього краю СІ відступали 1,5 – 2 см, що дозволяло прикрити ним стегнове кільце. Нитки по черзі вправляли у велику голку. Проводячи голкою по бранші гачка Фарабефа, прошивали м'язи черевної стінки або пахвинну зв'язку (ПЗ) в чотирьох точках. Перша точка (рис. 2, 1) розташована на 2 см латеральніше і вище глибокого пахвинного кільця на

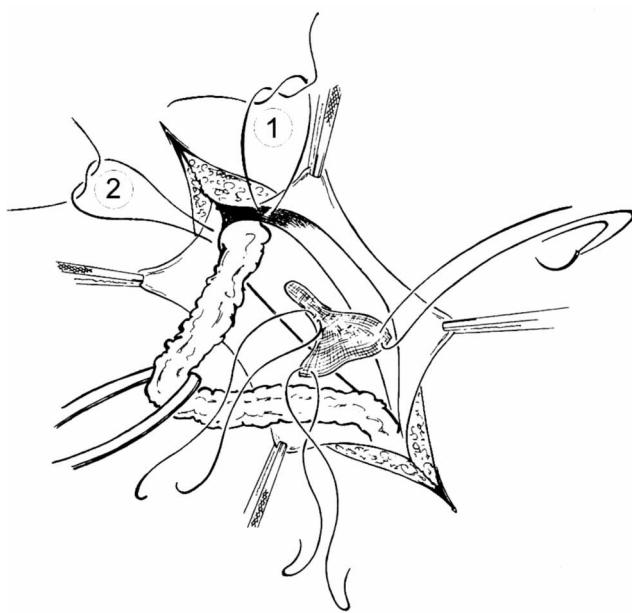


Рис. 2. Встановлення СІ, перша (1) і друга (2) точки фіксації.

внутрішньому косому м'язі живота. Друга точка (рис. 2, 2) – на ПЗ на 2 см латеральніше глибокого пахвинного кільця. Нитки проводили через зазначені точки, підтягуючи за них, СІ розміщували під проколами і фіксували, прошиваючи тканини. Третя точка (рис. 3, 3) розташована біля зовнішнього краю прямого м'яза живота на рівні першої точки. Нитку в третьій точці проводили через товщу апоневрозу широких м'язів живота. Четверта точка (рис. 3, 4) містилася в ділянці лобкового горбка. Підтягуючи за нитки, СІ заводили в ПОП, розправляли його складки і фіксували у зазначених точках. При необхідності СІ фіксували до ПЗ (рис. 3, 5) з боку ПОП і медіально від нижніх надчревних судин. Для цього використовували вікрилову або поліпропіленову нитку, відступивши від нижнього краю СІ 1,5 – 2 см.

Другий варіант передочеревинної пахвинної герніопластики використовували під час лікування косої ПГ. Особливістю методу було те, що після виділення грижового мішка не видалили. Якщо ж він був великих розмірів, його видалили частково. Грижовий мішок або його кусок занурювали у черевну порожнину. Через глибоке пахвинне кільце вводили довгу браншу великого гачка Фарабефа і встановлювали СІ в ПОП. Подальші етапи аналогічні таким за першого варіанту. Глибоке пахвинне кільце звужували за методом Йоффе. Оболонки СК зашивали, розташовуючи його на ПЗ. Апоневроз зовнішнього косого м'яза живота відновлювали встик безперервною поліпропіленовою ниткою.

Технічно перший варіант герніопластики виявився простішим і легшим, оскільки отвір в поперечній фасції (грижові ворота) містився посередині від то-

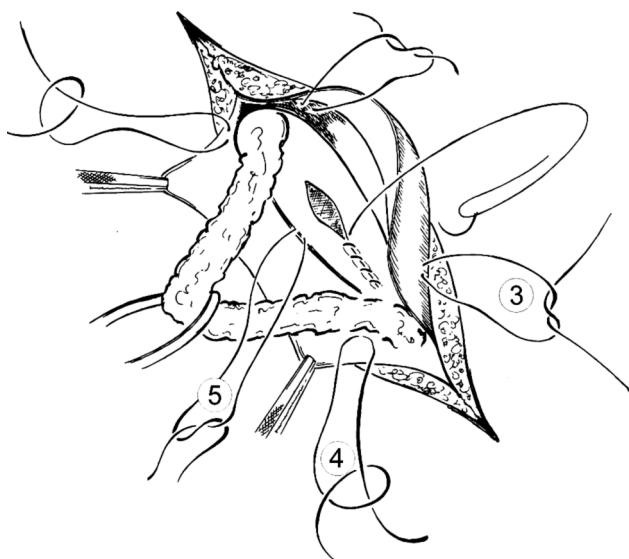


Рис. 3. Точки фіксації (3 – 5) Cl, зашивання поперечної фасції живота.

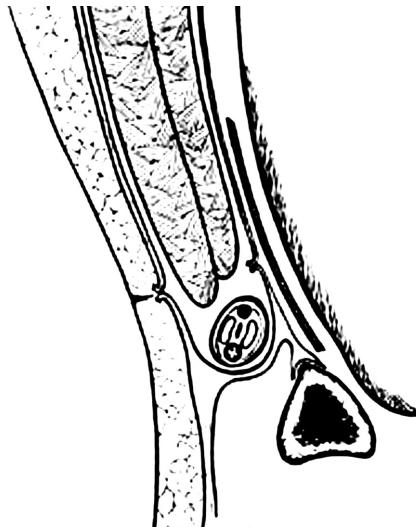


Рис. 4. Розташування Cl.

чок проведення лігатур, якими фіксували Cl. Це значно полегшило і спростило техніку виконання операції. Після встановлення і фіксації Cl грижові ворота зашивали безперервною вікристовою або поліпропіленовою ниткою. Під час виконання оперативного втручання не застосовували загальноприйнятий шовний матеріал (лавсан, капрон, шовк). За умови сумнівного гемостазу або травматичності операції (частіше за наявності великих рецидивних гриж) передочеревинну клітковину дренували за Редоном.

Через простоту виконання операції ми остаточно віддали перевагу першому її варіанту. Тому за наявності косої ПГ зберігали виділений грижовий мішок. В проекції медіальної пахвинної ямки паралельно ПЗ розрізали поперечну фасцію. Через розріз в ПОП вводили тампон для відшарування очеревини, далі операцію виконували за наведеним другим варіантом. Після встановлення і фіксації Cl в ПОП на розріз поперечної фасції накладали безперервний шов.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до класифікації Європейського товариства герніологів (EHS), ПГ типу pL1 діагностована у 8 (3,1%) хворих, pL2 – у 51 (20,1%), pL3 – у 57 (22,4%), pM2 – у 29 (11,4%), pM3 – у 68 (26,8%), rL2 – у 4 (1,6%), rL3 – у 9 (3,5%), rM2 – у 18 (7,1%), rM3 – у 10 (3,9%). Частота виявлення прямих і косих ПГ була майже однаковою, пряму грижу спостерігали у 125 (49,2%), косу – у 129 (50,8%) хворих. За розмірами частіше виявляли первинну пряму ПГ великих розмірів (pM3) – у 68 (26,8%), первинну косу ПГ великих розмірів (pL3) – у 57 (22,4%), великий грижовий дефект – у 56,7% хворих.

У клініці 117 хворим здійснено передочеревинну пластику ПГ (137 втручань). Серед операційних пере-

важали чоловіки – 108 (92,3%), вік хворих від 22 до 84 років, у середньому ($57,4 \pm 15,0$) років. У плановому порядку операції 110 (94,0%) хворих, у невідкладному – 7 (6%). У 6 хворих відзначено надмірну масу тіла (ожиріння III ступеня). Рецидивна грижа виявлена у 25 хворих. Правобічну ПГ спостерігали у 70 (59,83%) пацієнтів, лівобічну – у 27 (23,08%), двобічну – у 20 (17,09%). За класифікацією A. Gilbert, I. Rutkow i A. Robbins [6], ПГ I типу діагностована у 4 (2,9%) пацієнтів, II типу – у 25 (18,2%), III типу – у 26 (19,0%), IV типу – у 35 (25,5%), V типу – у 17 (12,4%), VI типу – у 5 (3,6%), VIII типу – у 25 (18,2%). За класифікацією EHS ПГ типу pL1 діагностована у 4 (2,9%) хворих, pL2 – у 25 (18,2%), pL3 – у 28 (20,4%), pM2 – у 17 (12,4%), pM3 – у 38 (27,7%), rL2 – у 2 (1,5%), rL3 – у 6 (4,4%), rM2 – в 11 (8,0%), rM3 – у 6 (4,4%). Вид анестезії обирали індивідуально, у більшості (50) спостережень застосовували спинномозкову анестезію, ендотрахеальний наркоз – у 42, місцеву анестезію – у 10, місцеву анестезію в поєднанні з нейролептаналгезією – у 3, внутрішньовенний наркоз – у 2.

Після операції водянка оболонок яєчка виникла у 4 хворих, інфільтрат післяопераційного рубця – у 3, гематома операційної рани – у 2, проте, вони не потребували хірургічної корекції.

Після операції хворі не відчували наявність стороннього тіла в пахвинній ділянці, інфільтрату не було. Болювий синдром незначно виражений, менш тривалий. Пацієнти оглянуті у строки від 6 міс до 4 років, рецидив грижі не виявлений.

У контрольній групі 104 хворих операції з використанням алопластики за Ліхтенстайном (117 втручань). Серед операційних чоловіків було 94 (90,4%). Вік хворих від 18 до 83 років, у середньому ($50,5 \pm 14$) років. У плановому порядку оперативне втручання ви-

конане у 97 (93,3%) пацієнтів, у невідкладному – у 7 (6,7%). У 3 хворих відзначено надмірну масу тіла. Рецидивна ПГ виявлена у 16 хворих. Правобічну ПГ спостерігали у 56 (53,85%) пацієнтів, лівобічну – у 35 (33,65%), двобічну – у 13 (12,5%). За класифікацією A. Gilbert, I. Rutkow і A. Robbins [6], ПГ I типу діагностована у 4 (3,4%) пацієнтів, II типу – у 26 (22,2%), III типу – у 19 (16,2%), IV типу – у 23 (19,7%), V типу – у 12 (10,3%), VI типу – у 17 (14,5%), VIII типу – у 16 (13,7%). За класифікацією EHS ПГ типу pL1 діагностована у 4 (3,4%) хворих, pL2 – у 26 (22,2%), pL3 – у 29 (24,8%), pM2 – у 12 (10,3%), pM3 – у 30 (25,6%), rL2 – у 2 (1,7%), rL3 – у 3 (2,6%), rM2 – у 7 (6,0%), rM3 – у 4 (3,4%). Після операції водянка оболонок яечка виникла у 2 хворих, інфільтрат післяопераційного рубця – у 3, гематома операційної рани – у 2, проте, вони не потребували хірургічного втручання.

Наявність стороннього тіла в пахвинній ділянці відчував 21 пацієнт, атрофічні зміни у яечку виявлені у 3, скаржилися на зниження статевої функції 2 хворих. Хронічний бальовий синдром в місці герніопластики у 12 пацієнтів зберігався протягом 6 міс, у 2 – до 1 року. Хворі оглянуті в строки від 6 міс до 3,5 року, рецидив грижі виник в 1 (0,96%) хворого.

Під час операцій використовували різні поліпропіленові СІ: APMA – УТМ, АРМАТУРА (Укртехмед, Україна), Еспера, Лінтекс (Росія), Prolene Mesh (Ethicon, Ultrapro, США).

В останні 4 роки перед операцією на операційне поле наклеюємо плівку "Ioban", яка відмежовує операційну рану від шкіри. Гемостаз під час оперативного втручання здійснювали переважно шляхом електрокоагуляції.

Для профілактики гнійних ускладнень одноразово вводили антибактеріальні препарати широкого спек-

ту дії (зинацеф, метронідазол), під час втручання операційну рану промивали розчинами антисептиків (декасан, хлоргексидин тощо). За високого ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень хворим вводили низькомолекулярні гепарини (клексан, фраксипарин, фрагмін, цібор тощо).

Перспективою подальшого дослідження є опрацювання більш безпечної техніки оперативного втручання.

ВИСНОВКИ

1. Первинну ПГ великих розмірів виявляли переважно у чоловіків.
2. Передочеревинна пластика дозволяє надійно укріпити грижові ворота ПГ.
3. Встановлення СІ в ПОП за наявності прямої ПГ технічно простіше.
4. Розташування СІ в ПОП дозволяє уникнути відчуття стороннього тіла в пахвинній ділянці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Современные методы лечения брюшных грыж [В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев]. – К.: Здоровья, 2001. – 278 с.
2. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентратаций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. – Симферополь: Бизнес – Информ, 2002. – 424 с.
3. Фелештинский Я. П. Преперitoneальная герниопластика доступом через паховый канал с использованием имплантата при рецидивных паховых грыжах / Я. П. Фелештинский // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1998. – № 2. – С. 64 – 65.
4. Атлас оперативной хирургии грыж / [В. Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскренский и др.] – М.: ИД Медпрактика – М, 2003. – 228 с.
5. Lichtenstein I. L. The tension-free hernioplasty / I. L. Lichtenstein, A. G. Shulman, P. K. Amid // Am. J. Surg. – 1989. – Vol. 157. – P. 188 – 193.
6. Gilbert A. I. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Ibid. – P. 331 – 337.



УДК 617.55–007.43–089.12–089.15

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В. В. Жебровский, А. В. Косенко, Н. В. Воронов, А. А. Могилевский, Э. Р. Кондратюк

Кафедра хирургии № 1 (зав. – проф. В. В. Жебровский)

Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

PECULIARITIES OF OPERATIVE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF ABDOMINAL HERNIAS

V. V. Zhebrovskiy, A. V. Kosenko, N. V. Voronov, A. A. Mogilevskiy, E. R. Kondratyuk

РЕФЕРАТ

Обобщен опыт лечения 150 больных по поводу осложненных форм послеоперационных грыж брюшной стенки (ПОГБС). У большинства пациентов обнаружены обширные и гигантские грыжи на фоне сопутствующих заболеваний. Установлено, что осложненным формам ПОГБС сопутствует местный и общий инфекционный компонент, что обуславливает необходимость проведения комплексных профилактических мероприятий. Применили как аутопластические, так и протезирующие методы операций, разработаны показания к имплантации. Проведен анализ летальности и частоты ранних послеоперационных осложнений. Отдаленные результаты изучены в сроки до 10 лет после операции. Рецидив грыжи возник у 12 (7,8%) больных.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи брюшной стенки; осложненные формы заболевания; особенности оперативного лечения.

SUMMARY

The experience of treatment of 150 patients, suffering complicated forms of postoperative abdominal hernias (PAH), was summarized. In majority of patients the large and giant hernias, on a background of associated diseases, were revealed. It was established that complicated forms of PAH are associated with local or systemic infection component, causing the necessity of complex prophylactic measures conduction. Autoplastic and prosthetic methods of operations were applied; the indications for implantation procedures were elaborated. The analysis of lethality and early postoperative complications rate was conducted. Late results were studied up to ten years after the operation. The hernia recurrence had occurred in 12 (7.8%) patients.

Key words: postoperative abdominal hernias; complicated forms of the disease; peculiarities of operative treatment.

Б

езусловным достижением хирургии XX столетия является внедрение в медицинскую практику биосовместимых материалов для лечения грыж брюшной стенки. Достигнут убедительный прогресс, выражавшийся прежде всего в уменьшении частоты рецидивов [1 – 4]. Однако проблема лечения ПОГБС не потеряла актуальности. Увеличение частоты выполнения оперативных вмешательств на органах брюшной полости, в том числе с применением эндоскопических технологий, обусловило увеличение частоты образования ПОГБС [4, 5]. Для их лечения практически ежегодно появляются новые мысли, новые оперативные решения и подходы [1, 2, 5, 6].

Операция по поводу ПОГБС является реконструктивно–восстановительным вмешательством. С этой позиции вызывает возражение принцип пластики грыжевых ворот без натяжения тканей, при этом сохраняется диастаз мышечно–апоневротических тканей, то есть не предусматривается восстановление функции брюшного пресса как органа, адаптирующего внешнее дыхание, внутрибрюшное давление, деятельность пищеварительного канала и других систем организма.

Показания к применению "ненатяжной" пластики возникают при обширных грыжевых дефектах, когда стремление выполнить аутопластическую операцию обуславливает чрезмерное натяжение тканей. При этом в зоне пластики возникают патологически измененные структуры. Создание широкой дубликатуры тканей сопровождается нарушением трофики мышц, фасций и фасциальных узлов, апоневроза. Это способствует повышению внутрибрюшного давления (ВБД), что чревато опасностью формирования абдоминального компартмент синдрома, особенно у больных при наличии обширных и гигантских грыж.

Вместе с тем, требует глубокого осмысления ситуация, сложившаяся в последнее десятилетие, когда большинству больных, независимо от возраста и вида грыжи, без учета ее клинических особенностей, осуществляют имплантацию. Является проблематич-

ным лечение осложненных форм ПОГБС при наличии колостомы, кишечных и панкреатических свищей, повышенном риске возникновения инфекционных, сердечно–сосудистых и легочных осложнений, наличии в зоне рубца окололигатурных гранулем и микроабсцессов, очагов острого и хронического воспаления. Практически не решен вопрос о целесообразности использования сеток в хирургии ущемленных грыж, эвентрации и опухолей передней брюшной стенки.

Стремление оптимизировать лечение больных с осложненными формами ПОГБС определило цель и задачи нашей работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлен опыт лечения 150 больных с осложненными формами ПОГБС. Мужчин было 82, женщин – 68. Возраст больных от 20 до 80 лет. Распределение больных в соответствии с критериями классификации J. P. Chevrel и A. M. Rath [7] представлено в табл. 1.

Применили морфологические, лабораторно–биохимические, бактериологические, ультразвуковое (УЗИ) исследования, а также компьютерную томографию.

Пластические операции с послойной адаптацией краев грыжевого дефекта считаем радикальными ("натяжная" пластика); варианты операций без сближения краев грыжевого дефекта – паллиативными ("ненатяжная" пластика).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 150 больных выявлены следующие осложнения: ущемление – у 24 (16%), невправимость грыжи с кли-

Таблица 1. Распределение больных с ПОГБС по критериям классификации J. P. Chevrel и A. M. Rath (2000)

Критерии классификации грыжи	Число больных	
	абс.	%
1. По локализации		
Срединная (M)	87	58,0
Боковая (L)	23	15,3
Сочетанная (ML)	40	26,7
2. Ширина грыжевых ворот		
W1 (до 5 см)	5	3,3
W2 (5–10 см)	54	36,0
W3 (10–15 см)	69	46,0
W4 (более 15 см)	22	14,7
3. Частота рецидивов		
R0	86	57,3
R1	38	25,3
R2	14	9,3
R3	4	2,7
R4	8	3,3

ническими проявлениями частичной непроходимости кишечника – у 8 (5,3%), мацерация и изъязвление в зоне грыжевого выпячивания – у 18 (12%), лигатурный свищ – у 18 (12%), воспалительные инфильтраты больших размеров – у 2 (1,33%). Очаги хронического воспаления по данным УЗИ выявлены у 34 (22,67%) больных, абсцесс брюшной стенки – у 2 (1,33%), кишечный свищ в зоне грыжи – у 8 (5,2%), спаечная болезнь брюшной полости с клиническими признаками частичной спаечной непроходимости кишечника – у 36 (24%).

У большинства – 136 (90,66%) пациентов по данным клинического обследования обнаружены другие воспалительные заболевания, в частности, хроническая пневмония, обструктивный бронхит, хронический гайморит, грибковое поражение кожи и др. Нарушения функционирования иммунной системы у больных с осложненными формами ПОГБС характеризуются уменьшением показателей клеточного звена иммунитета, угнетением функциональной активности фагоцитов, умеренной активацией гуморального звена иммунитета. Во время предоперационной подготовки больным назначали средства, обладающие иммуномодулирующей активностью [8].

По данным бактериологических исследований тканей в зоне грыжи, брюшной полости и крови на разных этапах операции микрофлора обнаружена у 93% больных. Преобладали бактерии (в 73,3% наблюдений) и грибы (в 26,7%). Брюшная полость на завершающем этапе операции инфицирована у 93,3% больных.

При бактериологическом исследовании крови микроорганизмы выявлены у 26,7% больных. Это свидетельствовало о вероятной гематогенной диссеминации инфекции во время операции. Преобладали *S. epidermidis*, *S. aureus*, актиномицеты и нокардии. В содержимом из раны (но не из крови) преобладали кишечная палочка, коринебактерии, микропокки. У большинства больных, у которых обнаружены грибы как в крови, так и в ране, преобладали *Candida famata*.

Сопутствующие заболевания выявлены у большинства больных, что обусловливало длительность и качество предоперационной подготовки (табл. 2).

Основными направлениями профилактики постоперационных осложнений были: проведение антибактериальной терапии, селективная деконтаминация кишечника, энтеросорбция, подготовка кожи в области операции. Применили также меры профилактики бронхолегочных, тромбоэмбологических и сердечно–сосудистых осложнений.

Симультанные хирургические операции выполнены у 82 больных, в том числе устранение спаечного процесса – у 62 (55,36%), холецистэктомия – у 18 (16,07%), устранение кишечного свища – у 14 (12,5%), закрытие панкреатического свища – у 2

(1,8%), гинекологические операции – у 6 (5,36%), аппендэктомия – у 8 (7,14%), операции на желудке – у 6 (5,36%), абдоминопластика – у 18 (16,07%). Всего у 82 больных произведены 112 симультанных операций, у 12 из них их выполняли в неотложном порядке.

Факторами высокого риска возникновения послеоперационных осложнений заживления раны, а также экстраабдоминальных осложнений являлись: наличие очагов "дремлющей" инфекции в тканях грыжи – у 78 (52%) пациентов, сопутствующие хронические заболевания дыхательной и сердечно–сосудистой систем – у 134 (89,33%), возраст старше 60 лет – у 75 (50%), послеоперационный парез кишечника на фоне выраженного и чрезвычайно выраженного спаечного процесса – у 82 (54,7%), продолжительность операции более 2 ч – у 59 (39,3%), значительное повышение ВБД при пластике грыжевых ворот и в раннем послеоперационном периоде – у 45 (30%). Кроме этих факторов риска, учитывали и другие: нарушения в иммунной системе – у 76 (50,7%) больных, наличие ожирения – у 102 (68%), сахарный диабет – у 4 пациентов, цирроз печени – у 1, рак – у 2.

Радикальные операции ("натяжная" пластика) применены у 105 (70%) больных, корректирующие операции – у 45 (30%). Аутопластические методы применены у 60 больных. Чаще использовали мышечно–апоневротическую пластику по Сапежко (в модификации клиники) [9]. Этот способ применяли лишь в ситуациях, когда удавалось создать широкую (не меньше 5 – 6 см) дубликатуру. Многослойную аутогерниопластику по Шалимову – Трорроли применяли при наличии нижнесрединных грыж (ML), ширине грыжевого дефекта W1 – W2 (у 22 больных).

Аллографические методы применены у 90 больных. Показаниями к выполнению протезирующих операций были: рецидивные и многократно рецидивирующие грыжи брюшной стенки, грыжи больших размеров (обширные и гигантские) при дряблой брюшной стенке в связи с атрофией мышц, фасций и апоневроза; грыжи с множественными грыжевыми воротами, все грыжи, возникшие на фоне признаков грыжевой болезни, параколостомная грыжа.

Следует подчеркнуть, что синтетические материалы на основе полипропилена неаллергенные, неонкогенные, обладают высокой резистентностью к инфекции. Однако возможность хронического инфицирования имплантата, быстрота и качество его вживления определяются не только химическим составом, но и физическими свойствами. При наличии пор между волокнами материала менее 10 мкм в ране происходит хроническое инфицирование материала, поскольку микроорганизмы в таких порах способны размножаться и надежно укрываться от нейтробильных гранулоцитов диаметром 10 – 15 мкм. Та-

Таблица 2. Сопутствующие заболевания при наличии ПОГБС

Заболевание	Частота выявления, %
Гипертоническая болезнь (I, II, III стадии)	46,7
Ишемическая болезнь сердца	15,7
Инфаркт миокарда в анамнезе	2,82
Пороки сердца	1,5
Хронические обструктивные заболевания легких (бронхит, пневмония, бронхиальная астма)	11,7
Ожирение	48,9
Сахарный диабет	8,0
Варикозное изменение вен нижних конечностей	8,5
Другие	1,6

ким образом, имплантат должен состоять не из плетенных, а из монофиламентных нитей. Величина пор ткани определяет время и качество ее вживления в организме. Если размер пор материала превышает 75 мкм, он в течение 1 мес прорастает коллагеновыми волокнами и фибробластами. Если поры меньших размеров, преобладает гистиоцитарная инфильтрация протеза, что обуславливает его слабую фиксацию в тканях [6].

У больных по поводу осложненных форм ПОГБС в качестве пластического материала применяли сетки отечественного производства (ООО "Эспера"), разработанные в Национальном институте хирургии и трансплантиологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, а также сетки Российского производства ("Линтекс"). Эндопротезы "Эспера" и "Линтекс", имеющие размер пор 75 мкм, состоят из биологически инертной полипропиленовой мононити, не деградируют, не теряют прочности и эластичности под действием тканевых жидкостей, устойчивы к инфицированию, благодаря монолитности и гидрофобности мононитей, обладают всеми свойствами, присущими протезам из полипропилена. В литературе имеются сообщения об успешном применении таких протезов [6].

При наличии грыжевых дефектов W2 – W3, если позволяло состояние больного, зону пластики укрепляли экспланктатом, который размещали между брюшиной и мышечно–апоневротическим слоем. Метод применен у 50 больных. У 22 больных при ширине грыжевого дефекта W2 – W3 экспланктат располагали непосредственно со стороны брюшной полости с ограничением от кишечника лоскутом большого сальника. У 16 больных транспланктат размещали впереди мышечно–апоневротического слоя. С применением модифицированной методики Devlin оперированы 9 больных по поводу грыжи брюшной стенки W2R1.

Способ предусматривал комбинированную экспланацию в верхних отделах живота по технологии on lay с минимальным натяжением тканей [10].

При невозможности выполнения радикальной операции, а также у больных по поводу ущемленной грыжи осуществляли пластику грыжевого дефекта по типу паллиативной коррекции грыжи, или "ненатяженную" пластику [11]. Использовали различные варианты грыжесечения. У 8 больных операцию выполняли без вскрытия брюшной полости. Трансплантат располагали впереди мышечно–апоневротического слоя.

При обширных и гигантских грыжевых дефектах одним из важных условий комбинированной герниопластики были максимально возможное использование собственных тканей больного. Грыжевой мешок иссекать полностью считаем нецелесообразным. Его участки можно использовать как для закрытия брюшной полости, так и создания капсулы, ограничивающей эксплантат от подлежащих органов и предлежащей подкожной основы. Примером такой операции является способ комбинированной герниопластики по Тоскину – Жебровскому, который применен у 6 больных. Операцию Ramirez и Rives – Stoppa у больных при осложненных формах ПОГБС не применяли. У 5 больных по поводу параколостомной грыжи применен метод Leslie [9].

Специальным методом, дополняющим общепринятое лечение больных этой тяжелой категории, был активный контроль течения раневого процесса с использованием УЗИ брюшной стенки (ежедневно, начиная со 2–х суток после операции). При выявлении скоплений серозной жидкости (серома) производили пункции, удаляли содержимое. Серомы относили к осложнениям только при их позднем появлении и самостоятельном опорожнении через швы кожи, а также при присоединении инфекции.

Следует отметить, что такое осложнение возникает не всегда. Немаловажное значение имеет техника зашивания раны и способ эксплантации протезирующего материала. При применении технологии in lay и sab lay серомы образуются редко, технологии on lay в условиях адекватного дrenирования раны – достаточно часто. Лечение серомы предусматривало физиотерапевтические мероприятия, дренирование с активной аспирацией или ежедневные пункции со строгим соблюдением принципов асептики.

Послеоперационные осложнения возникли у 15 (10%) больных, преобладала стойкая серома (у 10). Легочно–сердечная недостаточность возникла у 2 пациентов, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии – у 2, послеоперационная пневмония – у 1 больного. Умерли 2 (1,35%) больных. Отдаленные результаты изучены в сроки до 10 лет после операции. Рецидив грыжи возник у 12 (7,8%) больных.

ВЫВОДЫ

- Факторами, определяющими особенности клинического течения осложненных ПОГБС, являются: местный и общий инфекционный синдром, симультанные заболевания, спайки и спаечная болезнь брюшной полости.

- Успех оперативного лечения таких больных определяется индивидуальным дифференцированным подходом при выборе метода операции и качества предоперационной подготовки больного. Хирург добивается стабильно хороших результатов, когда в совершенстве владеет новейшими техническими средствами диагностики (УЗИ, КТ, рентгенография), а также широким арсеналом методов аутопластики и имплантации грыжевых дефектов, использует современные пластические и шовные материалы.

- Профилактику осложнений следует проводить как до операции, так и во время ее выполнения, после операции необходимо проведение целенаправленной терапии, включающей антибактериальные, физиотерапевтические и иммунобиологические методы под контролем мониторинга современных диагностических средств.

ЛИТЕРАТУРА

- Адамян А. А. Путь герниопластики в герниологии и современные ее возможности / А. А. Адамян // Материалы 1–й междунар. конф. "Современные методы герниопластики с применением полимерных имплантатов". – М., 2003. – С. 15.
- Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев, С. Ю. Пушкин, Т. А. Федорина, С. В. Нагапетян // Вест. хирургии им. И. И. Грекова. – 2000. – № 5. – С. 23 – 27.
- Саенко В. Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский, Н. В. Манойло // Клін. хірургія. – 2001. – № 6. – С. 59 – 64.
- Саенко В. Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Там же. – 2003. – № 11. – С. 3 – 5.
- Тимошин А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрсов, А. Л. Шестаков // Триада. – 2003. – № 10. – С. 144.
- Нелюбин П. С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П. С. Нелюбин, Е. А. Галота, А. Д. Тимошин // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 7. – С. 69 – 74.
- Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J. P. Chevrel, A. M. Rath // Hernia. – 2000. – Vol. 4, N 1. – P. 1 – 7.
- Ильченко Ф. Н. Диагностика и лечение очагов хронического воспаления в мягких тканях живота при послеоперационных и рецидивных грыжах / Ф. Н. Ильченко // Таврич. мед–биол. вестн. – 2006. – № 1 – 2. – С. 120 – 124.
- Жебровский В. В. Атлас операций на органах брюшной полости / В. В. Жебровский. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 450 с.
- Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами / А. С. Ермолов, А. К. Алексеев, А. В. Упырев [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2005. – № 8. – С. 16 – 21.
- Егієв В. Н. Ненатяжная герниопластика / В. Н. Егіев, П. К. Воскресенский, С. І. Емельянов. – М.: Медпрактика–М, 2002. – 148 с.

УДК 617.55–007.43–089.12

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СЕРЕДИННИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Я. П. Фелештинський, В. Ф. Ватаманюк, В. О. Дубенець, С. А. Свиридовський

Кафедра хірургії та проктології (зав. – проф. В. І. Мамич)

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF MEDIAN POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIAS

Ya. P. Feleshtynskiy, V. F. Vatamanyuk, V. O. Dubenets, S. A. Svyrydovskiy

РЕФЕРАТ

Представленний аналіз результатів хірургічного лікування серединних післяопераційних гриж черевної стінки (ПГЧС) у 1187 пацієнтів віком від 30 до 80 років за період з 2000 по 2009 р. Аутопластика здійснена у 43 (3,6%) пацієнтів з ПГЧС малого та середнього розмірів за відсутності діастазу прямих м'язів живота. Оптимальним варіантом алопластики з приводу ПГЧС малого і середнього розмірів з діастазом прямих м'язів та великого розміру вважаємо метод "sub lay", гігантських ПГЧС – модифіковані нами операції за Раміресом в поєднанні з застосуванням сітчастих імплантатів. Внутрішньочеревна гіпертензія відзначена у 2 (0,8%) з 231 пацієнта з гігантськими ПГЧС, серома – у 86 (7,2%), нагноєння рани – у 16 (1,3%). Померли 2 (0,8%) пацієнти з гігантськими ПГЧС від тромбоемболії легеневої артерії. Віддалені результати (в строки від 1 до 5 років) вивчені у 520 пацієнтів. Хронічний біль в ділянці черевної стінки відзначали 17 (3,2%), рецидиви грижі – 7 (1,3%) пацієнтів.

Ключові слова: серединні післяопераційні грижі черевної стінки; аутопластика; алопластика; метод "sub lay"; модифікова на операція Раміреса.

SUMMARY

The analysis surgical treatment results in 1187 patients, ageing 30–80 yrs old, in 2000–2009 period, for median postoperative abdominal hernia (MPOAH) is presented. Autoplasty was performed in 43 (3.6%) patients, suffering MPOAH of small and middle size without mm. recti abdomini diastasis. The "sub lay" method constitutes an optimal variant of alloplasty for MPOAH of small and middle size with mm. recti abdomini diastasis and of big size, and for giant MPOAH – the operations according to Ramirez method in our modification together with the net implants application. Intraabdominal hypertension was noted in 2 (0.8%) of 231 patients, suffering giant MPOAH, seroma – in 86 (7.2%), the wound suppuration – in 16 (1.3%). Pulmonary thromboembolism had constituted the cause of death in 2 (0.8%) patients, suffering giant MPOAH. Late results in terms 1–5 yrs were studied up in 520 patients. Chronic pain in the abdominal wall portion was noted by 17 (3.2%) patients and the hernia recurrence – 7 (1.3%).

Key words: median postoperative abdominal hernias; autoplasty; alloplasty; the "sub lay" method; modified Ramirez operation.

Впровадження біологічно інертних сітчастих пластичних матеріалів (поліпропілен, ультрапро, дульмеш, просід та ін.) в хірургічне лікування гриж черевної стінки, зокрема, післяопераційних, в останнє десятиріччя сприяло значному зменшенню частоти післяопераційних ускладнень та рецидивів [1 – 3].

Алогерніопластика з приводу серединних ПГЧС, особливо великих та гігантських, супроводжується частими ускладненнями. Серома в ділянці операційної рани виявлена у 18 – 25% пацієнтів, нагноєння – у 6,2 – 8%, хронічний біль – у 7,6 – 12,4% [4 – 6]. Крім того, при великих та гігантських ПГЧС, незважаючи на використання для герніопластики сітчастих імплантатів, часто виникає внутрішньочеревна гіпертензія (у 6 – 8% хворих), яка є основною причиною післяопераційної летальності [7 – 9]. Частота виникнення рецидивів після здійснення алопластики з приводу ПГЧС становить 10 – 25% [3, 6]. Основними причинами нездовільних результатів лікування є недекватний вибір способу розміщення сітчастого імплантата в тканинах передньої черевної стінки, значне їх натягання під час зшивання, зменшення об'єму черевної порожнини, недостатнє перекриття сіткою м'язово-апоневротичних країв дефекту черевної стінки.

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування серединних ПГЧС шляхом оптимізації вибору способу алогерніопластики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В клініці за період з 2000 по 2009 р. з приводу серединних ПГЧС операційно відбулося 1187 пацієнтів віком від 30 до 80 років. Супутні захворювання, переважно хронічні серцево-судинні, діагностовані у 785 (66,1%) пацієнтів, ожиріння II – III ступеня – у 815 (68,6%). Відповідно до міжнародної класифікації (SWR Classification J. P. Chevrel, A. M. Rath [10]), ПГЧС: M1 – M2W1R0 (малого розміру) діагностовані у 73 пацієнтів, M1–M2W2R0 (середнього) – у 96, M4W3R0 (великого) – у 746, M4W4R0 (гігантського) – у 231,

M4W3R1 (великого з первинним рецидивом) – у 24, M4W4R1 – R3 (гіантського з повторним рецидивом) – у 17.

Пацієнтам з ПГЧС великих та гіантських розмірів протягом ($10 \pm 3,2$) доби проводили спеціальну передопераційну підготовку, яка включала безшлакову дієту, очисні клізми (напередодні операції – фортранс), дозоване бандажування живота, підвищення резервів серцево–судинної та дихальної систем (судинні препарати, дихальна гімнастика), корекцію супутніх захворювань. Антибіотикопрофілактику проводили з використанням сульперазону 2 г внутрішньовенно під час операції. З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень вводили клексан 0,4 мг підшкірно за 12 год до операції та 1 раз на добу після операції протягом 7 – 9 діб.

З метою знеболювання використовували загальний наркоз з міорелаксантами.

Спосіб герніопластики обирали з огляду на вік пацієнта, розміри ПГЧС, величину діастазу прямих м'язів живота та показників моніторингу внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) під час моделювання герніопластики.

Величину діастазу прямих м'язів живота вимірювали за допомогою лінійки, ВЧТ визначали за допомогою катетера Фолея, який вводили в сечовий міхур. Через катетер в сечовий міхур вводили 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, катетер з'єднували з прозорою трубкою, кінець якої піднімали і фіксували перпендикулярно операційному столу. За нуль вважали рівень лобкового симфізу. Висота стовпчика рідини в трубці відповідала величині ВЧТ в сантиметрах водного стовпчика (1 см вод. ст. = 0,735 мм рт. ст.) [7, 10]. Підвищення ВЧТ до 15 мм рт. ст. вважали граничним під час моделювання та виконання герніопластики, оскільки тривале підвищення ВЧТ (понад 15 мм рт. ст.) спричиняє синдром внутрішньочеревної гіпертензії [3, 8].

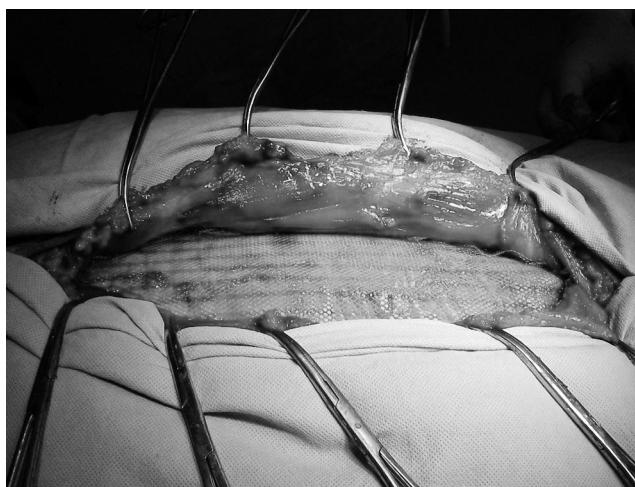


Рис. 1. Метод "sub lay".

У 28 пацієнтів з ПГЧС малого розміру (M1 – M2W1R0) та 15 – з ПГЧС середнього розміру (M1 – M2W2R0) віком від 30 до 40 років виконані аутопластичні операції за Мейо (у 32) та Сапежко (в 11). У 126 пацієнтів з ПГЧС малого і середнього розмірів через наявність діастазу прямих м'язів живота величиною у середньому 3 – 4 см виконували алопластику за методом "sub lay". Як допоміжний пластичний матеріал використовували "пролен" та "ультрапро". В останні роки під час вибору сітчастого імплантата перевагу віддавали легкій сітці "ультрапро". Перекриття сітчастим імплантатом країв грижового дефекту та прямих м'язів живота становило 5 – 7 см. Укрілення розширеної білої лінії живота за наявності діастазу прямих м'язів живота вище і нижче дефекту черевної стінки малого і середнього розмірів мало важливе значення з точки зору профілактики рецидивування грижі.

З 746 пацієнтів з ПГЧС великого розміру (M4W3R0) та 24 – з рецидивними ПГЧС (M4W3R1) виконували переважно алогерніопластику за методом "sub lay". На початку впровадження методу алогерніопластики у 117 пацієнтів операцію виконували шляхом преперитонеального розміщення сітки у поєднанні з відокремленням її від внутрішніх органів пасмом великого сальника. Згодом від цього методу відмовилися, оскільки під час його застосування ймовірний контакт сітки з кишечником та великим сальником, що може спричинити спайкову непропускність кишечнику та утворення кишкової нориці. У 629 пацієнтів цієї групи виконано алогерніопластику за методом "sub lay". Величина діастазу прямих м'язів живота у них становила у середньому ($10 \pm 2,1$) см. При моделюванні герніопластики під час виконання операції (контактне зближення м'язово–апоневротичних країв дефекту) ВЧТ був у межах ($10 \pm 2,3$) мм рт. ст.

Метод "sub lay" передбачав, що після розрізання апоневротичних піхв прямих м'язів живота по краях дефекту прямі м'язи відшаровували від задніх стінок апоневротичних піхв, які зшивали контактним шляхом ниткою "пролен". Над зшитими задніми стінками апоневротичних піхв прямих м'язів розміщували сітчастий імплантат (пролен або ультрапро) відповідних розмірів і фіксували його по периметру (рис. 1). Над імплантатом контактно зшивали прямі м'язи живота та передні стінки їх апоневротичних піхв. До сітчастого імплантата підводили дренаж для вакуумного дренування. Підшкірну рану дренували з використанням окремого трубчастого дренажа.

У 231 пацієнта з гіантськими ПГЧС (M4W4R0) та у 17 – з рецидивами ПГЧС (M4W4R1 – R3) підхід до виконання алогерніопластики був диференційованим.

У 68 пацієнтів цієї групи за наявності поздовжніх гіантських дефектів черевної стінки від мечоподібного відростка до лобкового симфізу величина



Рис. 2. Метод Раміреса 1.



Рис. 2. Метод Раміреса 2.

діастазу прямих м'язів живота становила у середньому ($12 \pm 1,8$) см, ВЧТ під час моделювання герніопластики – ($10 \pm 2,6$) мм рт. ст. Це дало змогу закрити дефект черевної стінки за методом "sub lay" без значного натягання м'язово–апоневротичних тканин та зменшення об'єму черевної порожнини. ВЧТ після герніопластики становив ($10 \pm 1,7$) мм рт. ст.

У 107 пацієнтів з ПГЧС гігантських розмірів величина діастазу прямих м'язів живота становила у середньому ($16 \pm 1,3$) см. Під час моделювання герніопластики ВЧТ дорівнював ($20 \pm 2,6$) мм рт. ст. З метою створення оптимального об'єму черевної порожнини без натягання тканин і підвищення ВЧТ застосовано модифіковану в клініці операцію (варіант 1) роз'єдання анатомічних компонентів черевної стінки за Раміресом [5] (рис. 2). Після усунення контрактури прямих м'язів живота шляхом розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза по краях апоневротичних піхв прямих м'язів та роз'єдання ділення прямих і косих м'язів проленову сітку відповідних розмірів фіксували за методом "sub lay", а апоневротичні ділянки між прямими та косими м'язами додатково укріплювали окремими клаптями сітки праворуч і ліворуч за методом "on lay". ВЧТ після завершення алологерніопластики становив ($10 \pm 1,4$) мм рт. ст.

У 56 пацієнтів з гігантськими ПГЧС та величиною діастазу прямих м'язів живота ($20 \pm 1,2$) см під час моделювання герніопластики ВЧТ становив ($25 \pm 2,5$) мм рт. ст. У цих пацієнтів застосовано модифіковану в клініці операцію Раміреса (варіант 2) [5] (рис. 3). Метод відрізняється від попереднього тим, що після усунення контрактури прямих м'язів їх не зшивали, оптимальний об'єм черевної порожнини з рівнем ВЧТ ($12 \pm 1,8$) мм рт. ст. формували за допомогою клаптів грижового мішка, поверх яких фіксували проленову сітку. ВЧТ після операції становив ($11 \pm 1,3$) мм рт. ст. В усіх пацієнтів операцію завершували вакуум-

ним дренуванням рані з використанням низьковакуумної системи "Unovac". У ранньому післяопераційному періоді лікувальні заходи включали корекцію розладів серцево–судинної та дихальної систем, стимуляцію функції кишечнику. Всім пацієнтам протягом 7 діб після операції призначали диклоберл по 3 мл внутрішньом'язово з метою зменшення вираженості запальної реакції черевної стінки на імплантацію сітки. З метою попередження утворення стресових виразок шлунка і кишечнику призначали кватмател за схемою. Антибактеріальну терапію з використанням сульперазону продовжували в усіх пацієнтів через підвищений ризик виникнення інфекційних ускладнень загоєння рані. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень продовжували вводити клексан по 0,4 мг.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Безпосередні результати лікування свідчили, що в ранньому післяопераційному періоді (на 2–гу добу) у 2 (0,8%) пацієнтів з ПГЧС гігантських розмірів на тлі прогресування парезу кишечнику та підвищення ВЧТ до ($22 \pm 1,6$) мм рт. ст. виникла внутрішньочеревна гіпертензія. У хворих спостерігали задишку, тахікардію, олігурію. Завдяки проведенню інтенсивної терапії та активної медикаментозної стимуляції функції кишечнику, усунення його парезу на 3–ти та 4–ту добу ознаки внутрішньочеревної гіпертензії зникли.

У 3 (1,3%) пацієнтів з ПГЧС гігантських розмірів виникла двобічна нижньочастковая пневмонія, проведена антибактеріальна, протизапальна терапія, застосовані фізіотерапевтичні процедури.

Серома виникла у 86 (7,2%) пацієнтів, нагноення – у 16 (1,3%). Померли 2 пацієнти з гігантськими ПГЧС на 7 – 9–ту добу після операції від тромбоемболії легеневої артерії, незважаючи на проведення антикоагулянтної терапії.

Віддаленні (у строки від 1 до 5 років) результати лікування вивчені шляхом повторного огляду у 520 пацієнтів. Хронічний біль в ділянці черевної стінки протягом 6 – 8 міс після операції відзначали 17 (3,2%) пацієнтів, їм призначали фізіотерапевтичні процедури та нестероїдні протизапальні засоби. Рецидиви грижі виявлені у 7 (1,3%) пацієнтів (у 3 – після операції "sub lay", у 4 – модифікованої операції Раміреса, варіант 2).

Рецидиви грижі після використання методу "sub lay" спостерігали в нижніх відділах післяопераційних рубців по нижньому краю фіксації проленової сітки. Найбільш вірогідно причиною рецидиву ПГЧС в цих спостереженнях була ненадійна фіксація сітки в нижньому куті рані до м'язів та апоневрозу. Після застосування модифікованої нами операції Раміреса (варіант 2) рецидиви грижі виникли по краю фіксації сітки до прямого м'яза живота через недостатнє перекриття цього м'яза сіткою.

Досвід хірургічного лікування ПГЧС свідчить, що виконання аутопластики можливе лише в обмеженої кількості (3,6%) пацієнтів молодого та середнього віку з ПГЧС малого та середнього розмірів за відсутності діастазу прямих м'язів живота. У решті ситуацій хірургічне втручання з приводу ПГЧС необхідно виконувати з використанням сітчастих імплантатів. Особливістю алопластики ПГЧС малого і середнього розмірів з діастазом прямих м'язів живота є його усунення на всю довжину з використанням методу "sub lay".

При ПГЧС великого розміру оптимальним є метод алопластики "sub lay", він забезпечує перекриття сіткою країв дефекту черевної стінки не менше 5 – 7 см без значного їх натягання та зменшення об'єму черевної порожнини.

Відсутність контакту сітки з внутрішніми органами та підшкірним прошарком дозволяє зменшити ймовірність виникнення як спайок, так і сероми в ділянці рані. Алопластика ПГЧС гіантських розмірів через високий ризик підвищення ВЧТ вимагає створення оптимального об'єму черевної порожнини. Використання розроблених нами реконструктивно-відновивших варіантів алогерніопластики дозволяє без натягання тканин черевної стінки закрити складні гіантські дефекти, сформувати оптимальний об'єм черевної порожнини, значно знизити ризик виникнення інтраабдомінальної інфекції та зменшити частоту післяопераційних рецидивів.

ВИСНОВКИ

- Оптимізація хірургічного лікування серединних ПГЧС досягається шляхом вибору способу герніопластики залежно від віку пацієнта, розмірів дефекту черевної стінки, величини діастазу прямих м'язів та показників моніторингу ВЧТ.

- Виконання аутопластики показане лише в обмеженої кількості (3,6%) пацієнтів молодого і середнього віку з ПГЧС малого та середнього розмірів без діастазу прямих м'язів живота. Оптимальним варіантом алопластики при ПГЧС малого, середнього розмірів з діастазом прямих м'язів та великого розміру є метод "sub lay". При ПГЧС гіантських розмірів показані модифіковані в клініці операції з роз'єднанням анатомічних компонентів черевної стінки за Раміресом в поєднанні з застосуванням сітчастих імплантатів.

- Використання модифікованих варіантів операцій за Раміресом з приводу ПГЧС гіантських розмірів забезпечує створення оптимального об'єму черевної порожнини, механічну міцність алогерніопластики, зменшення частоти післяопераційних укладень у 7 – 9 разів та рецидивів – у 12 – 14 разів у порівнянні з цими показниками за даними літератури.

ЛІТЕРАТУРА

- Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентратаций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. – Симферополь: Бизнес–Информ, 2002. – 440 с.
- Хірургічне лікування хворих з післяопераційними грижами по-переково-бічних ділянок живота / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, І. І. Теслюк [та ін.] // Хірургія України. – 2008. – № 1(25). – С. 99 – 105.
- Kingsnorth A. N. The benefits of a hernia service in a public hospital / A. N. Kingsnorth, C. Porter, D. H. Bennet // Hernia. – 2000. – N 4. – P. 1 – 5.
- Жебровский В. В. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений при большой грыже брюшной стенки / В. В. Жебровский, М. С. Салах Ахмед // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 18.
- Фелештинський Я. П. Герніопластика складних гіантських дефектів черевної стінки / Я. П. Фелештинський, В. І. Мамчик, В. О. Дубенец // Матеріали науч.–практ. конф. с міжнар. участием: Современные методы хирургического лечения центральных грыж и эвентратаций. – Алушта, 2006. – С. 174 – 176.
- Manu L. N. G. Incidence and prognosis of intra-abdominal hypertension in mixed population of critically ill patients: A multiple-center epidemiological study / L. N. G. Manu // Crit. Care Med. – 2005. – Vol. 33. – P. 315 – 322.
- Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension / M. L. Cheatham, M. W. White, S. G. Sagraves [et al.] // J. Trauma. – 2000. – Vol. 49, N 4. – P. 621 – 627.
- Dumanian G. A. Comparison of repair techniques for major incisional hernias / G. A. Dumanian, W. Dehman // Am. J. Surg. – 2003. – Vol. 185, N 1. – P. 61 – 65.
- The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure / M. Schein, D. H. Wittman, C. C. Aprahamian, R. E. Condon // J. Am. Coll. Surg. – 1995. – Vol. 180. – P. 745 – 753.
- Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J. P. Chevrel, A. M. Rath // Hernia. – 2000. – Vol. 4, N 1. – P. 1 – 7.

УДК 617.55–007.43–002–001.4–084–089.844

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Ф. Н. Ильченко, Ю. Г. Барановский, М. М. Сербул

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

INFLAMMATORY CONCEPT OF PATHOGENESIS OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIA AND THE MAIN TRENDS IN PROPHYLAXIS OF THE WOUND COMPLICATIONS OF HERNIOPLASTY

F. N. Ilychenko, Yu. G. Baranovskiy, M. M. Serbul

РЕФЕРАТ

На основании анализа данных клинико-экспериментальных исследований и литературы предложена воспалительная концепция патогенеза послеоперационной грыжи брюшной стенки (ПГБС). Она предусматривает, что формирование дефекта брюшной стенки (БС) на фоне прогрессирующего воспалительного процесса в области рубца является существенным фактором риска возникновения после герниопластики местной или системной воспалительной реакции, негативно влияющей на течение раневого процесса. Это определяет необходимость проведения до и после операции патогенетически обоснованных мероприятий для профилактики раневых осложнений и обеспечения оптимальной интеграции имплантата в тканях БС.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа брюшной стенки; патогенез грыжи; патологический рубец; раневые осложнения.

SUMMARY

The inflammatory concept of postoperative abdominal hernia pathogenesis was proposed, basing on data obtained from clinico-experimental investigations and literature. The concept describes the abdominal wall defect formation, on a background of progressing inflammatory process in a cicatrix area, as an essential factor of risk for the local and systemic inflammatory reaction occurrence after hernioplasty operation, which negatively influences the wound process course. That is why it is necessary to conduct a pathogenetically based measures preoperatively and post-operatively for the wound complications prophylaxis and guaranteeing of the implant optimal integration into tissue of the abdominal wall defect.

Key words: postoperative abdominal hernia; pathogenesis of hernia; pathological cicatrix; the wound complications.

Образование грыжи рубца после лапаротомии в настоящее время рассматривают как постоянно прогрессирующий локальный патологический процесс в передней БС с выраженным в различной степени нарушениями ее моррофункционального состояния и топографоанатомического строения [1, 2]. Формирование дефекта БС на таком фоне после выполнения герниопластики – существенный фактор риска возникновения раневых осложнений. Не случайно, при ПГБС течение раневого процесса часто замедленное, с образованием серомы, лигатурного свища, воспалительного инфильтрата, нередко осложняется нагноением раны. Такое торpidное заживание раны после аутопластических вмешательств более чем у 70%, а после протезирующих – более чем у 30% пациентов обуславливает несостоятельность швов в зоне пластики грыжевого дефекта (ГД) и возникновение рецидива заболевания [2 – 6]. В некоторых ситуациях, даже при отсутствии явных клинических признаков рецидива, пациенты в течение длительного времени после операции не чувствуют себя здоровыми, отмечают существенный дискомфорт в зоне послеоперационного рубца, ощущение инородного тела, тугоподвижность БС. Уровень достигнутого после операции качества жизни этих больных недостаточен [1, 7].

Необходим анализ причин такой неблагоприятной ситуации, в том числе на основании уточнения патогенеза возможных нарушений reparatивного процесса при ПГБС, и поиск направлений их эффективной коррекции.

На рис. 1 приведены основные факторы, определяющие состояние имплантата в организме после протезирующей герниопластики. Находясь в тканях, сетчатый имплантат вызывает местную тканевую реакцию воспаления в ответ на внедрение инородного тела. Выраженность этой местной воспалительной

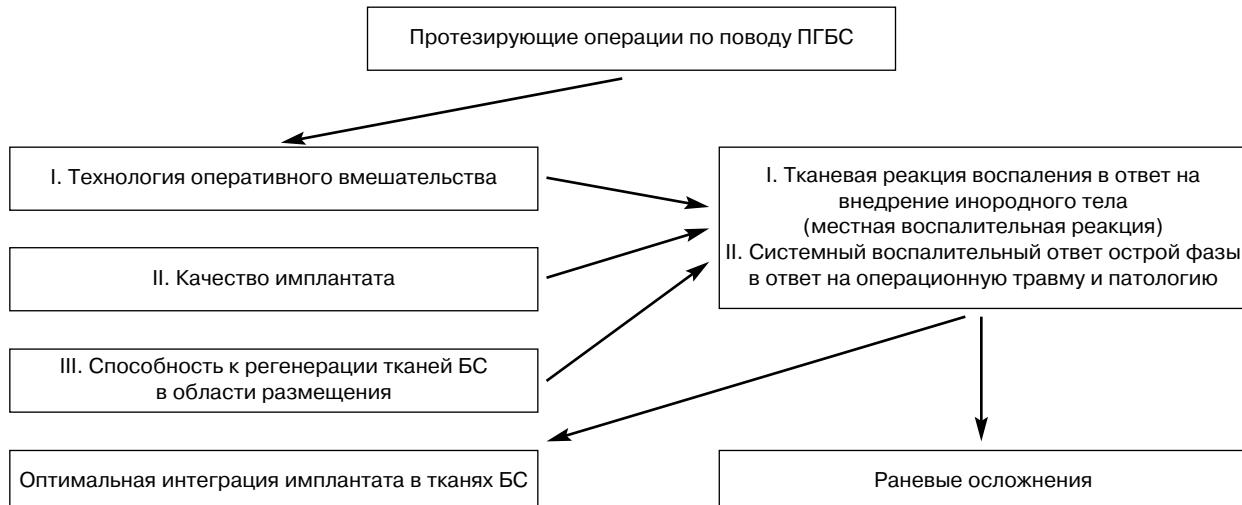


Рис. 1. Факторы, определяющие состояние имплантата в организме и влияющие на частоту раневых осложнений после герниопластики у больных с ПГБС.

реакции во многом зависит от технологии оперативного вмешательства и качества имплантата.

Дальнейшие изменения имплантата в организме во многом могут определять морфофункциональное состояние тканей БС и их способность к регенерации. Именно от этого фактора в значительной степени зависит, произойдет ли оптимальная интеграция имплантата в тканях после операции, или заживание раны будет нарушено, и возникнут раневые осложнения. При этом важно учитывать, что негативное влияние на течение раневого процесса может быть обусловлено не только местными морфофункциональными нарушениями в тканях БС, но и возможным системным воспалительным ответом, например, вследствие операционной травмы, интоксикации, нарушений иммунитета, других патологических факторов [1, 6].

Цель работы: на основании уточнения патогенеза ПГБС определить основные направления эффективной профилактики и коррекции раневых осложнений после герниопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для уточнения патогенеза ПГБС проведены следующие исследования: а) изучены морфологические особенности тканей передней БС у больных с ПГБС; б) в эксперименте изучены изменения в тканях передней БС в динамике формирования ПГБС; в) изучены механизмы энтерогенной токсемии и их роль в возникновении воспалительного ответа у больных с ПГБС, осложненной синдромом спаечной непроходимости кишечника (СНК). Результаты этих исследований опубликованы ранее [7 – 9]. Они использованы для разработки патогенетически обоснованного комплекса профилактики послеоперационных ран-

вых осложнений, который применен у 126 больных с различными формами ПГБС.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты экспериментальных исследований, собственные клинические наблюдения и анализ данных литературы позволили нам рассматривать патогенез ПГБС с позиций концепции прогрессирующего воспалительного процесса при формировании дефекта брюшной стенки в области рубца. Такая воспалительная концепция патогенеза ПГБС заключается в следующем (рис. 2). Раневой процесс и формирование полноценного рубца при неосложненном течении послеоперационного периода после выполнения лапаротомии включает 3 фазы: воспаления (2 – 4 сут); пролиферации (2 – 3 нед) и окончательного заживания раны первичным натяжением (после 3 – 4 нед). Продолжительность каждой фазы раневого процесса может изменяться при его осложненном течении, что зависит от ряда факторов: интенсивности бактериального загрязнения раны во время операции, технических ошибок при наложении швов, низкого качества шовного материала, снижения регенераторных возможностей тканей и некоторых других. Все они могут способствовать затяжному течению первой – воспалительной – фазы раневого процесса, тормозят процессы пролиферации и рубцевания.

При возникновении воспалительных раневых осложнений после выполнения лапаротомии на уровне кожи и подкожной основы продолжительность раневого процесса увеличивается, и рана заживает вторичным натяжением. При возникновении воспалительных осложнений на уровне мышечно–апоневротического слоя, несостоительности швов лапаротом-



Рис. 2. Исходы течения раневого процесса после лапаротомии

ной раны и расхождении ее краев в раннем или позднем послеоперационном периоде она не может заживать вторичным натяжением из-за больших размеров и особенностей топографии. В области операционной раны или неполноценного рубца нарушается анатомическая целостность и стабильность БС. Под влиянием внутрибрюшного давления и ретракции мышц в этой зоне формируются ГД и грыжевое выпячивание, образованное рубцово-измененной брюшиной с перемещением в грыжевой мешок органов и тканей брюшной полости.

Вялотекущий хронический воспалительный процесс в мягких тканях области грыжи сопровождается периодическими обострениями, что проявляется клиническими признаками инфильтрата, лигатурного свища или абсцесса БС. Одновременно в тканях БС возникают изменения, сформулированные в биомеханической концепции ПГБС, предложенной В. И. Белоконевым и соавторами [3], что способствует дальнейшему увеличению размеров ГД. Выявленные нами патоморфологические и патофизиологические изменения в тканях БС в динамике формирования экспериментальной ПГБС – неблагоприятные факторы, которые нарушают нормальное течение процессов регенерации и заживления раны БС. Одной из причин этого является нарушение в условиях хронического воспаления функции фибробластов и синтез коллагена с измененными свойствами, о чем свиде-

тельствуют данные морфологических исследований [8]. Все это позволяет считать, что ПГБС – это следствие патологического типа формирования послеоперационного рубца после выполнения лапаротомии, обусловленного пролонгированным течением I фазы раневого процесса – фазы воспаления. Он постепенно приобретает характер прогрессирующего хронического процесса, который может быть остановлен только путем хирургического вмешательства.

В связи с этим мы, как и другие авторы [4], считаем обоснованным проведение до и после операции эффективной противовоспалительной терапии, так как хроническое воспаление негативно влияет на течение раневого процесса и является причиной возникновения раневых осложнений даже при использовании современных сетчатых имплантатов, обуславливающих минимальную тканевую реакцию.

Вместе с тем, при планировании комплекса профилактических мероприятий у больных с ПГБС необходимо учитывать, что, помимо прогрессирующего локального патологического процесса в БС, прогрессируют системные нарушения с формированием различных патологических синдромов органов пищеварения, гемодинамики, дыхания, возможно возникновение иммунодефицитного состояния. Такие изменения при ПГБС J. Rives [2], а также К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский [10] считают проявлениями "грыжевой болезни".

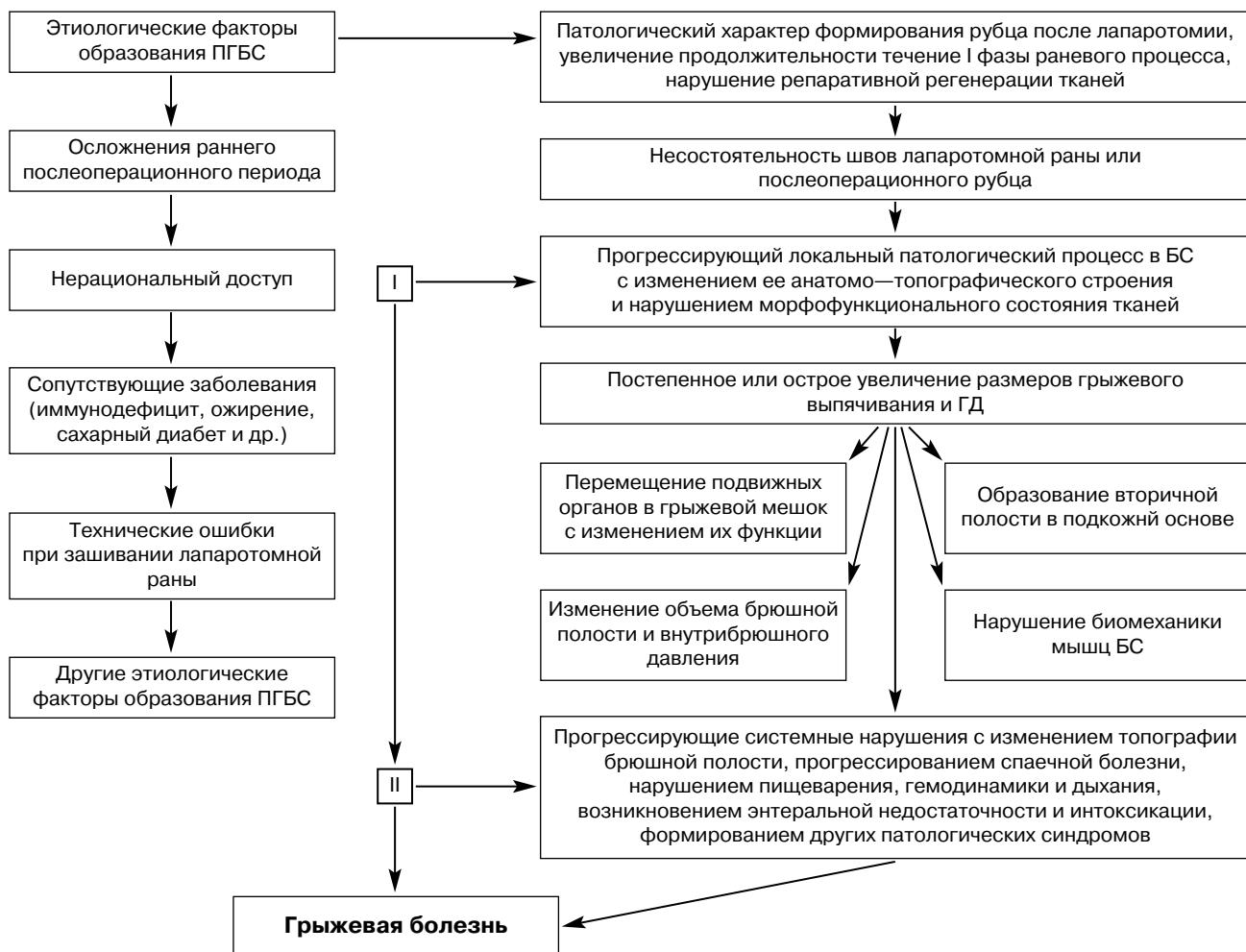


Рис. 3. Основные звенья этиологии и патогенеза ПГБС.

Нами получены данные, свидетельствующие, что при формировании грыжи в грыжевом мешке и брюшной полости постепенно прогрессирует спаечный процесс, часто с признаками СНК, энтеральной недостаточности, синдрома эндогенной интоксикации [9]. Возникающая на этом фоне энтерогенная токсемия и повышенная продукция провоспалительных цитокинов, основным индуктором синтеза которых являются поступающие из кишечника токсические компоненты липополисахаридной структуры — также фактор риска формирования местной или системной воспалительной реакции, снижающей регенераторный ресурс тканей БС.

Это определяет необходимость у больных с ПГБС для профилактики раневых осложнений и обеспечения оптимальной интеграции имплантата в тканях БС проведения, помимо других мероприятий, деконтаминации из кишечника при сопутствующей грыже СНК, детоксикационной терапии и иммунокоррекции.

Основные звенья патогенеза ПГБС приведены на рис. 3.

В предоперационном периоде у обследованных больных при планировании мероприятий по профилактике послеоперационных раневых осложнений учитывали различные патогенетические факторы их появления. Для этого анализировали особенности анамнеза заболевания и его клинические признаки, результаты УЗИ и компьютерной термографии брюшной стенки, данные биохимических исследований, изучали выраженность специфического антиэндотоксинового иммунитета и профиль цитокинов по содержанию интерлейкина-6 и фактора некроза опухолей-α.

На основании результатов этих исследований выделена группа из 126 (35,2%) больных (из 357, которым произведена протезирующая герниопластика) с ПГБС, у которых отмечен повышенный риск возникновения неадекватной местной или системной воспалительной реакции организма. Это были больные с обширными и гигантскими грыжами, которые, как правило, возникали после нагноения лапаротомной раны, с лигатурными и кишечными свищами, трофическими нарушениями кожи, околышовыми грану-

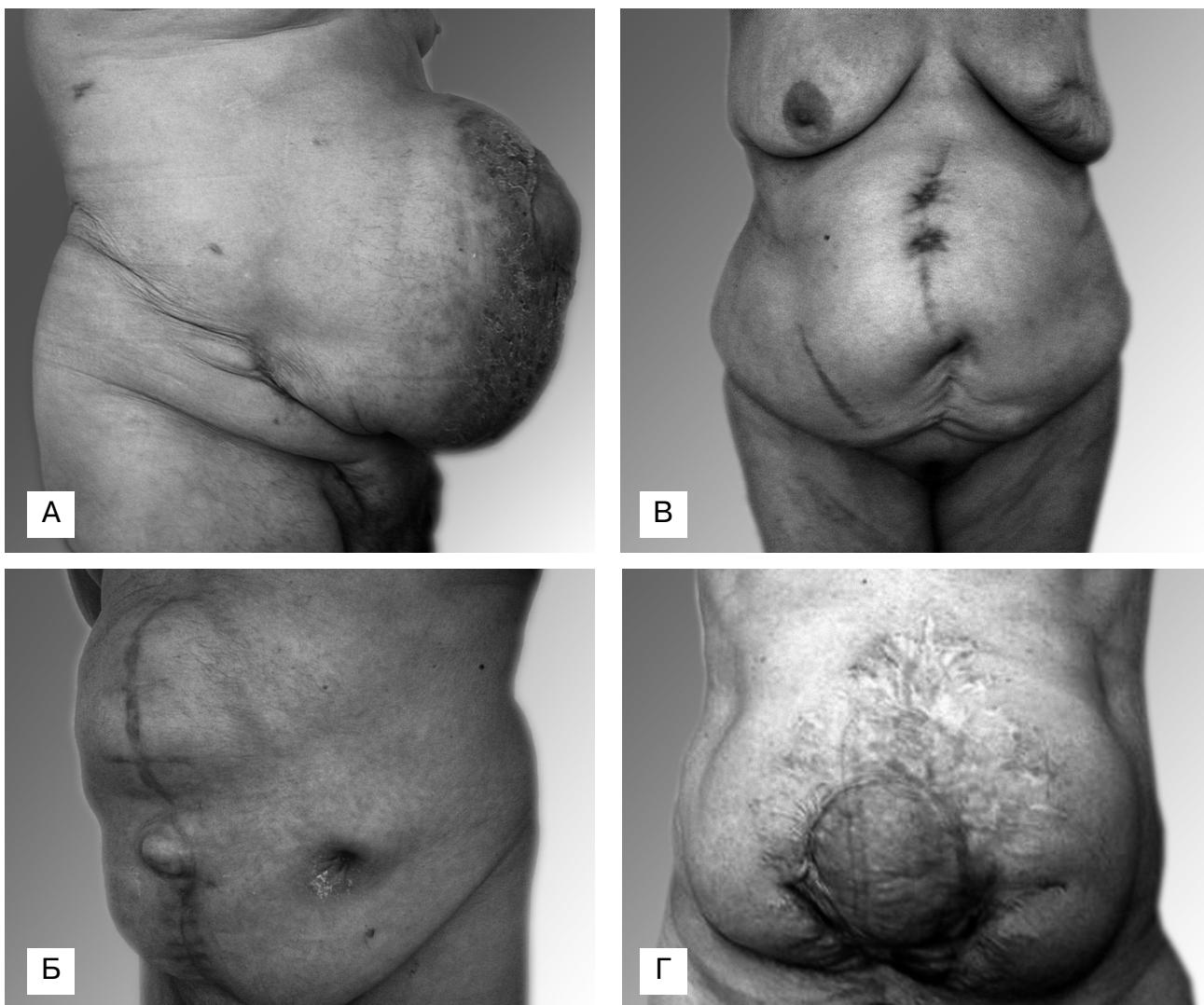


Рис. 4. Больные с ПГБС. Факторы "высокого" риска возникновения раневых осложнений. А – мацерация и изъязвление кожи в области грыжи; Б – каловый свищ; В – множественные лигатурные свищи; Г – келоидный рубец.

лемами, абсцессами (рис. 4) и воспалительными инфильтратами в области грыжи, выявленными по данным УЗИ. Информативными в отношении диагностики воспалительных изменений в тканях БС были результаты компьютерной термографии. Она позволяла определить локализацию очагов воспаления, их выраженность и распространенность вокруг ГД и, тем самым, прогнозировать возможную реакцию тканей на имплантацию.

В группу риска возникновения раневых осложнений включены также больные с невправимыми ПГБС, СНК, клиническими и биохимическими проявлениями синдрома эндогенной интоксикации. Характерными для этих больных были признаки напряженности специфического антиэндотоксического иммунитета, увеличение содержания олигопептидов средней молекулярной массы, провоспалительных цитокинов. В соответствии с этими данными в комплекс

предоперационной подготовки таких больных, помимо общепринятых мероприятий, включали дезинтоксикационную, неспецифическую противовоспалительную и иммуномодулирующую терапию.

Общая схема таких мероприятий: предварительное проведение хирургической санации лигатурных свищей и воспалительных инфильтратов; предоперационная механическая санация и деконтаминация кишечника, энтеросорбция (при наличии эндогенной интоксикации и СНК); предоперационная антибиотикопрофилактика и назначение антибиотиков после операции; меры по предупреждению бактериального загрязнения раны во время операции; широкое иссечение воспалительно–измененных тканей грыжевого мешка и грыжевых ворот; использование "ареактивных" шовных и пластических материалов (проленовые сетки фирм "Этикон", "Линтекс", сетка Випро–2, ультрапро, полипропиленовая сетка отече-

ственного производства); обязательное дренирование раны; "активное" ведение раны после операции; назначение физиопроцедур, "стимуляторов" регенерации; контроль заживления раны и ранняя диагностика раневых осложнений с помощью УЗИ.

У всех больных выполнена протезирующая герниопластика с использованием различных методов. Раневые осложнения возникли у 34 больных, преимущественно (у 31) – неинфицированные серомы, которые были устраниены консервативными средствами. Инфицирование таких сером с последующим нагноением раны, образованием длительно незаживающих лигатурных свищей, отторжением сетки, возникновением рецидива грыжи у большинства больных удалось предупредить путем активного контроля раневого процесса с помощью УЗИ и проведения профилактических мероприятий в соответствии с разработанной патогенетически обоснованной схемой. Нагноение раны выявлено у 3 больных. Необходимости удаления имплантата у этих больных не было.

Отдаленные результаты (в сроки 1 – 3 года) изучены у 68 больных. Рецидивы возникли у 4 (5,9%) из них, у остальных – результаты операции удовлетворительные, показатели качества жизни (по критериям опросника SF-36) были существенно выше по сравнению с таковыми до операции.

ВЫВОДЫ

- ПТБС – это следствие патологического типа формирования рубца БС после выполнения лапаротомии с пролонгированным течением I фазы раневого процесса – фазы воспаления, который постепенно становится хроническим и может быть остановлен только путем хирургического вмешательства.

- Формирование дефекта брюшной стенки на фоне прогрессирующего воспалительного процесса в области рубца – существенный фактор риска возникновения местной или системной воспалительной реакции после герниопластики, негативно влияющей на течение раневого процесса. Это определяет необходимость проведения до и после операции патогенетически обоснованных мероприятий, направленных на профилактику раневых осложнений и обеспечение оптимальной интеграции имплантата в тканях БС.

ЛІТЕРАТУРА

- Жебровский В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. – М.: МИА, 2005. – 383 с.
- Bendavid R. The unified theory of hernia formation / R. Bendavid // Hernia. – 2004. – N 8. – P. 171 – 176.
- Белоконев В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных центральных грыж / В. И. Белоконев, З. В. Ковалева, С. Ю. Пушкин. – Самара, 2004. – 222 с.
- Четвериков С. Г. Раціональне ведення хворих після операції з приводом грижі черевної стінки з використанням композитних алотрансплантацій / С. Г. Четвериков, М. А. Кащальян, В. Ю. Вододюк, С. О. Пастерначенко // Клін. хірургія. – 2009. – № 9. – С. 10 – 13.
- Anthony T. Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy / T. Anthony, P. Bergen, L. Kim // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – P. 95 – 100.
- Schumpelick V. Recurrent hernia. Prevention and treatment / V. Schumpelick, R. Fitzgibbons. – Berlin; Heidelberg: Springer, 2007. – 356 p.
- Славин Л. Е. Осложнения в хирургии грыж живота / Л. Е. Славин, И. В. Федоров, Е. И. Сигал. – М.: Профиль, 2005. – 178 с.
- Ильченко Ф. Н. Влияние характера предоперационной подготовки на выраженность воспалительного ответа у больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки / Ф. Н. Ильченко // Таврич. медико-биол. вестн. – 2005. – № 2. – С. 35 – 39.
- Ильченко Ф. Н. Особенности нарушения кровообращения и его регуляция в области раны после грыжесечения при экспериментальной послеоперационной грыже / Ф. Н. Ильченко // Там же. – 2002. – № 2. – С. 69 – 72.
- Тоскин К. Д. Грыжи брюшной стенки / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 269 с.



УДК 617.55–056–007.43–08–089

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

O. Ю. Гербали

Кафедра хирургии № 1 (зав. – проф. В. В. Жебровский)

Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського, г. Сімферополь

ACTUAL ASPECTS OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY

O. Yu. Gerbali

РЕФЕРАТ

Обобщен опыт выполнения симультаных операций у 103 пациентов по поводу послеоперационной грыжи живота (ПГЖ) и ожирения. Обоснованием целесообразности выполнения симультаных операций у таких больных было участие сопутствующих заболеваний в патогенетических механизмах образования грыжи и возможности возникновения послеоперационных осложнений. Симультаные операции у больных по поводу ПГЖ не спровождаются увеличением частоты послеоперационных осложнений и длительности лечения, являются перспективным направлением в хирургии, в том числе профилактике рецидива грыжи.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа живота; ожирение; диагностика; лечение; профилактика.

SUMMARY

The experience of conduction of simultaneous operations in 103 patients, treated for postoperative abdominal hernia and obesity, was summarized. The necessity of the simultaneous operation conduction in such patients is based on the determined fact of impact of associated diseases on pathogenetic mechanisms of the hernia development and possibility of postoperative complications occurrence. The simultaneous operations application in patients, suffering postoperative abdominal hernia, are not associated with increase of postoperative complications occurrence or duration of treatment, they constitute a progressive trend in surgery, securing also the hernia recurrence prophylaxis.

Key words: postoperative abdominal hernia; obesity; diagnosis; treatment; prophylaxis.

Лечение ПГЖ является актуальной проблемой абдоминальной, реконструктивной и косметической хирургии. Это обусловлено увеличением частоты выполнения и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости, в том числе за счет симультаных операций, их осуществления у пациентов пожилого и старческого возраста, что способствует закономерному увеличению частоты возникновения ПГЖ [1]. Несмотря на усилия хирургов, направленные на улучшение результатов оперативных вмешательств, не менее чем у 10% больных после лапаротомии образуется грыжа, более чем у 5% – в сроки до 5 лет после лапаротомии и люмботомии возникает грыжа рубца. В структуре заболеваемости ПГЖ занимает второе место после паховых грыж, ее частота составляет 20 – 22% от общего числа грыж. Особенно часто ПГЖ возникают после неотложных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и гинекологических операций [2].

Наиболее часто грыжеобразование отмечают у пациентов с избыточной массой тела. При наличии ПГЖ ожирение наблюдают у 70 – 90% больных. Продолжительное грыженосительство способствует увеличению размеров грыжи, ограничивает трудоспособность пациентов, обуславливает увеличение степени ожирения, усугубление нарушений морффункциональных свойств передней брюшной стенки [3]. Выполнение хирургического вмешательства у больных с ожирением всегда сопровождается риском, обусловленным повышенными требованиями к деятельности сердечно–сосудистой и дыхательной систем, а также возможными осложнениями, присоединением раневой инфекции [4]. Лечение ПГЖ у таких больных имеет свои сложности, которые, наряду с изложенными, сопровождаются диагностическими и техническими трудностями. Значительная толщина подкожной основы не позволяет правильно определить размеры грыжевых дефектов, их количество в стенке живота, что требует применения современной медицинской техники для оптимизации выбора метода оперативного вмешательства [5].

Значительное количество существующих методов хирургической коррекции ПГЖ не решило проблемы их лечения. Позиция хирурга определяется, с одной стороны, субъективизмом, с другой, работой по шаблону, зафиксированному во многих руководствах, "стандартах". Вследствие этого частота рецидивов ПГЖ составляет 33 – 35%. Некоторые авторы считают одной из причин возникновения рецидива грыжи большую массу тела больного [6].

Ведущим фактором, обуславливающим адекватную реабилитацию после оперативного лечения, является полноценное функционирование иммунной системы. Комплексное воздействие повреждающих факторов (операционная травма, общая анестезия, кровопотеря, интенсивная антибактериальная терапия) оказывает неблагоприятное влияние на иммунную систему. Иммунные сдвиги могут сохраняться в течение длительного времени после операции, способствовать формированию вторичного иммунодефицитного состояния, что проявляется острыми и хроническими инфекционно-воспалительными процессами [7, 8].

В последние годы в связи с внедрением новых синтетических сетчатых полимерных материалов, значительно превосходящих по своим свойствам ранее существовавшие, коренным образом изменились принципы и методы лечения больных с ПГЖ различной локализации [9]. Однако нет единого мнения по поводу оперативной коррекции множественных грыжевых дефектов, локализованных в области рубца, после лапаротомии, необходимости удаления подкожного жирового "фартука" у больных с ожирением, использования корректирующих массу тела операций и других симультанных вмешательств.

Таким образом, очевидна актуальность дальнейшего изучения этой проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 103 больных с ПГЖ и ожирением в клинической больнице им.

Сопутствующие заболевания у пациентов с ПГЖ и ожирением

Сопутствующие заболевания	Число наблюдений	
	абс.	%
Гипертоническая болезнь, кардиосклероз, атеросклероз, сахарный диабет	78	75,7
Фибромиома матки	10	40,0
Хронический калькулезный холецистит	6	24,0
Хронический аппендицит	2	8,0
Киста яичника	5	20,0
Язвенная болезнь	2	8,0
Всего ...	103	100,0

Н. А. Семашко и ОКБ станции Симферополь в период с 2002 по 2009 г. Мужчин было 28 (27,2%), женщин – 75 (72,8%). Возраст больных от 28 до 78 лет. В плановом порядке оперированы 98 (95,1%), в неотложном – 5 (4,9%) больных. Ожирение I степени отмечено у 54 (52,4%) больных, II степени – у 31 (30,1%), III степени – у 12 (11,7%), IV степени – у 6 (5,8%).

В соответствии с классификацией J. P. Chervel и A. M. Rath, грыжа срединной локализации (MR) выявлена у 89 (86,4%) пациентов, боковой (LR) – у 14 (13,6%). Ширина грыжевых ворот составляла: W2 (5 – 10 см) – у 15 (14,6%), W3 (10 – 15 см) – у 78 (75,7%), W4 (более 15 см) – у 10 (9,7%) больных. Первичная рецидивная (R1) грыжа диагностирована у 62 (60,2%) пациентов, R2 – у 38 (36,9%), R3 – у 3 (2,9%). Всем больным проведено общеклиническое обследование. При выявлении сопутствующих заболеваний привлекали консультантов смежных специальностей. Сопутствующие и обусловленные ожирением заболевания представлены в таблице.

Во время обследования у 10 (9,7%) пациентов изучен иммунный статус путем определения макрофагально-фагоцитарной активности и содержания иммуноглобулинов основных классов (IgA, IgM, IgG) до и после операции в системном кровотоке и в отделяемом из дренажа. В качестве контрольной сформирована группа из 10 соматически здоровых доноров, которых обследовали, по крайней мере, в течение 1 мес, свободного от инфекций, проявлений аллергии, проведения прививок и применения иммуномодуляторов.

По полу и возрасту группы здоровых доноров и пациентов с ПГЖ и ожирением были сопоставимы. Содержание иммуноглобулинов в сыворотке определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаре (по Манчини), функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов (НГ) оценивали на основании показателей теста с нитросиним тетразолием (НСТ-теста), спонтанного и стимулированного пирогеналом. Для оценки параметров иммунного статуса кровь забирали из локтевой вены в 8 ч натощак. Раневой экссудат забирали стерильно в условиях перевязочной путем активного дренирования операционной раны в утренние часы в 1–е, на 3, 5, 7, 9–е и 11–е сутки после вмешательства.

В целях изучения характера поражения апоневроза в месте послеоперационного рубца и размеров грыжевых дефектов у 78 (75,7%) больных с ПГЖ и ожирением применили ультразвуковую диагностику, поскольку определение малых грыжевых дефектов у больных с ожирением путем обычной пальпации брюшной стенки в области послеоперационного рубца сложно и не всегда информативно. Анализ полученных данных позволял спланировать объем операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке результатов иммунологического исследования у пациентов с ПГЖ отмечено более высокое содержание сегментоядерных НГ, IgA, IgM, IgG, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и функциональной активности НГ в спонтанном НСТ–тесте. В то же время выявляли низкие значения коэффициента стимуляции НГ в НСТ–тесте. При этом только у пациентов с ожирением I и II степени концентрация в сыворотке IgA выходила за пределы условно допустимых значений (0,7 – 3,0 г/л). У больных с ПГЖ и ожирением отмечено увеличение содержания ЦИК в сыворотке крови, что косвенно свидетельствовало об их недостаточно эффективной элиминации клетками макрофагально–моноцитарной системы. О недостаточной функциональной активности НГ свидетельствует достоверно низкое по сравнению с таковым в контрольной группе соотношение показателей НСТ–теста, стимулированного и спонтанного, наиболее выраженное у пациентов с ожирением III степени. Вместе с тем, наблюдали более высокие показатели спонтанного и стимулированного НСТ–теста, что характерно для наличия персистирующей инфекции в организме и вторичной иммунной недостаточности.

В раннем послеоперационном периоде у больных с ПГЖ отмечено повышение функциональной активности НГ периферической крови в спонтанном НСТ–тесте, причем, максимальные показатели регистрировали на 3–5–е сутки после операции. Минимальные значения в эти сроки отмечены у больных с ожирением II степени. В последующем выявлено существенное снижение изученного параметра, что можно рассматривать как адекватную реакцию НГ на хирургическое вмешательство. На 15–е сутки после операции регистрировали наиболее значительное уменьшение показателей спонтанного НСТ–теста. Коэффициент стимуляции НГ у больных с ожирением II и III степени в течение 3 – 5 сут после герниопластики снижался по сравнению с исходным и оставался на низком уровне по сравнению с таковым в контрольной группе, как и до операции. У всех пациентов в 1 – 3–и сутки после операции наблюдали снижение уровня IgA, IgG, IgM по сравнению с исходным. Содержание IgG у больных с ожирением III степени было снижено в течение 5 сут после операции. В последующие сроки после герниопластики наблюдали увеличение концентрации всех изотипов иммуноглобулинов.

При оценке динамики состава раневого экссудата установлено, что концентрация IgA в первые 11 сут после герниопластики у пациентов с ПГЖ и ожирением была увеличена. Более высокий уровень IgA у оперированных больных с избыточной массой тела может быть обусловлен функциональной недостаточностью фагоцитирующих клеток. Сохраняющаяся тен-

денция свидетельствует о большей продолжительности воспалительного процесса у пациентов с ПГЖ и ожирением. После герниопластики отмечена также тенденция к повышению уровня IgM и IgG, что может быть обусловлено увеличением проницаемости стенок сосудов на фоне интенсивной воспалительной реакции в области операционной раны. Сравнительно низкое содержание IgG в раневом экссудате в 1–е сутки после операции выявлено у больных с ожирением III степени, второй пик низкой концентрации этого изотипа иммуноглобулинов наблюдался на 5–е сутки после операции. В более поздние сроки наблюдения уровень IgG в экссудате значительно повышался. IgM и IgG обладают высокой способностью к активации системы комплемента, что обуславливает формирование и поддержание локального воспаления. Отмеченная тенденция к дальнейшему повышению уровня IgM может быть расценена как неблагоприятная, поскольку отражает недостаточность иммунного ответа и склонность к более длительному течению воспалительного процесса, следовательно, к увеличению продолжительности заживления операционной раны.

Динамика функциональной активности НГ раневого экссудата у больных с ПГЖ и ожирением I степени расценена как закономерная реакция фагоцитов на хирургическое вмешательство, отмечено повышение функциональной активности в первые 5 сут после герниопластики. У пациентов с ожирением II и III степени выявлено угнетение активности НГ по показателям НСТ–теста, не имеющее тенденции к повышению.

В ходе оперативного лечения учитывали выраженную ожирение, особенности клинического течения обнаруженных симультанных заболеваний. У женщин при наличии ПГЖ и ожирения наиболее часто выявляли сопутствующие заболевания матки и придатков. Для предупреждения возможных осложнений раннего послеоперационного периода симультанные вмешательства на женских половых органах выполнены у 15 (14,6%) пациенток, аппендэктомия – у 2 (1,9%), холецистэктомия – у 6 (5,8%). Симультанные операции по поводу сочетания грыж различной локализации выполнены у 18 (17,5%) больных: пупочной грыжи – у 14 (13,6%), паховой – у 3 (2,9%), околопупочной – у 1 (1,0%). У 78 (75,7%) пациентов с ПГЖ и "отвислым животом" осуществлена поперечная абдоминопластика с дерматолипэктомией. При этом операционную рану дренировали перфорированными силиконовыми трубками, проводили активную аспирацию по Редону в течение 5 – 7 сут. По завершении операции на операционном столе всем больным надевали бандаж, что обеспечивало стабильный компрессионный эффект на переднюю брюшную стенку и способствовало полной эвакуации отделяемого по дренажным системам из надапо-

невротического пространства и из области операционной раны. У 37 (35,9%) больных выполнена пластика по Сапежко, у 8 (7,8%) – по Мейо, у 2 (1,9%) – косая пластика с формированием дубликатуры. Герниопластика с применением сетчатых полимерных материалов выполнена у 32 (31,1%) больных по методике "on lay", у 24 (23,3%) – "sub lay".

После операции большое внимание уделяли аспирации серозно–геморрагического отделяемого в течение 2 – 3 сут. Поскольку при сочетании ПГЖ и ожирения увеличивается риск возникновения тромбоэмбологических осложнений, в целях их профилактики назначали фраксипарин по 0,3 мл подкожно за 2 ч до операции и в течение 5 – 6 сут после нее. Для нормализации функциональной активности кишечника применяли раннюю активизацию больных.

В целях уменьшения частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений на всех этапах лечения пациентов в стационаре использовали следующую схему профилактики.

До операции при установлении диагноза, выявлении сопутствующих заболеваний, установлении степени операционного риска, объема предоперационной подготовки, способа и объема вмешательства тщательно анализировали данные анамнеза, результаты лабораторных методов исследования, проводили ультразвуковую диагностику, гастродуоденофиброскопию, рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, консультации смежных специалистов. Для повышения анестезиологической безопасности, профилактики послеоперационных осложнений и иммунодефицитного состояния проводили комплексную предоперационную подготовку и консервативную терапию сопутствующих заболеваний, назначали антибиотики и иммунотропные препараты. На интраоперационном этапе в целях уточнения объема вмешательства, коррекции сопутствующих заболеваний, профилактики спаечной непроходимости кишечника, рецидива грыжи, абдоминального компартмент синдрома и послеоперационных осложнений осуществляли висцеролиз, ревизию органов брюшной полости, симультанные операции, герниопластику при внутрибрюшном давлении ниже 14,7 мм рт. ст., тщательный гемостаз, удаление шовного материала из брюшной стенки, дренирование операционной раны.

На послеоперационном этапе в целях профилактики тромбоэмбологических осложнений, гнойных послеоперационных осложнений и иммунодефицитного состояния назначали низкомолекулярные гепарины, эластическое бинтование нижних конечностей, Н₂-блокаторы, антибиотики, иммунотропные препараты, ультразвуковой контроль заживления раны и пункцию раневых образований. В результате проведения указанных профилактических мероприятий

удалось значительно снизить частоту послеоперационных осложнений. Так, серома выявлена у 6 (5,8%), гематома – у 3 (2,9%), нагноение раны – у 3 (2,9%) больных. У 2 (1,9%) пациентов возникла острая сердечно–легочная недостаточность, у 3 (2,9%) – острый тромбофлебит вен нижних конечностей. Характер послеоперационных осложнений при одновременном выполнении герниопластики и симультанных вмешательств у больных с ожирением существенно не отличался от такового у больных, которым производили только герниопластику. Сроки лечения больных в стационаре составили в среднем: до операции – (4,4 ± 1,6) дня, после операции – (12,2 ± 2,3) дня. Все пациенты живы.

ВЫВОДЫ

1. Всестороннее обследование пациентов с ПГЖ и ожирением до операции, выявление и прогнозирование течения симультанных заболеваний, рациональный подбор методов герниопластики с учетом ультразвуковой характеристики грыжевого дефекта и применения аллопластических материалов позволяют выполнять симультанные вмешательства, что способствует профилактике послеоперационных осложнений и рецидива ПГЖ.

2. Комплексная подготовка больных с ПГЖ и ожирением должна включать выявление нарушений иммунной реактивности организма и своевременное проведение профилактических мероприятий.

3. Сопутствующее ожирение оказывает неблагоприятное влияние на выраженность иммунных нарушений у больных с ПГЖ.

4. Динамика показателей системного иммунитета в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ПГЖ и ожирением характеризуется временным (в течение 1 – 3 сут) снижением с последующим повышением уровня иммуноглобулинов и снижением функционального резерва НГ. Максимальную активность НГ раневого экссудата выявляют по данным НСТ–теста на 1 – 5–е сутки после герниопластики.

5. Обоснованием целесообразности выполнения симультанных операций у больных с ПГЖ и ожирением являются: участие симультанных заболеваний в патогенетических механизмах образования грыжи и возможном возникновении послеоперационных осложнений; отсутствие дополнительных или специфических послеоперационных осложнений при выполнении симультанных операций и дифференцированной герниопластики с применением современных сетчатых полимерных материалов.

6. Выполнение симультанных операций у больных с ПГЖ и ожирением является перспективным направлением в хирургии, обеспечивающим высокую медико–социальную и экономическую эффективность лечения таких больных.

ЛІТЕРАТУРА

1. Симультанные операции при лечении послеоперационных вентральных грыж // VII Рос. онкол. конгр. – М., 2004. – С. 29 – 31.
2. Саенко В. Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3 – 5.
3. Стороженко О. В. Хірургічна тактика при поєднанні післяопераційної грижі черевної стінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у пацієнтів з ожирінням / О. В. Стороженко // Там же. – 2002. – № 4. – С. 30 – 33.
4. Sedrak M. Simple fluid–column manometry to monitor for the development of abdominal compartment syndrome / M. Sedrak, K. Major, M. Wilson // Dowden Health Media. – 2002. – Vol. 58, N 5. – P. 227 – 229.
5. Жебровский В. В. Атлас операций на органах брюшной полости / В. В. Жебровский. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 464 с.
6. Славин Л. Е. Осложнения хирургии грыж живота / Л. Е. Славин, И. В. Федоров, Е. И. Сигал – М.: Профиль, 2005. – 176 с.
7. Watkins J. Trauma: Stress and immunity in anaesthesia and surgery / J. Watkins, M. Salo. – London, 1982. – 179 p.
8. Zellweger R. Effect of surgical trauma on splenocyte and peritoneal macrophage immune function / R. Zellweger, A. Ayala, X. L. Zhu // J. Trauma. – 2006. – Vol. 39. – P. 645 – 650.
9. Абдоминопластика как этап пластики рубцовых вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела / А. С. Никоненко, С. Н. Завгородний, Д. А. Децов [и др.] // Запорож. мед. журн. – 2006. – № 4 (37). – С. 12 – 15.



УДК 616.37–002.4–022.7–036.86–085:615.3

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКАСАНА В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

M. E. Ничитайлло

Національний інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалимова АМН України, г. Київ

DEKASAN APPLICATION IN TREATMENT OF INFECTED PANCREATIC NECROSIS AND ITS COMPLICATIONS

M. E. Nichitaylo

РЕФЕРАТ

Обобщен опыт использования отечественного антисептика декасана для местного применения у больных по поводу инфицированного панкреонекроза и его осложнений. Отмечено достоверное улучшение результатов лечения больных.

Ключевые слова: острый панкреатит; инфицированный панкреонекроз; местное лечение; декасан.

SUMMARY

The experience of the use of domestic antiseptic dekasan for topical use in patients over the infected pancreatic necrosis and its complications. There was significant improvement in the results of patients treatment.

Key words: acute pancreatitis, infected pancreatic necrosis, local treatment; dekasan.

Острый деструктивный панкреатит и его осложнения в последние десятилетия являются одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины [1]. Благодаря совершенствованию методов интенсивной терапии и применению эфферентных методов детоксикации удалось снизить летальность в I (токсическую) фазу деструктивного панкреатита, однако летальность во II фазе (инфекционных осложнений) остается высокой и достигает 25 – 30%.

В последние годы приоритетными методами являются консервативная терапия острого панкреатита и применение миниинвазивных вмешательств [2]. Однако вопрос выбора эффективного и безопасного антисептика для местной санации гнойных полостей не решен.

Полиморфизм микрофлоры, потеря чувствительности к антибиотикам, не всегда рационально применявшимся на предыдущих этапах лечения острого панкреатита, появление антибиотикорезистентных штаммов возбудителей обусловливают необходимость поиска новых видов антибактериальных препаратов и рациональных путей их применения [3].

В последние годы в литературе появились сообщения о возможности использования для местной санации при гнойно–воспалительных заболеваниях отечественного антисептика декасана [4, 5]. По данным экспериментальных исследований этот препарат обладает выраженным бактерицидным действием в отношении грамположительной, грамотрицательной и анаэробной микрофлоры. Декасан разрушает экзотоксины бактерий, а в концентрации 10 мг/мл существенно снижает адгезию сальмонелл и стафилококков.

Препарат выпускается в удобных для применения флаконах по 100, 200, 400 мл и содержит 0,02% раствора декаметоксина. Это высокоактивный и быстродействующий препарат, состоящий из синтетической декаметиленовой части молекулы и ментолового эфирного масла мяты перечной в изотоническом растворе натрия хлорида. Также отмечено его фунгицидное, вирусоцидное, спороцидное действие. По

данным экспериментальных и клинических исследований установлен противовоспалительный эффект декасана, механизм которого обусловлен угнетением продукции серотонина клетками и уменьшением экспиратории. Отмечено также десенсибилизирующее и спазмолитическое действие препарата. Преимуществом дексана является его способность повышать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. В присутствии суббактериостатических доз декасана активируется действие канамицина, эритромицина, гентамицина, пенициллина, тетрациклина и других антибактериальных средств. Отдельные сообщения посвящены использованию декасана в неотложной хирургии органов брюшной полости в целях местного лечения абсцесса и флегмоны брюшной полости и забрюшинного пространства, особенно гнойно-септических осложнений острого деструктивного панкреатита панкреогенной этиологии, однако в доступной литературе сообщений о местном применении декасана в лечении инфицированного панкреонекроза и острых гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита (острая инфицированная киста, острый абсцесс поджелудочной железы) нет.

Цель исследования — анализ эффективности местного применения декасана по поводу инфицированного панкреонекроза и его осложнений (забрюшинной флегмоны, острой инфицированной псевдокисты, острого абсцесса поджелудочной железы).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделе лапароскопической хирургии лечили 17 больных (основная группа) по поводу инфицированного панкреонекроза (6) и его осложнений: острой инфицированной кисты поджелудочной железы (4), острого абсцесса поджелудочной железы (4), забрюшинной флегмоны (3), у которых для санации гнойных очагов применяли 0,02% раствор декасана.

В контрольную группу включены 14 пациентов, у которых для санации гнойных очагов использовали растворы хлоргексидина и бетадина.

Больным обеих групп проведена интенсивная системная антибактериальная терапия с учетом чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам.

Проведено бактериологическое исследование содержимого полостных и диффузных образований органов брюшной полости.

Грамотрицательная микрофлора выявлена в 65% наблюдений, грамположительная — в 31%, микрофлора отсутствовала в 4%. Ассоциации микроорганизмов отмечены в 80% наблюдений. У больных при наличии ограниченных полостных образований после некреквестрэктомии, опорожнения и дрениро-

вания кист и абсцессов поджелудочной железы 0,02% раствор декасана вводили в объеме от 25 до 100 мл (в зависимости от объема полости), 4 — 5 раз в сутки, экспозиция 10 — 15 мин.

При диффузном поражении зоны поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства санацию дренированных зон осуществляли путем постоянного орошения растворами антибиотиков через двухпросветный дренаж. При отхождении "чистых" промывных вод в дренажи вводили 50 — 100 мл 0,02% раствора декасана, в течение 1 ч дренажи пережимали. Процедуру проводили в течение 8 — 19 сут, в среднем 12,5 сут 2 — 3 раза в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе полная санация гнойных очагов достигнута к 19—м суткам у 13 больных, о чем свидетельствовали результаты клинических, гематологических и бактериологических исследований. У 4 больных причиной инфекции были секвестры поджелудочной железы, а также неадекватное дренирование. У них выполнены повторные оперативные вмешательства (некреквестрэктомия, адекватное дренирование остаточной полости).

В контрольной группе повторные оперативные вмешательства (вынужденные или плановые) выполнены у 11 больных. У 2 больных микрофлора не выявлена, два больных умерли.

Продолжительность лечения в стационаре больных основной группы составила в среднем ($31,5 \pm 0,5$) дня, контрольной — ($48,2 \pm 0,75$) дня.

Таким образом, 0,02% раствор декасана может быть использован для местной санации в комплексе лечения гнойных панкреатических затеков, локальных инфицированных постнекротических кист и абсцессов поджелудочной железы.

Адекватная санация и дренирование очагов при деструктивном панкреатите в сочетании с местным применением декасана способствовали значительному улучшению результатов лечения больных этой категории.

ЛІТЕРАТУРА

- Хірургія поджелудочкої жалези [А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайлло, А. П. Радзиховський]. — Сімферополь: Таврида, 1997. — 560 с.
- Бобров О. Е. Эволюция лечебной тактики при остром панкреатите / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, И. Н. Игнатов // Апр. кін. и эксперим. медицини. — 2007. — Т. 16, № 1. — С. 15 — 19.
- Саенко В. Ф. Антибактериальная терапия больных с инфицированным некротическим панкреатитом / В. Ф. Саенко, С. П. Ломоносов, В. И. Зубков / Клін. хірургія. — 2002. — № 8. — С. 5 — 8.
- Использование антисептика декасана в практике неотложной хирургии / Е. П. Коновалов, В. Н. Терлецкий, Н. И. Пляцок [и др.] // Там же. — 2004. — № 9. — С. 18 — 20.
- Макаров В. В. Применение антибиотика "Декасана" в лечении острых абсцессов // Тези доп. наук.-практ. конф. — Сімеїз, 2005. — С. 149 — 153.

УДК 615.3:617–053.2/5–085

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "ТАХОКОМБ" В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Д. Ю. Кривченя, А. Г. Дубровин, Т. И. Даньшин, В. П. Притула, В. С. Поворознюк,
М. И. Сильченко, А. А. Гришин, И. С. Максакова, В. В. Пархоменко**

Національний медичинський університет імені А. А. Богомольця МЗ України, г. Київ
Національна дитяча специалізована лікарня "Охматдем", г. Київ

APPLICATION OF "TACHOCOMB" PREPARATION IN PEDIATRIC SURGERY

**D. Yu. Krivchenya, A. G. Dubrovin, T. I. Dabnsbin, V. P. Pritula, V. S. Povoroznyuk,
M. I. Silchenko, A. A. Grishin, I. S. Maksakova, V. V. Parkhomenko**

РЕФЕРАТ

Изучена эффективность применения препарата "Тахокомб" у 224 детей в возрасте от 1 сут до 18 лет. Спектр изучения препарата включал исследование его свойств, обеспечивающих дополнительную герметизацию зон повреждения кишечника и стенки сосудов, а также гемостатический эффект в зоне кровотечения. Полученные данные свидетельствуют о безопасности и эффективности применения пластины "Тахокомб" в хирургии детского возраста и позволяют рекомендовать его для улучшения результатов хирургического лечения.

Ключевые слова: хирургия; лечение; Тахокомб; дети.

SUMMARY

The efficacy of preparation "Tachocomb" application in 224 children, ageing from 1 day to 18 years old, was studied up. The spectrum of the preparation studying had included the investigation of its properties, which secure an additional isolation for the intestinal and vascular walls defects, and hemostatic effect in the hemorrhage area as well. The data obtained trust the safety and efficacy of "Tachocomb" platelets application in pediatric surgery and permit to recommend them for improvement of the surgical treatment results.

Key words: surgery; treatment; Tachocomb; children.

Э

ффективность использования препарата "Тахокомб" подтверждена многими исследователями [1 – 3]. Однако данные об использовании этого препарата в хирургии детского возраста практически отсутствуют. В то же время, хирургия в детском возрасте имеет свои особенности, в частности, различную степень зрелости тканей в зависимости от возраста, реакции генерализованного ответа на воспалительную реакцию организма и др. Поэтому приобретенный опыт практического применения препарата "Тахокомб" в различных областях детской хирургии представляет значительный интерес.

Цель работы: оценить эффективность препарата "Тахокомб" в различных областях детской хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2006 – 2009 гг. в клинике препарат "Тахокомб" применен у 224 детей в возрасте от 1 сут до 18 лет. При этом спектр изучения препарата включал исследование его свойств, способствующих обеспечению дополнительной герметизации зон повреждения кишечника и стенки сосудов, а также гемостатических свойств в зоне кровотечения (см. таблицу).

При использовании препарата действовали строго по инструкции к медицинскому применению, учитывая особенности детского возраста. При этом пластины "Тахокомб" моделировали в соответствии с размерами зоны применения и особенностями ее конфигурации.

Новорожденных оперировали по поводу пороков развития и заболеваний органов грудной и брюшной полостей. При хирургическом лечении атрезии пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом (ТПС) протокольно выполняли операцию пересечения нижнего ТПС с зашиванием перепончатой стенки трахеи и наложением анастомоза пищевода конец в конец с использованием однорядного шва. При наружении анастомозируемых концов пищевода высок риск возникновения несостоятельности швов анасто-

Спектр применения препарата «Тахокомб» в различных областях детской хирургии

Область применения	Цель применения	Число больных
Хирургия пороков развития и заболеваний у новорожденных		
Атрезия пищевода	Герметизация зоны анастомоза	18
Врожденный ТПС	Герметизация в зоне зашивания пищевода и трахеи	3
Перфорация полых органов при НЭК	Герметизация защитных перфоративных отверстий, зоны анастомоза и участков десерозации	38
Атрезия кишки	Герметизация зоны кишечного анастомоза	10
Повреждение паренхиматозных органов	Гемостаз в зоне раневых поверхностей	25
Хирургия пороков развития и заболеваний органов грудной полости		
Приобретенный ТПС	Герметизация в зоне зашивания пищевода и трахеи Герметизация поврежденной паренхимы легкого	5
Сегментарная резекция трахеи	Герметизация в зоне анастомоза	1
Загрудинная пластика пищевода сегментом толстой кишки	Герметизация в зоне пищеводно-кишечного союства	3
Хирургия пороков развития и заболеваний паренхиматозных органов		
Удаление кист печени и селезенки	Герметизация зоны операции	35
Системные сосудистые анастомозы при портальной гипертензии	Герметизация зоны сосудистого шва Герметизация и гемостаз зоны поврежденной поджелудочной железы	12 4
	Гемостаз и герметизация раневой поверхности печени	6
Травматический разрыв печени и селезенки	Герметизация и гемостаз зоны повреждения печени и селезенки	5
Повреждение печени и селезенки при разделении спаек	Герметизация и гемостаз зоны повреждения печени и селезенки	11
Биопсия печени открытым способом и при лапароскопии	Герметизация и гемостаз зоны биопсии печени	5
Хирургия пороков развития и заболеваний кишечника		
Наложение кишечных анастомозов после резекции отрезков тонкой и толстой кишки	Герметизация зоны анастомоза	14
Десерозация участков кишечника при разделении спаек	Герметизация зоны десерозации	17
Кровотечение из зоны разделения спаек	Герметизация и гемостаз зоны повреждения	12

моза. В целях герметизации зоны анастомоза и зоны зашивания культи свища у 18 детей применили пластины "Тахокомб".

При хирургическом лечении врожденного ТПС у 3 детей в целях герметизации зон зашивания пищевода и трахеи накладывали пластины "Тахокомб".

Значительный опыт применения препарата "Тахокомб" приобретен при хирургическом лечении некротического энтероколита (НЭК) у 58 детей. Особенностью лечения заболевания является необходимость выполнения хирургического вмешательства в условиях перитонита. При этом, в зависимости от особенностей патологических изменений, осуществляли зашивание перфоративных язв, резекцию измененных участков кишечника с последующим анастомозированием или выведением кишечной стомы. Во время лечения при необходимости выполняли пла-

новую релапаротомию с повторной санацией брюшной полости. В целях герметизации зоны кишечных анастомозов после резекции кишки у 16 детей анастомоз прикрывали пластиной "Тахокомб". У 26 больных пластиной прикрывали зоны защищенной перфорации и предперфорации. Во время оперативных вмешательств у 31 больных возникла необходимость прикрытия зоны обширной десерозации пластинами "Тахокомб" во избежание деформации кишки. У 15 больных проводили плановую релапаротомию, что позволяло оценить состояние кишечника в зоне наложения пластин "Тахокомб". У 6 больных состояние пластин оценено по данным патологоанатомического исследования.

У 10 больных пластины "Тахокомб" наложены на зону тонкокишечного анастомоза при восстановлении проходимости кишечника. Во всех наблюдениях

анастомоз накладывали с использованием однорядного шва.

Отдельную группу составили новорожденные, у которых во время оперативного вмешательства были повреждены паренхиматозные органы или образовалась широкая кровоточащая поверхность после разделения спаек брюшной полости. При выполнении операции в стандартных условиях такие повреждения составляют большую проблему, поскольку осуществление гемостаза с применением диатермоагуляции и механических швов не всегда эффективно. При этом кровопотеря у новорожденного очень быстро может стать критической. Применение пластины "Тахокомб" в зоне повреждения у 35 детей позволило быстро остановить кровотечение без существенной кровопотери.

При патологии органов грудной полости пластины "Тахокомб" применили у 5 детей с рецидивом ТПС после коррекции атрезии пищевода. При этом во время оперативного разделения ТПС пластины накладывали на зону защитных отверстий со стороны пищевода и трахеи. Особенностью данной патологии является наличие значительного спаечного процесса в грудной полости. При выделении ТПС и разделении сращений в большинстве ситуаций нарушается целостность легкого. Зашивание поврежденной поверхности трудоемко, не всегда эффективно и часто обуславливает деформацию легкого. Использование пластины "Тахокомб" во всех наблюдениях позволяло быстро герметизировать поврежденную поверхность без деформации легкого.

При осуществлении загрудинной пластики пищевода сегментом толстой кишки у 3 детей пластины "Тахокомб" применяли в целях герметизации пищеводно-кишечного анастомоза и анастомоза толстой кишки с наложением однорядного шва. У одного больного произведена герметизация шва анастомоза после сегментарной резекции трахеи.

Отмечена высокая эффективность применения пластин "Тахокомб" во время выполнения хирургических вмешательств на паренхиматозных органах. У 25 больных при хирургическом удалении кист печени и у 10 – кист селезенки пластины "Тахокомб" использовали в целях герметизации в зоне операции.

Особенностью хирургического лечения портальной гипертензии с наложением системных сосудистых анастомозов является повреждение ткани поджелудочной железы во время выделения селезеночной вены, лимфатических путей – при выделении сосудов в забрюшинном пространстве, высока вероятность возникновения кровотечения из зоны сосудистого анастомоза. Поскольку оперативное вмешательство часто приходится выполнять у ранее оперированных детей, высока вероятность повреждения ткани печени, сращенной с передней брюшной стенкой

и предлежащими органами. В целях определения состояния ткани печени при выполнении операции возникает необходимость ее биопсии с последующей герметизацией зоны биопсии. При оперативном лечении портальной гипертензии пластины "Тахокомб" применили у 12 детей в целях герметизации зоны сосудистого шва, у 4 – герметизации и гемостаза зоны поврежденной поджелудочной железы, у 6 – гемостаза и герметизации в зоне раневой поверхности печени.

В целях герметизации и гемостаза зоны повреждения печени и селезенки после травматического разрыва пластины "Тахокомб" применяли у 5 детей, после повреждения печени и селезенки при разделении спаек – у 11, при биопсии печени открытым способом с помощью лапароскопии – у 5.

В группе детей, оперированных по поводу пороков развития кишечника, пластины "Тахокомб" применяли для герметизации зоны швов во время наложения кишечных анастомозов после резекции отрезков тонкой и толстой кишки. У 15 больных возникла необходимость герметизации зоны десерозации участков кишечника после разделения спаек, у 12 – пластины "Тахокомб" применяли в целях гемостаза при кровотечении из зоны разделения сращений при спаечном процессе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Целью исследования была оценка результатов применения препарата "Тахокомб" в различных областях детской хирургии. Нами "Тахокомб" использован у детей в возрасте от периода новорожденности до 18 лет. Большинство из них были в возрасте от 1 до 3 мес.

Чаще всего применение пластин "Тахокомб" у этих пациентов было обусловлено необходимостью герметизации однорядных швов в условиях перитонита и при коррекции сложных пороков развития. У детей других возрастных групп "Тахокомб" применяли в целях герметизации зоны швов анастомозов, прикрытия поврежденных тканей, гемостаза поврежденной поверхности органов и тканей. При этом метод наложения пластин "Тахокомб" не отличался от такового у взрослых пациентов, за исключением необходимости моделирования пластины, исходя из анатомических особенностей детей. Независимо от возраста пациентов и условий применения препарата в зависимости от характера патологии, у всех детей при использовании пластин "Тахокомб" удалось достичь желаемого результата. При герметизации зоны анастомоза или поверхности десерозации не наблюдали несостоятельность швов или перфорацию. При герметизации в зоне повреждения органов и тканей гемостаз удавалось обеспечить в течение 2 – 3 мин, без дополнительных манипуляций.

Оценивали состояние пластины "Тахокомб" в различные сроки после ее наложения. У 6 детей участки кишечника с наложенными пластиинами в зоне анастомозов и прикрытой десерозации осмотрены во время осуществления плановой релапаростомии по поводу разлитого перитонита при НЭК через 3 – 5 сут после первой операции. У 3 детей релапаротомию проводили еще дважды – через 7 и 15 сут. Смещение пластины не отмечено. Ткани в зоне расположения пластиин не инфильтрированы, спаечный процесс с окружающими тканями не наблюдали. У 2 новорожденных, оперированных по поводу спаечной непропускимости кишечника через 5 и 8 нед после первой операции – коррекции врожденной непропускимости кишечника, в зоне наложения пластиин спаечный процесс не отмечен, ткани кишечника эластичны. В 2 наблюдениях зону расположения пластиин осматривали через 1 и 1,5 года при портальной гипертензии. Пластины были предварительно наложены в зоне биопсии печени и повреждения поджелудочной железы. Какие-либо отличия от окружающих тканей не выявлены.

В одном наблюдении состояние тканей после наложения пластиин "Тахокомб" оценено по данным патологоанатомического исследования. Ребенок умер на фоне генерализованной цитомегаловирусной инфекции через 1,5 мес после оперативного лечения врожденного ТПС. После зашивания отверстий со стороны пищевода и трахеи с применением однорядных швов их зона была прикрыта пластиинами "Тахокомб". При макроскопическом исследовании зона операции герметична. На месте пластиин отмечена соединительная ткань. По данным гистологического исследования в области ТПС отмечена вакуольная дистрофия эпителия пищевода с очагами десквамации. В субэпителиальной зоне отек с очагами ангиоматоза и лимфогистиоцитарной инфильтрацией. Местами формируется грануляционная ткань с многоядерными гигантскими клетками. Эти инфильтраты расположены вблизи аморфного эозинофильного субстрата, граничащего со стенкой трахеи. В стенке

трахеи выявлены такие же изменения, как и в стенке пищевода. Слизистая оболочка трахеи с очагами десквамации. Отмечена дистрофия эпителия желез подслизистой основы. Таким образом, в зоне расположения пластины "Тахокомб" отмечена тенденция к формированию соединительной ткани.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании анализа опыта применения пластины "Тахокомб" в различных областях хирургии детского возраста отмечены безопасность и эффективность препарата во время выполнения оперативных вмешательств. При применении препарата в целях герметизации зоны анастомоза или десерозации тканей нарушение герметизации не отмечено. Ткани в зоне расположения пластиин сохраняли эластичность. Сращение с окружающими тканями не отмечено. Это подтверждено при осмотре во время плановой релапаротомии и по данным патологоанатомического исследования. Особо отмечено сохранение свойств препарата даже в условиях перитонита. Высока эффективность использования пластины "Тахокомб" в целях гемостаза в зоне повреждения паренхиматозных органов и при разделении спаек. При этом отмечены значительное уменьшение продолжительности оперативного вмешательства, надежность гемостаза. Полученные данные свидетельствуют о безопасности и эффективности применения пластины "Тахокомб" в хирургии детского возраста и позволяют рекомендовать ее для улучшения результатов хирургического лечения.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сравнительная оценка местных гемостатических средств в гепатобилиарной хирургии / В. А. Горский, А. П. Фаллер, А. В. Воленко, И. В. Леоненко // Хірургія України. – 2006. – № 2. – С. 54 – 61.
2. Каллиновски Ф. Управление качеством при хирургическом вмешательстве – проспективное исследование результатов применения фибрин–коллагеновой пластины для тканей / Ф. Каллиновски, Т. Прайль, В. Ульбрих // Там же. – №3. – С. 127 – 134.
3. Mankad P. S. The role of fibrin sealants in hemostasis / P. S. Mankad, M. Codisporti // Am. J. Surg. – 2001. – Vol. 182, suppl. 2. – P. 21 – 28.



УДК 616.33–006.6–005.1

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ШЛУНКА

P. V. Ivanchov

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

PECULIARITIES OF HEMORRHAGE IN GASTRIC MALIGNANCIES

P. V. Ivanchov

РЕФЕРАТ

Проаналізований ступінь тяжкості шлунково-кишкової кровотечі у 1125 хворих з золякісними пухлинами шлунка. Тяжкість крововтрати визначали за гемодинамічними та гематологічними показниками, беручи до уваги клінічні прояви кровотечі. За результатами проведеного аналізу встановлено залежність тяжкості кровотечі від локалізації, поширення, морфологічних особливостей та гістологічного типу золякісної пухлини шлунка.

Ключові слова: золякісна пухлина шлунка; шлунково-кишкова кровотеча.

SUMMARY

The severity of gastro-intestinal hemorrhage was analyzed in 1125 patients, suffering gastric malignancies. The severity of blood loss was determined, using hemodynamical and hematological indices, taking into account clinical signs of hemorrhage. According to analysis of the results obtained, there was established the dependence of the hemorrhage severity from such gastric malignancy features, as its localization, extent, morphological peculiarities and histological type.

Key words: gastric malignancy; gastro-intestinal hemorrhage.

Y

міру накопичення досвіду й оцінки результатів лікування хворих з шлунково-кишковою кровотечею за умови концентрації таких хворих у спеціалізованому центрі відзначено тенденцію до збільшення кількості хворих з золякісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею, і сьогодні частота кровотечі з пухлин верхніх відділів травного каналу не має тенденції до зменшення [1, 2]. Кровотеча з золякісних пухлин шлунка становить 10 – 11% в структурі причин шлунково-кишкової кровотечі, стійко посідаючи друге місце після кровотечі ерозивно-виразкового генезу [1, 3 – 6].

У 50 – 75% хворих золякісні пухlinи шлунка, за даними клінічних та ендоскопічних досліджень, верифікують при виникненні ускладнення пухлинного процесу гострою кровотечею, що, в свою чергу, є причиною нездовільних результатів хірургічного лікування хворих внаслідок виражених морфологічних змін та високої частоти неоперабельних золякісних пухлин [7 – 9].

Зважаючи на актуальність проблеми шлункової кровотечі пухлинного походження, ми вважали за необхідне вивчити особливості кровотечі при золякісних пухлинах шлунка.

Мета роботи: визначити фактори залежності тяжкості кровотечі при золякісних пухлинах шлунка.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано тяжкість шлунково-кишкової кровотечі у 1125 хворих з золякісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею, яких лікували у Київському міському центрі з надання допомоги хворим з шлунково-кишковою кровотечею, за період з 1991 по 2008 р.

Тяжкість крововтрати визначали за гемодинамічними та гематологічними показниками, беручи до уваги вираженість клінічних проявів (загальний вигляд шкіри, наявність ортостатичного колапсу, дані анамнезу про частоту мелени та блювання кров'ю). За класифікацією розробленою В. Д. Братусем (1988) і підтвердженою В. М. Сидоренком на основі паралельних досліджень об'єму циркулюючої крові (ОЦК), виділяли три ступеня тяжкості крововтрати (див. таб-

Критерії визначення тяжкості шлунково-кишкової кровотечі (В. Д. Братусь, 1988)

Показники	Величина показників при крововтраті		
	помірній	середньої тяжкості	тяжкій
Гемодинамічні	ЧСС менше 100 за 1 хв. АТ _{сист.} вище 100 мм рт. ст. ЦВТ більше 40 мм вод. ст.	ЧСС 100 – 120 за 1 хв. АТ _{сист.} 80 – 100 мм рт. ст. ЦВТ 30 – 40 мм вод. ст.	ЧСС більше 120 за 1 хв. АТ _{сист.} нижче 80 мм рт. ст. ЦВТ менше 30 мм вод. ст.
Лабораторні	Hb понад 100 г/л Ht більше 0,35 ШІ менше 0,8	Hb 80 – 100 г/л Ht 0,25 – 0,35 ШІ 0,8 – 1,2	Hb менше 80 г/л Ht менше 0,25 ШІ понад 1,2
Дані коагулограми	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час, фібринолітична активність крові в нормі	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час – знижені, фібринолітична активність крові підвищена	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час значно знижені, фібринолітична активність крові підвищена
Об'єм крововтрати	15 – 20% ОЦК (до 1000 мл)	25 – 35% ОЦК (до 1500 мл)	Понад 35% ОЦК (більше 2000 мл)

Примітка. ЧСС – частота скорочень серця; АТ_{сист.} – систолічний артеріальний тиск; ЦВТ – центральний венозний тиск; Hb – вміст гемоглобіну; Ht – гематокрит; ШІ – шоковий індекс.

лицю). Чоловіків було 794 (70,6%), жінок – 331 (29,4%), вік хворих від 19 до 94 років, найбільша кількість хворих були віком від 61 до 70 років – 347 (30,8%) та від 71 до 80 років – 277 (24,6%). Співвідношення чоловіків і жінок становило 2 : 1.

Для невідкладної діагностики застосовували ендоскопічні дослідження, які доповнювали рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 год з моменту госпіталізації діагноз, що включав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, встановлений у 590 (52,4%) хворих, від 1 до 2 год – у 301 (26,8%), від 2 до 4 год – у 108 (9,6%), від 4 до 12 год – у 82 (7,3%), від 12 до 24 год – у 34 (3,0%).

Ендоскопічне дослідження не проведено 10 (0,8%) хворим, доставленим у клініку в агональному стані, вони померли протягом кількох годин після госпіталізації, діагноз верифікований за даними патологоанатомічного дослідження.

Глибина інвазії пухлини Т1 відзначена в 11 (1,0%) пацієнтів, Т2 – у 326 (29,0%), Т3 – у 389 (34,6%), Т4 – у 399 (35,4%); інфільтративно–виразкова формаростуту пухлини виявлена у 585 (52,0%), блюдцеподібна – у 342 (30,4%), дифузно–інфільтративна – у 129 (11,5%), поліпоподібна – у 69 (6,1%).

Гістологічний варіант пухлин, ускладнених госпіталією кровотечею, встановлений у 981 (87,2%) хворого: високодиференційована аденокарцинома (G1) – у 146 (14,9%), помірнодиференційована (G2) – у 43 (4,4%), низькодиференційована (G3) – у 92 (9,4%), недиференційована (G4) – у 683 (69,6%), саркома – у 17 (1,7%). Матеріалом дослідження були біоптати пухлини (435 спостережень), операційний (524) та секційний (87) матеріал.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до прийнятої в клініці класифікації тяжкості шлунково–кишкової кровотечі (В. Д. Братусь, 1988), помірна крововтрата відзначена у 270 (24,0%), середня – у 460 (40,9%), тяжка – у 395 (35,1%) хворих, при цьому у 76,0% пацієнтів виявлено кровотечу середнього та тяжкого ступеня.

У 237 (21,1%) хворих до госпіталізації в клініку внаслідок гострої кровотечі виникла анемія. Наявність анемії ми брали до уваги під час визначення ступеня тяжкості крововтрати. Аналіз показав, що частіше анемія виникала у хворих за локалізації злоякісної пухлини в антральному відділі шлунка – у 159 (67,1%), при ураженні тіла шлунка – у 51 (21,5%), кардіальної частини – у 27 (11,4%).

Проаналізувавши залежність ступеня тяжкості крововтрати від локалізації злоякісної пухлини шлунка, ми встановили, що з 319 хворих, у яких пухлина локалізувалася в кардіальному відділі шлунка (С), помірна крововтрата відзначена у 124 (38,9%), середньої тяжкості – у 135 (42,3%), тяжка – у 60 (18,8%).

З 288 хворих з ураженням тіла шлунка (М) помірна крововтрата відзначена у 36 (12,5%), середньої тяжкості – у 116 (40,3%), тяжка – у 136 (47,2%).

Рак антрального відділу шлунка (А) діагностований у 372 хворих, при цьому помірна крововтрата відзначена у 74 (19,9%), середньої тяжкості – у 156 (41,9%), тяжка – у 142 (38,2%).

Отже, частота виникнення тяжкої крововтрати у 4,6 разу більша у хворих за локалізації злоякісної пухлини в тілі та антральному відділі шлунка, а крововтрату помірної тяжкості частіше спостерігають при злоякісному ураженні кардіального відділу шлунка.

Аналіз тяжкості крововтрати у хворих з поширеним злюкісним ураженням шлунка встановив, що за поєднаного ураженнями антрального відділу та тіла шлунка (АМ) тяжку крововтрату відзначено у 29 (51,8%) хворих з 56; за поєднаного ураження кардіального відділу та тіла шлунка (СМ) – у 18 (37,5%) з 48; за тотального ураження шлунка (СМА) – у 10 (23,8%) з 42, що в 1,8 разу менше у порівнянні з частотою помірної крововтрати, яка в цій групі хворих становила 42,9%.

Проведений детальний аналіз залежності ступеня тяжкості крововтрати від глибини інвазії пухлиною, морфологічного та гістологічного типу злюкісної пухлини шлунка.

Встановлено, що частота помірної крововтрати прогресивно зменшується у міру збільшення глибини інвазії пухлиною, за Т1 її виявляли у 8 (72,7%) хворих, Т2 – у 148 (45,4%), Т3 – у 67 (17,2%), Т4 – у 47 (11,8%). Тяжку крововтрату спостерігали у хворих з злюкісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею, за глибини інвазії Т1. За глибини інвазії Т2 тяжка крововтатра відзначена у 55 (16,9%), Т3 – у 151 (38,8%), Т4 – у 189 (47,4%) хворих. Загалом, з 788 хворих за глибини інвазії злюкісних пухлин шлунка Т3 – Т4 крововтрату середньої тяжкості та тяжку спостерігали у 674 (86,6%) пацієнтів, що становило 60% від усіх хворих з злюкісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею.

Проаналізувавши залежність тяжкості крововтрати від морфологічного типу злюкісної пухлини шлунка, ми встановили, що помірну крововтрату більш часто відзначали за поліпоподібною карциноми – у 41 (59,5%) хворого, дещо рідше – за дифузно-інфільтративного ураження шлунка – у 56 (43,4%), за наявності блюдцеподібної та інфільтративно-виразкової карциноми – відповідно у 82 (24,0%) і 91 (15,6%).

Найбільш часто крововтрату середньої тяжкості і тяжку спостерігали у хворих за інфільтративно-виразкового – у 494 (84,4%) та блюдцеподібного – у 260 (76,0%) типу злюкісного ураження шлунка, що загалом становить 67% усіх хворих з злюкісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею, при цьому частота тяжкої крововтрати у хворих за інфільтративно-виразкового та блюдцеподібного типу ураження шлунка у 3,5 разу більша, ніж за дифузно-інфільтративного та поліпоподібного типу карциноми.

Аналізуючи тяжкість крововтрати у 981 хворого за умови визначення гістологічного варіанту злюкісного ураження шлунка, встановлено, що помірну крововтрату відзначали переважно за кишкового типу adenокарциноми – у 112 (59,5%) хворих, зокрема, високодиференційованої – у 91 (62,3%), помірнодиференційованої – у 21 (48,8%). Крововтрату середньої

тяжкості спостерігали у 66 (34,9%) хворих: за високодиференційованої adenокарциноми – у 48 (32,9%), помірнодиференційованої – у 18 (41,9%); тяжку крововтрату – в 11 (5,8%): за високодиференційованої adenокарциноми – у 7 (4,8%), помірнодиференційованої – у 4 (9,3%).

За наявності adenokарциноми дифузного типу виявляли переважно тяжку крововтрату – у 321 (41,4%) хворого, зокрема, низькодиференційованої – у 36 (39,1%), недиференційованої – у 285 (41,8%); крововтрату середньої тяжкості – у 315 (40,6%), в тому числі за низькодиференційованої пухлини – у 34 (37,0%), недиференційованої – у 281 (41,1%); помірну крововтрату – у 139 (18,0%), за низькодиференційованої пухлини – у 22 (23,9%), недиференційованої – у 117 (17,1%).

За наявності саркоми шлунка помірного ступеня не відзначали, середньої тяжкості – виявили у 5 (29,4%), тяжку – у 12 (70,6%) хворих.

Отже, у хворих за наявності adenокарциноми дифузного типу частота тяжкої крововтрати 7,1 разу перевищує таку у хворих з adenокарциномою кишкового типу, частота помірної крововтрати за високо-та помірнодиференційованої adenокарциноми у 3,3 разу перевищує таку за низько-та недиференційованої adenокарциноми.

ВИСНОВКИ

- У 76% хворих з злюкісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою кровотечею, виявляють крововтрату середньої тяжкості та тяжку.

- При раковому та саркоматозному ураженні дистальних відділів шлунка анемію до появи ускладнень злюкісних пухлин шлунка гострою кровотечею відзначають у 2 рази частіше.

- Крововтрату середньої тяжкості та тяжку частіше спостерігають при ураженні пухлиною тіла і антрального відділу шлунка та поєднаному ураженні цих відділів. За тотального ураження шлунка у 3,2 разу частіше виявляли крововтрату помірну та середньої тяжкості, що свідчило про відсутність залежності тяжкості крововтрати від поширеності злюкісного пухлинного процесу.

- Тяжку крововтрату спостерігали переважно у хворих за наявності інфільтративно-виразкової та блюдцеподібної карциноми, глибини інвазії Т3 – Т4.

- У міру зниження диференціювання тканин та за наявності саркоматозного ураження шлунка достовірно збільшується частота виявлення тяжкої крововтрати.

ЛІТЕРАТУРА

- Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами пухлинного походження / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін, О. Б. Біляков-Бельський [та ін.] // Укр. журн. малонавазив. та ендоск. хірургії. – 2001. – № 1. – С. 48.

2. Острые желудочно–кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А. П. Михайлов, А. М. Данилов, А. Н. Напалков [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2006. – № 1. – С. 79 – 81.
3. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно–кишечных кровотечений / В. Д. Братусь. – К. : Здоров'я, 1991. – 270 с.
4. Вилянский М. П. Опухоли как причина острых желудочно–кишечных кровотечений / М. П. Вилянский, А. А. Чумаков, А. Н. Хорев // Вопр. онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742 – 745.
5. Петров В. П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта / В. П. Петров, И. А. Ерюхин, И. С. Шемякин. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
6. Kojima M. Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors: [article in Japanese] / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, N 9. – P. 2360 – 2364.
7. Зайцев В. Т. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка / В. Т. Зайцев, А. И. Дерман, И. А. Тарабан // Клін. хірургія. – 1991. – № 5. – С. 26 – 28.
8. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В. Г. Бондарь, Ю. А. Салиев, Ю. В. Остапенко, Г. В. Бондарь // Клін. хірургія. – 2006. – № 3. – С. 8 – 13.
9. Фільц Ю. О. Діагностика раку шлунка, ускладненого кровотечею / Ю. О. Фільц // Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунко–кишковими кровотечами. – Львів, 2000. – С. 95.



УДК 616.24–006.6–033.2–089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ ПУХЛИН ЛЕГЕНІ

*С. М. Притуляк, А. С. Ткач, О. В. Стрижалковський, П. І. Київський, О. О. Луцкер,
Я. В. Тацюк, О. О. Остасійчук*

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY METASTATIC TUMORS

*S. M. Prytulyak, A. S. Tkach, O. V. Strizbalkovskiy, P. I. Kyivskiy, O. O. Lutsker,
Ya. V. Tatsyuk, O. O. Ostafiychuk*

РЕФЕРАТ

Представленій досвід хірургічного лікування 26 хворих з солітарними метастазами в легені різних злойкісних пухлин. Атипова резекція легені виконана у 5, лобектомія – у 18, пульмонектомія – у 3 пацієнтів. Після операції всі пацієнти живі, ускладнення виникли у 5 (19,2%) хворих. Комплексне та комбіноване лікування проведено 13 (50%) хворим. Показник виживання протягом 2 років становив 52,9%, 3 років – 23,5%.

Ключові слова: солітарний метастаз в легені; хірургічне лікування.

SUMMARY

There is presented the experience of surgical treatment of 26 patients with solitary pulmonary metastases of various malignant tumors. Atypical pulmonary resection was done in 5 patients, lobectomy – in 18, pulmonectomy – in 3. After the operation all the patients had survived, complications occur in 5 (19.2%) of them. Complex and combined treatment was performed in 13 (50%) patients. Two-year survival rate had constituted 52.9% and three-year one – in 23.5%.

Key words: solitary pulmonary metastasis; surgical treatment.

Метастазування злойкісних пухлин є однією з складних проблем клінічної онкології [1]. Органи грудної порожнини, особливо легені, найбільш часто уражуються метастазами злойкісних новоутворень [2]. Внутрішньолегеневі метастази виявляють майже у 30% хворих з злойкісними новоутвореннями [3]. Особливо часто метастазують в легені рак товстої та прямої кишki, молочної та щитоподібної залоз, нирки, матки та яєчників [4]. Раніше появу віддалених гематогенних метастазів в легенях та інших органах вважали ознакою дисемінації пухлинного процесу і безнадійності лікування хворого. Таким пацієнтам нерідко призначали лише симптоматичну терапію. проте, сьогодні підходи до лікування таких хворих змінились [5]. У багатьох сучасних клінічних дослідженнях доведено, що своєчасне та грамотне використання існуючих методів лікування дає можливість подовжити та покращити якість життя хворих за метастатичного ураження легені [6]. За наявності солітарних метастазів перевагу віддають хірургічному лікуванню, поодиноких та численних метастазів – існують різні думки щодо вибору тактики лікування, хоча за останній час з'явилося багато прибічників оперативного втручання як елементу комплексного або комбінованого лікування [7]. Дані літератури свідчать, що радикальне видалення всіх виявлених внутрішньолегеневих метастазів забезпечує виживання протягом 5 років 10 – 62,5% хворих [8, 9]. В останні роки з'явилися повідомлення про використання відеоторакоскопічної техніки видалення метастазів у легені [7]. Погляди про ефективність використання цього методу коливаються від повного неприйняття до обережного схвалення [4, 5, 7]. Більшість дослідників допускають можливість виконання ендоскопічної резекції за наявності солітарного варіанту метастазування. Також заслуговує на увагу метод лазерної метастазектомії з використанням випромінювання неодимового АІГ–лазера, за допомогою якого вдається здійснити прецизійне видалення пухлинного вузла [10]. Лазерний метод метастазектомії допускає видалення до 10 вузлів під час торакотомії.

Історія хірургічного лікування метастазів в легенях триває понад 100 років.

У 1899 р. H. Gross повідомив про виконання 2 операцій резекції легені з приводу метастаза раку грудної залози, у 1927 р. C. Divis – про оперативне лікування хворої з приводу метастаза в легені саркоми молочної залози. J. Barney та J. Churdhill у 1939 р. здійснили лобектомію з приводу солітарного метастазу раку нирки через 1 рік після нефректомії. Пацієнтка жила протягом 12 років і померла від інтеркурентного захворювання.

В колишньому Радянському Союзі резекцію легені з приводу метастатичного процесу вперше виконали Б. Лінберг та А. Вишневский у 1949 р. До 1969 р. в науковій літературі були опубліковані дані про 800 оперативних втручань, виконаних з приводу метастатичних пухлин легені [3]. У 1997 р. U. Pastorino оприлюднив дані кооперативного дослідження про 5206 операцій, здійснених з приводу метастатичного процесу в легені [1].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження був ретроспективний аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування метастатичних пухлин легені.

Проаналізовані архівні матеріали щодо пацієнтів, операціях в торакальному відділенні Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру в період 2000 – 2008 рр. з приводу солітарних однобічних гематогенних метастазів в легенях. У дослідження включені лише пацієнти, у яких діагноз метастатичного ураження легені підтверджений даними гістологічного дослідження.

Разом у дослідження включені дані про 26 пацієнтів з однобічним метастатичним ураженням легені. Жінок було 14, чоловіків – 12, вік хворих від 20 до 69 років, у середньому 54,5 року.

Строки виявлення внутрішньолегеневих метастазів після видалення первинної пухлини від 1 до 110 міс, у середньому 36,5 міс. Метастази, виявлені у строки до 3 міс після діагностики та лікування первинної пухлини, вважали синхронними. Якщо метастатичне ураження легені виявляли пізніше, їх вважали метахронними. У більшості – 21 (80,8%) хворих відзначений метахронний тип метастазів. Синхронно з первинною пухлиною депозити в легені діагностовані у 3 (11,5%) пацієнтів. У 2 хворих тип метастатичного процесу не встановлений.

Всім хворим проведено стандартне рентгенологічне дослідження органів грудної клітки та спіральна комп'ютерна томографія. Комп'ютерну томографію органів грудної порожнини сьогодні вважають обов'язковим методом дослідження у хворих з метастазами в легені. Її інформативність значно переважає діагностичну цінність стандартного рентге-

нологічного дослідження та дозволяє уточнити реальну кількість, локалізацію і розміри метастазів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 8 (30,8%) хворих первинна пухлина локалізувалась у матці, по 3 (11,5%) спостереження – рак нирки та прямої кишки, у 2 (7,7%) – саркома Юїнга, у 2 – пухлина глотки, у 2 – діагностований первинний рак легені. У поодиноких спостереженнях були новоутворення молочної та щитоподібної залоз, сечового міхура, язика, а також меланома. За даними морфологічних досліджень виявляли переважно аденокарциному – у 9 (34,6%) та плоскоклітинний рак – у 7 (26,9%) хворих; гіпернефроїдний рак діагностований у 3 хворих, саркома Юїнга – у 2, в поодиноких спостереженнях – перехідноклітинний рак, фібросаркома, ангіосаркома та меланома.

Основними умовами для виконання оперативного втручання були: відсутність рецидиву основного захворювання, задовільний стан хворого, наявність солітарного метастаза в легені. Під час хірургічного лікування хворих з приводу метастазів у легені переважно використовували щадні та економні втручання: у 18 (69,2%) – виконано лобектомію, у 5 (19,2%) – атипову резекцію, у 3 (11,5%) – пульмонектомію. Після операції всі пацієнти живі. Ускладнення виникли у 5 (19,2%) хворих, в тому числі хірургічні: нагноєння операційної рані – в 1, негерметичність швів тканини легені – в 1; нехірургічні – пневмонія, серцева недостатність, порушення ритму серця – по одному спостереженню. Беручи до уваги безпосередні результати хірургічного лікування хворих з приводу метастатичного ураження легені та дані літератури, слід констатувати, що операції у таких хворих супроводжуються мінімальною частотою ускладнень, що співпадає з даними інших дослідників [4 – 7, 10].

Комплексне та комбіноване лікування проведено 13 (50%) хворим, тільки хірургічний метод застосований також у 13 (50%), у 9 (34,6%) – проведена післяопераційна поліхіміотерапія. Комплексне, тобто, з використанням післяопераційної хіміопроменевої терапії лікування здійснене 3 (11,5%) пацієнтам, в одного – операцію доповнено телегамматерапією.

У 17 хворих вивчені показники виживання протягом 3 років. При цьому віддалені результати визначали саме після лікування метастатичних пухлин легені, а не первинного новоутворення. У строки до 1 року померли 5 (29,4%) хворих, понад 1 рік жили 12 (70,6%) пацієнтів, в тому числі 2 роки – 9 (52,9%), понад 3 роки – 4 (23,5%). Ці 4 пацієнти були живі до моменту дослідження. Доля 2 хворих з цієї групи невідома. Отримані віддалені результати хірургічного лікування хворих з приводу солітарних метастатичних пухлин легені співставні з даними, наведеними у світовій науковій літературі [8, 9].

ВІСНОВКИ

1. Активна хіургічна тактика за наявності солітарних, однобічних метастазів у легені є виправданою і дозволяє досягти задовільних безпосередніх і віддалених результатів у таких пацієнтів.

2. Операціями вибору з приводу солітарних метастазів, розташованих субплеврально, є економна резекція, за великого метастатичного вогнища, розташованого в прикореневій зоні або в товщі паренхіми легені, виправданим є виконання лоб—та пульмонектомії.

3. Хворим за метастатичного ураження легені можливе проведення ад'ювантної медикаментозної та променевої терапії у складі комбінованого або комплексного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

- Одномоментные оперативные вмешательства на легких и других органах при первично-множественном и метастатическом раке / Л. Н. Лисенков, С. А. Шалаев, О. В. Оржешковский [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 33 – 37.
- Хирургическое лечение метастазов рака почки в легких / М. И. Давыдов, В. Б. Матвеев, Б. Е. Полоцкий [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 4. – С. 15 – 19.
- Луфт А. В. Клиническое обоснование хирургического лечения внутрилегочных метастазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Луфт. – СПб., 2001. – 24 с.
- Паршин В. Д. Хирургическое лечение внутрилегочных метастазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Д. Паршин. – М., 1991. – 28 с.
- Хирургия метастазов злокачественных опухолей в легких / В. Д. Паршин, А. С. Лимончиков А. С. Зыков [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 7. – С. 15 – 21.
- Решетов А. В. Хирургическое лечение при внутрилегочных метастазах / А. В. Решетов, И. И. Оржешковский, И. Н. Масленникова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2000. – Т. 159, № 3. – С. 72 – 75.
- Возможности хирургического метода в лечении метастатических опухолей легких / В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, В. Д. Паршин [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2006. – № 4. – С. 4 – 10.
- Rush V. W. Pulmonary metastasectomy: current indication / V. W. Rush // Chest. – 1995. – Vol. 107. – P. 322 – 331.
- Wright J. O. Results of pulmonary resection for metastatic lesions / J. O. Wright, B. Brandt, J. J. Ehrenhaft // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1982. – Vol. 83. – P. 94 – 99.
- Застосування АІГ–лазера для прецизійного видалення легеневих метастазів і ехінококових кіст / П. П. Шипулін, О. Н. Свиридова, Ю. Г. Ткач, В. А. Мартинюк // Шпитал. хірургія. – 2000. – № 1. – С. 144 – 145.



ЮВІЛЕЙ



УДК (617.092 Грубнік)



Володимир Володимирович ГРУБНІК

до 60—річчя з дня народження

**Volodimir Volodimirovich
GRUBNIK**

to the 60th anniversary

Володимир Володимирович Грубнік народився 22 березня 1950 р. в сім'ї лікарів в Одеській області. Батько був відомим хіургом, мати — акушером-гінекологом. По закінченні з відзнакою у 1972 р. Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова В. В. Грубнік працює лікарем-хіургом Комінтернівської центральної районної лікарні. Водночас розпочинає науково-дослідну роботу: у 1976 р. успішно захищає кандидатську дисертацію "Вивчення ефективності хіургічного лікування бронхіальної астми". У 1976 — 1977 рр. працює хіургом в Одеській обласній клінічній лікарні.

З 1977 р. В. В. Грубнік — асистент, доцент кафедри шпитальної хіургії Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова, з 1985 по 1990 р. — головний хіург управління охорони здоров'я Одеського облвиконкому. У 1988 р. захищає докторську дисертацію, присвячену принципово новому напрямку лікування шлун-

ково-кишкової кровотечі з використанням ендоскопічного гемостазу та органозберігальних операцій на шлунку. З 1991 р. — професор, завідувач кафедри шпитальної хіургії Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова (зараз Одеського державного медичного університету).

Професор В. В. Грубнік — відомий вчений. Його наукова діяльність спрямована на вирішення фундаментальних проблем розробки мінінвазивних методів хіургічних втручань в загальній, торакальній, судинній, абдомінальній, пластичній хіургії та ендокринології. На основі застосування сучасної ендоскопічної техніки проф. В. В. Грубнік розробляє та впроваджує лапароскопічні хіургічні втручання на жовчному міхурі, печінці, жовчних протоках, шлунку, стравоході, легенях, товстій кишці, селезінці, щитоподібній та надниркових залозах. Накопичений досвід узагальнений у фундаментальній монографії з

ендоскопічної хірургії "Відеоендоскопічні операції в хірургії та гінекології" (1999).

Одним з перших у світі В. В. Грубнік розробляє принципи мініінвазивних лапароскопічних та торакоскопічних втручань з приводу ехінококозу печінки та легень. Розроблені принципи поєднання лапароскопічного втручання та руки хірурга під час хірургічного лікування складних захворювань селезінки, печінки, підшлункової залози, товстої кишki, розроблений спеціальний прилад, який дозволяє виконувати лапароскопічні операції з мануальною асистенцією. Вперше в Україні впроваджені лапароскопічні методи операцій з приводу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, великих гриж діафрагми, ахалазії кардії, виконані понад 1000 лапароскопічних втручань на стравоході.

Розроблені нові оригінальні методи лікування виразкової хвороби та хронічного панкреатиту відображені у фундаментальних монографіях: "Хронічний панкреатит. Сучасні концепції патогенезу, діагностики та лікування" (2000), "Сучасні методи лікування виразкової хвороби" (2002). Професором В. В. Грубніком першим в Україні розроблені принципи відеоендоскопічних втручань при ендокринних захворюваннях – щитоподібній та прищітоподібніх залоз, надниркових залоз.

Одним з перших в Україні В. В. Грубнік розпочав використання нових методів лікування гриж, розроблені оригінальні відеоендоскопічні методи в пластичній хірургії. Підсумком цієї роботи виявилися перші в Україні монографії "Сучасні методи лікування центральних гриж" (2001), "Пластична та естетична хірургія" (2000). Професором В. В. Грубніком запропоновані нові принципи інфекційного контролю в хірургії, що відображені в монографії "Інфекційний контроль в хірургії" (2000). Ця книга здобула значну популярність серед хірургів і тричі перевидавалась. Впровадження системи інфекційного контролю в хірургії дозволило в 2,5 – 3 рази зменшити частоту гнійно-септичних ускладнень. Професором В. В. Грубніком одним з перших в Україні вивчено ефективність застосування медичних лазерів в хірургії. Розроблені оригінальні методи ендоскопічного лазерного гемостазу при шлунково-кишковій кровотечі, методи лазерної деструкції пухлин трахеї та бронхів, шлунка та товстої кишki. Оригінальні методи лазерної хірургії відображені в монографії "Лазери в ендоскопії" (1998).

Роботи В. В. Грубніка та його учнів визнані в різних країнах світу, багато з них є прикладом плідного міжнародного співробітництва з провідними науково-

вими медичними центрами. В. В. Грубнік поєднує наукову діяльність з стажуванням у провідних хірургічних центрах США, Японії, Німеччини, Франції, Бельгії, Голландії, Італії.

Професором В. В. Грубніком оперовані понад 14 000 пацієнтів з застосуванням ендоскопічних технологій з приводу різноманітних захворювань за допомогою розроблених ним оригінальних методів. Досягнуте суттєве підвищення ефективності лікування: зменшення частоти ускладнень, тривалості госпіталізації хворих у 2 – 5 разів, повернення операційних до активного соціального життя.

Професор В. В. Грубнік одним з перших у світі впроваджує новий напрямок ендоскопічної хірургії – виконання операцій через природні отвори (технологія NOTES).

В. В. Грубнік є автором 587 наукових праць, в тому числі 23 монографій, підручників, атласів, 59 патентів. Створена визнана в Україні та за рубежем школа хірургів-ендоскопістів. Під його керівництвом підготовлені 23 кандидати наук та 3 доктора наук, готуються до захисту 2 докторських та 6 кандидатських дисертацій.

В. В. Грубнік веде активну й плідну науково-організаційну роботу. Налагодженні зв'язки з Європейською асоціацією ендоскопічних хірургів (EAES), створений осередок цієї організації в Україні, який об'єднує понад 200 ендоскопічних хірургів по всій країні. В. В. Грубнік – член правління EAES та віце-президент Української асоціації лікарів з нових мінійнінвазивних ендоскопічних і лазерних технологій, член редакційних рад багатьох вітчизняних та зарубіжних фахових наукових видань.

Значну увагу проф. В. В. Грубнік приділяє педагогічній діяльності. Він близький лектор, співавтор багатьох відомих в Україні довідників, підручників, атласів з хірургії та ендоскопії. За вагомий внесок у розвиток медичної науки в Україні та заслуги перед вищою школою нагороджений Державною премією України (1990), дипломом міжнародного рейтингу "Золота Фортuna" (2000), престижними преміями зарубіжних академій та університетів, удостоєний почесного звання "Заслужений діяч науки і техніки України" (2000).

Досягнення доктора медичних наук професора В. В. Грубніка, його високий науково-педагогічний авторитет, велика працездатність, доброзичливість і порядність здобули йому повагу учнів і хворих, дозволяють вважати його справжнім Лікарем, вченим та педагогом.

Президія Асоціації хірургів України, колеги і учні бажають Володимиру Володимировичу ГРУБНІКУ міцного здоров'я, успіхів і здобутків в усіх справах, наснаги та натхнення від улюбленої справи, довгих років життя у міцному родинному колі та серед вірних друзів.