

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ДЕЦИК ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ

УДК 616-007.43-089.843:615.462:678.742.3

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
РУБЦЕВИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ВИКОРИСТАННЯМ
ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ ІМПЛАНТАТІВ

14.01.03 - хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Запоріжжя – 2009

Дисертацією є рукопис
Робота виконана у Запорізькому державному медичному університеті МОЗ
України

Науковий керівник:

член-кореспондент НАН України
доктор медичних наук, професор
Никоненко Олександр Семенович,
Запорізька медична академія
післядипломної освіти, ректор
Запорізький державний медичний
університет МОЗ України, завідувач
кафедри госпітальної хірургії

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор
Ярешко Володимир Григорович
Запорізька медична академія
післядипломної освіти МОЗ України,
завідувач кафедри хірургії з курсом
гнійно-септичної хірургії

доктор медичних наук, професор
Гльченко Федір Миколайович
Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгіївського МОЗ України,
завідувач кафедри хірургії № 2

Захист відбудеться « 29 » жовтня _____ 2009 р. о 14 годині на
засіданні спеціалізованої ради Д 17.600.01 при Запорізькій медичній академії
післядипломної освіти (69096 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20)

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Запорізької медичної
академії післядипломної освіти (69096 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20)

Автореферат розісланий « 24 » вересня _____ 2009 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради, к.мед.н. _____ С.Є. Гребенніков

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема післяопераційних вентральних гриж, що виникла одночасно з народженням хірургії черевної порожнини, залишається невирішеною і дотепер. Від 2 до 15 % лапаротомій, виконаних у висококваліфікованих клініках, закінчується утворенням рубцевих вентральних гриж (РВГ) (Жебровский В.В., Ільченко Ф.М. 2004; Kingsnorth A.N., Porter C. 2004.). Хірургічне лікування гриж не завжди ефективне. В 32 - 76 % формуються рецидивні вентральні грижі, що являє собою ще більш складне завдання для хірургів. Незважаючи на певні успіхи в герніології за останні роки, проблема рубцевих вентральних гриж ще остаточно не вирішена (Фелештинский Я. П., Тутченко М. И., 2004 р., Саєнко В.Ф., Білянський Л.С. 2004 р.). Радикальним методом лікування рубцевих вентральних гриж є тільки хірургічна корекція. Безперечним досягненням останнього часу стала поява синтетичних сітчастих матеріалів, які використовуються в сучасних методах лікування гриж. З'явився новий напрямок у лікуванні гриж - це комбіновані методи пластики з використанням сітчастих імплантатів. Кількість рецидивів зменшилася до 1 - 17 %. Але, незважаючи на появу нових методів, кількість післяопераційних ускладнень залишається на високому рівні від 20 - 63 %. Високою залишається і летальність 3 - 12 %. Серед лікарів залишається негативним ставленням до хірургічного лікування РВГ великих та гігантських розмірів у зв'язку з можливим виникненням тяжких ускладнень, таких як тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), розвиток абдомінального компартмент синдрому (АКС), дихальної недостатності, рецидивів гриж та інших (В.Ф. Саєнко, Л.С. Білянський, 2003 р., Я.П. Фелештинський, М.И. Піотрович та інші. 2004 г., Юрасов А.В. и соавт., 2006; Scott N.W., McCormak, 2003 г., Admire A. 2002; Ciresi D. 1999.). Значна кількість хворих із РВГ (від 48 до 78 %) страждають різними ступенями ожиріння. Це суттєво впливає на формування грижі. Хворі РВГ, із яких більшість (50 - 60 %) в віковій категорії від 31 до 50 років, жіночої статі, спричиняють соціальну та естетичну проблему (Адамян А.А., Гогія Б.Ш. 1998 р., Багірова А.Р. 2003 р., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. 2002 р.)

У післяопераційному періоді необхідна розробка заходів, що впливатимуть на зниження кількості специфічних ускладнень, таких як сероми, лімфоцеле, нагноєння післяопераційної рани, тривала лімфорейя та інші. Питання, що вимагає вивчення - це методика та термін дренивання зони операції, установлення методів об'єктивного контролю строків видалення дренажів, на підставі вивчення відділяемого з дренажів. У хворих з РВГ існує підвищений ризик виникнення такого грізного ускладнення як ТЕЛА, що вимагає розробки надійних методів профілактики цього ускладнення (Тутченко М.И., Піотрович С.М., Мусієнко А.В. та співав. 2006 р., Белоконев В.И., Вострецов Ю.О., Пономарьова Ю.В. та співав. 2006 р.)

Таким чином, актуальність проблеми зумовлена недостатнім вивченням диференційного вибору методу пластики рубцевих вентральних гриж з використанням поліпропіленових імплантатів і комплексу лікувальних заходів

у післяопераційному періоді. Розробка цих питань забезпечує максимальне зниження кількості ускладнень і рецидивів гриж. Вимагає розвитку і вивчення питання впливу дерматоліпектомії (ДЛЕ) на перебіг післяопераційного періоду та виникнення специфічних ускладнень з цим пов'язаних, а також вплив на більш ранню активізацію хворих і соціальну реабілітацію.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційної роботи була затверджена на засіданні вченої ради Запорізького державного медичного університету (протокол засідання № 8 від 19.04.2005 р.) і пов'язана з комплексною темою науково-дослідної роботи кафедри госпітальної хірургії: "Малоінвазивні методи лікування хвороб грудної і черевної порожнини" (номер держреєстрації 0100U002398).

Мета дослідження:

Поліпшити результати хірургічного лікування хворих рубцевою вентральною грижею шляхом розробки диференційованого підходу до вибору методу пластики гриж з використанням поліпропіленового імплантату та профілактики післяопераційних ускладнень.

Задачі дослідження:

1. Вивчити причини виникнення специфічних ускладнень у післяопераційному періоді, пов'язаних з використанням сітчастого протезу;
2. Визначити показання до дерматоліпектомії при виконанні операцій з приводу рубцевої вентральної грижі у хворих з надлишковою вагою;
3. Розробити методи профілактики ранових ускладнень при лікуванні рубцевих вентральних гриж на підставі вивчення відокремлюваного з дренажів;
4. Розробити диференційований підхід до лікування великих дефектів черевної стінки, закриття яких супроводжується підвищенням внутрішньочеревного тиску до критичних показників;
5. Вивчити віддалені результати лікування хворих, оперованих з приводу рубцевої вентральної грижі комбінованими методиками пластики з використанням поліпропіленових імплантатів.

Об'єкт дослідження: хворі рубцевими вентральними грижами.

Предмет дослідження: розміри грижових воріт, товщина черевної стінки, наявність або відсутність рецидивів або інших ускладнень, аналіз анкет. Особливості хірургічної тактики при різній локалізації рубцевих вентральних гриж (РВГ).

Методи дослідження – клінічні, лабораторні, ультразвукові, спірометричні та статистичні методи дослідження, вимір внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) апаратом Вальдмана.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше науково обґрунтований комплексний підхід до лікування хворих з рубцевими вентральними грижами. Обґрунтоване виконання різного типу ДЛЕ у сполученні з комбінованою пластикою гриж з використанням сітчастих імплантатів. Розроблені та науково обґрунтовані нові способи пластики РВГ з використанням сітчастих імплантатів («Спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки»). Патент України на корисну модель № 6194. – 2005; «Спосіб комбінованої пластики великих вентральних гриж при грижах нижніх відділів передньої

черевної стінки» Патент України на корисну модель № 18857. – 2006; «Спосіб комбінованої пластики вентральних гриж епігастральної локалізації з ригідними краями грижового дефекту». Патент України на корисну модель № 20983. – 2007. Вперше, на підставі вивчення відокремлюваного з дренажів, визначений термін дронування післяопераційної рани, розроблена методика визначення строків дронування зони оперативного втручання на підставі визначення результатів біохімічних показників у відокремлюваного з дренажів («Спосіб визначення терміну дронування підшкірної основи при пластиці вентральних гриж комбінованими методами з використанням поліпропіленового імплантату» Патент України на корисну модель № 12027. - 2006). Вперше на підставі виміру ВЧТ науково обґрунтовані комбіновані способи пластики РВГ з використанням методики розподілу анатомічних структур черевної стінки.

Практичне значення отриманих результатів. На підставі проведеного дослідження розроблений алгоритм ведення хворих з рубцевою вентральною грижею з урахуванням сучасних методів, з використанням поліпропіленових імплантатів. Визначені показання до виконання дерматоліпектомії в комбінації з пластикою грижі; розроблені та вдосконалені способи комбінованої пластики вентральних гриж з використанням поліпропіленових імплантатів на підставі комплексного підходу до вибору способу пластики гриж; розроблено методику профілактики раньових ускладнень.

Матеріали дисертаційної роботи впроваджені в практичну охорону здоров'я у відділеннях хірургії Комунальної установи «Запорізької обласної клінічної лікарні», в лікарні територіального місцевого управління Михайлівського району, в хірургічних відділеннях Вільнянської центральної районної лікарні, Велико-Білозірської центральної районної лікарні.

Матеріали дисертаційної роботи впроваджені в навчальний процес на кафедрі госпітальної хірургії, кафедрі факультетської хірургії та онкології Запорізького державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Робота виконана на кафедрі госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету. Спільно з науковим керівником, професором О.С. Никоненко, визначена мета та задачі дослідження. Автором самостійно виконаний патентно-інформаційний пошук, аналіз наукової літератури. Автором самостійно проведені клінічні, функціональні лабораторні дослідження, аналіз отриманих результатів лікування, самостійно проведений статистичний аналіз отриманих результатів. Автор безпосередньо брав участь в 73 % хірургічних втручаннях, в обстеженні всіх пацієнтів до та після операції, післяопераційному веденні хворих, а також в удосконаленні і впровадженні способів діагностики і лікування РВГ. У спільних публікаціях 75 % ідей і розробок належать авторові. Інтерпретація отриманих результатів, наукових положень і висновків проводилася разом з науковим керівником.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації обговорені: на засіданні асоціації хірургів Запорізької області січень 2004 року; науково-практичної конференції «Сучасні методи хірургічного лікування вентральних гриж і евентерацій» Алушта 2006; Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів і молодих вчених «Сучасні аспекти

медицини і фармації» Запоріжжя 2006 р.; засіданні асоціації хірургів Запорізької області, грудень 2007.

Публікації. По темі дисертації опубліковано 19 наукових праць. З них - 4 статті в медичних журналах, рекомендованих ВАК України, з яких одна стаття в моноавторстві. 4 патенти України на корисну модель. 4 галузеві нововведення. 7 робіт у матеріалах наукових конференцій у вигляді тез.

Об'єм і структура роботи

Дисертація надрукована на 214 сторінках машинописного тексту, складається зі змісту, вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури. В дисертаційній роботі міститься 25 таблиць, два клінічні приклади. Текст ілюстровано 38 рисунками. Список використаної літератури складає 375 джерел, з них: 313 кирилицею, 62 латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження.

Для вирішення поставлених задач, обстежено та проведено оперативне лікування 140 хворих із РВГ різних розмірів, які перебували на лікуванні в клініці госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету за період з 2001 по 2008 рік.

Серед 140 пацієнтів переважали жінки 113 (80,7 %), чоловіків було 27 (19,3 %). Вік хворих від 27 до 78 років, середній вік (56 ± 11) років.

Для проведення обробки даних дослідження, хворі були розподілені на 5 груп. В основу розподілу була покладена локалізація гризового дефекту згідно SWR класифікації.

Перша група пацієнтів М 1. У групу віднесені пацієнти з епігастральною локалізацією. Сюди ввійшли 33 пацієнта – 16 (48,5 %) жінок, 17 (51,5 %) чоловіків. Вік від 29 до 77 років, середній вік ($55,61 \pm 12,44$) років. Вага від 66 до 117 кг., середня вага ($93,4 \pm 12,1$) кг. Індекс маси тіла (ІМТ) від 26 до 45 кг/м^2 , середній – ($34,01 \pm 6,03$) кг/м^2 . Площа гризового дефекту коливалася в широких межах. Залежно від W площа становила в середньому: при W 1 – ($14,60 \pm 6,46$) см^2 ; при W 2 – ($71,33 \pm 27,94$) см^2 ; W 3 – ($151,5 \pm 44,25$) см^2 ; W 4 – ($373,09 \pm 131,25$) см^2 .

Друга група пацієнтів М 2. У групу віднесені пацієнти з мезогастральною локалізацією. Сюди ввійшли 42 хворих – 37 (88,1 %) жінок, 5 (11,9 %) чоловіків. Вік від 37 до 78 років, середній вік ($59,3 \pm 10,3$) років. Вага від 71 до 150 кг., середня вага ($95,9 \pm 16,2$) кг. ІМТ від 27 до 57 кг/м^2 , середній – ($36,7 \pm 6,33$) кг/м^2 . Площа становила в середньому: при W 1 – ($16,33 \pm 7,50$) см^2 ; при W 2 – ($63,37 \pm 31,64$) см^2 ; W 3 – ($149,29 \pm 44,70$) см^2 ; W 4 – ($450 \pm 167,03$) см^2 .

Третя група пацієнтів М 3. У групу віднесені пацієнти з гіпогастральною локалізацією - 42 хворих – жінки 41 (97,6 %), чоловіків – 1 (2,4 %). Вік від 27 до 67 років, середній вік ($52,5 \pm 10,4$) років. Вага від 57 до 150 кг., середня вага ($91,5 \pm 21,6$) кг. ІМТ від 21 до 54 кг/м^2 , середній – ($35 \pm 7,54$) кг/м^2 . Площа в середньому: при W 1 – ($14,66 \pm 4,62$) см^2 ; при W 2 – ($64,35 \pm 19,68$) см^2 ; W 3 – ($147,72 \pm 35,45$) см^2 ; W 4 – ($316,07 \pm 123,69$) см^2 .

Четверта група пацієнтів М 4. Пацієнти з епі-мезо-гіпогастральною локалізацією. Сюди ввійшли 13 хворих – 10 (76,9 %) жінок, 3 (23,1 %) чоловіків. Вік від 39 до 67 років, середній вік ($54,77 \pm 11,32$) років. Вага від 65 до 114 кг., середня вага (92 ± 15) кг. ІМТ від 23 до 45 $\text{кг}/\text{м}^2$, середній – ($35,8 \pm 7,14$) $\text{кг}/\text{м}^2$. Площа при W 2 – ($68,00 \pm 31,11$) см^2 ; W 3 – 288 см^2 ; W 4 – ($621,50 \pm 589,09$) см^2 .

П'ята група пацієнтів L. У групу віднесені пацієнти з боковими локалізаціями грижового дефекту L. Сюди ввійшли 10 хворих, 9 (90 %) жінок, 1 (10 %) чоловік. Вік від 45 до 76 років, середній вік ($59,9 \pm 10,3$) років. Вага від 68 до 110 кг., середня вага ($85,8 \pm 14,7$) кг. ІМТ від 31 до 40 $\text{кг}/\text{м}^2$, середній – ($34 \pm 3,71$) $\text{кг}/\text{м}^2$. Площа при W 2 – ($53,8 \pm 27,8$) см^2 ; W 3 – ($135,00 \pm 21,21$) см^2 ; W 4 – ($434 \pm 93,33$) см^2 .

Всім хворим визначали ІМТ по формулі (ВОЗ, 1997): $\text{ІМТ} = \text{М} (\text{кг}) \backslash \text{Р} (\text{м}^2)$;
де ІМТ - індекс маси тіла ($\text{кг} \backslash \text{м}^2$); М - маса тіла в кілограмах (кг);
Р - зріст, виражений у метрах квадратних (м^2).

Клінічні дослідження проводили за загальноприйнятими правилами обстеження хірургічних хворих. Лабораторні дослідження проводили за допомогою загальноприйнятих методів.

Інтраопераційний вимір грижового дефекту робили за допомогою сантиметрової металевої лінійки. Моніторинг ВЧТ проводили методом непрямого виміру тиску в сечовому міхурі за методикою Крон (1984). Для оцінки стану бронхо-легеневої системи проводили спірографію на спірографічному комплексі «Спіроком». Для оцінки стану зони операції виконували ультразвукове дослідження (УЗД) на ультразвуковій діагностичній системі «СТS - 5000». З метою виявлення рідинних утворень у підшкірно-жировій клітковині використовували датчик 7,5 МГц. Для дослідження м'язово-апоневротичного шару - датчик 3,5 МГц. Рівень креатинину визначався на аналізаторі «StarFax 1904».

Віддалені результати вивчалися за допомогою контрольних оглядів та анкетуванням за розробленим анкетом.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA v. 6.1 номер № АХХ712D833214SAN5 на комп'ютері ІВМ РС/АТ Pentium 8.0. з використанням параметричних та непараметричних критеріїв.

Результати дослідження.

На вибір способу пластики РВГ впливає рівень внутрічеревного тиску (ВЧТ). Особливо це важливо при грижах з розміром дефекту W3 - W4, коли зменшення об'єму черевної порожнини може призводити до розвитку компартмент синдрому. Рівень ВЧТ вимірювали до виконання розрізу в наркозі. Цю величину брали за базовий рівень. Величина базового тиску коливалася від 3 до 15 см вод.ст., середній тиск ($6,8 \pm 2,95$) см вод.ст. Виконували мобілізацію елементів грижі, при необхідності проводили ентероліз. Після цього виконували моделювання, тобто зводили краї грижового дефекту та вимірювали ВЧТ. При моделюванні тиск коливався від 3 до

35 см вод.ст., середній тиск ($13,96 \pm 9,13$) см вод.ст. У хворих із ВЧТ до 13 см вод.ст. використовували методики закриття дефекту без додаткової мобілізації елементів черевної стінки. У випадках підвищення ВЧТ вище 13 см вод.ст. застосовували методики пластики без натягу по типу inlay - в 20 (14,3 %) хворих, розділення анатомічних структур - операція типу Ramirez для збільшення об'єму черевної порожнини у 15 (10,7 %) пацієнтів. Після виконання пластики проводили контрольний вимір ВЧТ. Рівень тиску коливався від 3 до 18 см вод.ст., середній тиск ($8,33 \pm 3,64$) см вод.ст. Виконуючи комбіновану пластику, ми в кожному конкретному випадку прагнули вибрати найбільш доцільний варіант імплантації сітки залежно від клінічної ситуації, розміру дефекту, збереженості м'язово-апоневротичного шару, стану навколишніх тканин, рівня ВЧТ.

При виборі оптимального способу пластики грижового дефекту та досягнення позитивного клінічного результату при оперативному лікуванні РВГ велику роль мав раціональний вибір методу пластики грижі. Пропонуються реконструктивні та корегуючі способи пластики, як заключний етап оперативного лікування РВГ. У 124 (88,6 %) хворих виконані різні види реконструктивних операцій. Але така можливість була не завжди, на нашу думку зайвий радикалізм надзвичайно небезпечний. Корегуючі методики, пластики виконані у 16 (11,4 %) хворих.

На вибір способу пластики грижового дефекту впливають фактори, такі як зона розташування грижового дефекту, розмір і форма дефекту, ступінь збереженості структур м'язово-апоневротичного шару та навколишніх тканин, рівень ВЧТ, рівень компенсації серцево-легеневої системи пацієнта. Широке впровадження імплантатів поставило в порядок денний найважливішу проблему вибору методу операції, тобто способу найбільш оптимального розташування імплантату в шарах черевної стінки, з урахуванням ступеня натягу тканин.

Операції при РВГ, по своїй суті, є операціями реконструктивно - відновлюваними. Проблема сучасної хірургії полягає не в розробці нових, надійних способів імплантації, а в складності правильного вибору між різними способами. Нами розроблені та використовуються різні варіанти як реконструктивних, так і корегуючих видів пластик РВГ. Ми віддаємо перевагу реконструктивним видам пластик, тому що дані пластики призводять до відновлення м'язово-апоневротичного каркасу черевної стінки і відновлюють функціональний стан черевного преса. Корегуючі операції виконуємо при умовах неможливості виконання реконструкції з різних причин. В основному це - великий дефект черевної стінки, з малим об'ємом черевної порожнини, коли навіть виконання технічно складних втручань із розділенням анатомічних структур не може привести до відтворення достатнього об'єму черевної порожнини та відновленню повноцінної функції черевної стінки.

Досить велике значення для вибору методу пластики має локалізація грижового дефекту (М, L), тому що різна будова черевної стінки в різних відділах має значення для вибору положення імплантату стосовно навколишніх тканин.

Види алопластичних операцій з використанням поліпропіленових сіток у хворих з локалізацією дефекту М1- наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Вид алопластики залежно від розміру грижового дефекту

П р и м і т к и:

1. * - тут та в табл. 2; 3; 4; патент України на корисну модель № 6194.

2. ** - патент України на корисну модель № 20983.

Доступ до грижового дефекту у хворих з локалізацією грижового дефекту в епігастрії в 31 (94 %) випадку виконували вертикальним розрізом з висіченням старого післяопераційного рубця. В 2 (6,4 %) випадках при поздовжніх доступах після виконання пластики виконували вертикальну ДЛЕ з висіченням надлишку шкірно-жирового шматка. У 2 (6,4 %) пацієнтів доступ до грижового дефекту здійснений комбінованим способом: сполучили два розрізи - один нижне-горизонтальний над лоном з висіченням надлишкового шкірно-жирового фартуха і вертикальний серединний доступ з висіченням надлишку шкірно-жирового шматка у вертикальному напрямку. Дана методика використана у пацієнтів з відвислим животом у сполученні з ожирінням 2 ступені. Даний вид доступу застосований з метою контурної пластики черевної стінки.

Види алопластичних операцій з використанням поліпропіленових сіток у хворих з локалізацією дефекту М2 - наведені в таблиці 2.

Особливості оперативних доступів у цій групі хворих були наступні. У 24 (57,1 %) хворих використаний вертикальний розріз шкіри з висіченням старого рубця. У 18 пацієнтів застосовані різні види ДЛЕ. В 7 (38,9 %) хворих використана вертикальна ДЛЕ з висіченням надлишку шкірно-жирового шматка. Нижне-горизонтальний розріз над лоном, з мобілізацією апоневрозу в краніальному напрямку з наступним висіченням надлишкового шкірно-жирового шматка, використаний у 9 (50 %) пацієнтів. Комбінований доступ застосований у 2 (11,1 %) хворих.

Таблиця 2

Вид алопластики залежно від розміру грижового дефекту

Види алопластичних операцій з використанням поліпропіленових сіток у хворих з локалізацією дефекту М3 - наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

Вид алопластики залежно від розміру грижового дефекту

П р и м і т к а. *** - тут та в табл. 4; патент України на корисну модель № 18857.

Доступи до грижового дефекту при гіпогастральній локалізації в 16 (38,1 %) випадках були вертикальними з висіченням старого рубця. У 26 (61,9 %) хворих використані різні методики доступів із ДЛЕ. У 19 (73 %) пацієнток доступ здійснювався з нижне-горизонтального розрізу над лоном з

висіченням надлишку шкірно-жирового шматка. У 2 (7,7 %) - доступ був комбінованим. В 5 (19,3 %) випадках операція закінчувалася вертикальною ДЛЕ з висіченням надлишку шкірно-жирового шматка.

У групи хворих з локалізацією дефекту М 4 була виконана найбільша кількість різновидів комбінованих пластик з використанням поліпропіленових сіток і сполучення декількох видів пластик які доповнювали одна одну (табл. 4).

Таблиця 4

Вид алопластики залежно від розміру грижового дефекту

Оперативні доступи при грижах цієї локалізації здійснювалися наступні: у 6 (46,1 %) серединні вертикальні розрізи, у 7 (53,9 %) використані доступи в комбінації із ДЛЕ. В 2 (28,6 %) випадках була виконана горизонтальна ДЛЕ, в 4 (57,1 %) комбінована ДЛЕ, в 1 (14,3 %) вертикальна ДЛЕ.

Найменшу групу склали пацієнти з локалізацією грижового дефекту L - 10 (7,1 %) з різними рівнями локалізації дефекту. З L1 - 3 пацієнтів; L 2 - 1 пацієнт; L 3 – 6 пацієнтів (табл. 5).

Таблиця 5

Вид алопластики залежно від розміру грижового дефекту

У всіх випадках доступ до грижового дефекту виконувався в косопоперечном напрямку з висіченням старого післяопераційного рубця. В одному випадку доповнений ДЛЕ надлишкового шкірно-жирового шматка.

Реконструкція черевної стінки нами виконувалася такими способами: традиційна методика sublay використана в 71 (50,7 %) випадків, sublay доповнена операцією Ramirez у 1 (0,7 %) пацієнта, методика, запропонована нами intraabdominal onlay - 28 (20 %), методика intraabdominal onlay у нашій модифікації доповнена операцією Ramirez - 7 (5 %), методика Rives-Stoppa застосована у 4 (2,8 %), ця ж методика доповнена операцією Ramirez у 2 (1,4 %) хворих, пластику грижі при ригідному верхньому краї грижового дефекту виконано у 6 (4,4 %) хворих, методика intraabdominal onlay у нашій модифікації доповнена частковим розділенням анатомічних структур виконано у 3 (2,1 %) пацієнтів, методика onlay у 2 (1,4 %) хворих. Неможливість виконання реконструктивних втручань виявлена у 16 пацієнтів, у них виконані корегуючі способи, такі як intraabdominal inlay в 5 (3,7 %) випадках, ця ж методика доповнена операцією Ramirez - 2 (1,4 %), методика «сендвіч» використана у 8 (5,7 %) пацієнтів, ця ж методика доповнена операцією Ramirez - 1 (0,7 %).

Для збільшення об'єму черевної порожнини і збереження нормальних показників ВЧТ, а також відновленню або максимальній корекції піхв прямих м'язів живота використана, як доповнення до основного виду пластики операція Ramirez у 13 (9,3 %), і методика часткового розділення анатомічних структур у нашій модифікації у 3 (2,1 %).

За останнім часом у літературі усе більше обговорюється питання про виконання симультанних операцій у хворих із РВГ. Нами виконано 29

симультанних операцій у сполученні з пластикою РВГ. Одночасно виконано 2 (6,9 %) апендектомії, ентероліз у 13 (44,8 %) пацієнтів, пластика пахвинної грижі у 2 (6,9 %), холецистектомія у 4 (13,8 %), гістеректомія у 1 (3,4 %), часткове єюно-ілеальне шунтування, з приводу спадкоємної форми дисгіперліпідемії - у 1 (3,4 %) хворого, резекція частини тонкої кишки через запальний конгломерат - 1 (3,4 %), пластику пупкової грижі по Сапежко - в 1 (3,4 %) випадку. Операцію Троянова виконали 4 (14 %) хворим. Специфічних ускладнень після симультанних операцій не спостерігали. Пластикокоорегуючі втручання виконані у 56 (40 %) хворих. Горизонтальна ДЛЕ виконана у 30 (53,6 %), вертикальна ДЛЕ у 16 (28,6 %) пацієнтів, комбінована ДЛЕ – у 10 (17,8 %) хворих. Ліпосакція передньої черевної стінки виконана у 1 (1,8 %) пацієнтки. Ми вважаємо за доцільне виконання симультанних операцій у хворих з РВГ і ожирінням при всебічному ретельному обстеженні до операції. Симультанні операції виключають необхідність повторних втручань, внаслідок чого знижують загрозу виникнення рецидиву грижі.

Ведення післяопераційного періоду у хворих після пластики грижі передньої черевної стінки є складовою частиною комплексного лікування рубцевих вентральних гриж, від грамотного проведення якого, багато в чому залежить результат оперативного лікування. Ведення післяопераційного періоду при РВГ малого та середнього розмірів зводилося до профілактики ТЕЛА і ускладнень з боку післяопераційної рани. Ведення післяопераційного періоду у хворих з великими і гігантськими грижами має свої особливості. Задачами ведення післяопераційного періоду є продовження корекції порушених функцій серцево-судинної, дихальної систем, попередження ТЕЛА, а також проведення заходів щодо профілактики раньових ускладнень та рецидиву грижі.

Для поліпшення результатів лікування хворих з РВГ розроблений комплекс заходів, що дозволив мінімізувати ускладнення в післяопераційному періоді. Комплекс заходів включав: а) адекватне знеболювання; б) корекція функції серцево-легеневої системи і профілактика легневих ускладнень; в) профілактика парезу кишечника і його стимуляція; г) профілактика тромбоемболічних ускладнень; д) профілактика ранових ускладнень.

Результати комплексного лікування хворих з РВГ залежали від багатьох факторів, зокрема від якості передопераційного обстеження, передопераційної підготовки, виду оперативного доступу, способу пластики грижового дефекту, ведення раннього післяопераційного періоду, наявності та характеру ускладнень у післяопераційному періоді і дотримання рекомендацій з реабілітації у віддаленому періоді.

Так, у 140 прооперованих хворих, ускладнень місцевого характеру діагностовано в 40 (28,6 %) випадках, ускладнень загального характеру в 3 (2,1 %) випадках (табл. 6).

Таблиця 6

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді

Для профілактики утворення сером виконували дренажування підшкірно жирової клітковини дренажами з активною аспірацією. Строки дренажування контролювали, використовуючи методику визначення співвідношення креатинину крові до креатинину у відокремлюваного з дренажів (патент України № 12027). Дана методика дозволила запобігати формуванню сером, в

наслідок не припиненої лімфореї, що не може бути оцінено за кількістю відокремлюваного з дренажів. Для проведення дослідження були виділені дві групи хворих. Перша група 63 (45%) хворих, у яких використана методика контролю терміну дренивання зони операції по наявності лімфореї. Друга група 77 (55%) хворих, у яких не використовувалася запропонована методика контролю терміну дренивання рани. Хворі порівнянні по статі, віку, локалізації та розмірам гриж, по супутній патології і наявності ожиріння.

У першій групі тривалість дренивання зони операції склала від 4 до 19 діб, середній термін дренивання ($8,56 \pm 2,74$) доби. У 6 (9,5 %) пацієнтів за даними ультразвукового дослідження були виявлені клінічно значимі сероми. До таких відносили сероми об'ємом більше 5 мл. Об'єм сіром коливався від 15 до 75 мл., у середньому об'єм сером ($33,33 \pm 14,63$) мл. У цих пацієнтів виконані пункції сером, з яких у 4 пацієнтів була потреба від 2 до 6 пункцій після УЗ контролю з маркіруванням зони рідинного утворення. Загоєння ран у цих пацієнтів відбулося первинним натягом.

У другій групі пацієнтів видалення дренажів проходило без контролю співвідношення креатиніна в крові до креатиніну у відокремлюваного з дренажів. Дренажі видаляли після зменшення об'єму ранового відокремлюваного з зони операції. Терміни видалення дренажів від 2 до 19 діб, у середньому ($5,32 \pm 3,09$) доби. У 28 (36,4 %) пацієнтів сформувалися сероми, і мала місце тривала лімфорея через рану. У цієї групи хворих сероми дренивалися через рану, що ускладнювало загоєння післяопераційної рани. Лімфорея через рану тривала від 3 до 35 доби, у середньому ($11,00 \pm 6,55$) доби. Об'єм дрениваних сером від 5 до 200 мл., середній об'єм ($52,78 \pm 21,11$) мл.

При використанні запропонованої методики визначення співвідношення креатиніна крові до креатиніну у відділяемому з дренажів для визначення термінів дренивання рани в першій групі хворих, отримана менша кількість ускладнень 9,5 %, що достовірно нижче чим у другій групі 36,4 % ($P < 0,05$) (рис. 1).

Рис.1. - Кількість ускладнень

Запропонована методика дозволила розпізнати тривалу лімфорею з зони пластики, чітко визначити терміни дренивання рани. Все це дозволило запобігти формування клінічно значимих сером з наступною лімфореєю через рану, а також нагноєння рани з розходженням її країв. Використання даної методики дозволило поліпшити ранній післяопераційний період, і впливати на віддалені результати, запобігаючи рецидивам грижі.

Із загальних ускладнень слід зазначити розвиток ранньої спайкової кишкової непрохідності у 1 (0,7 %) хворого. Серйозну проблему представляє розвиток абдомінального компартмент синдрому (АКС) у хворих після пластики РВГ. В наших спостереженнях АКС розвився в 2 (1,4 %) випадках. Цей стан вдалося корегувати консервативними методами.

Вивчено результати впливу ВЧТ на кількість ускладнень у післяопераційному періоді та розвиток рецидиву грижі. У дослідження

включено 65 хворих, яким виконувався інтраопераційний триразовий вимір ВЧТ. У першу групу ввійшли 41 (63 %) хворий, у яких при моделюванні зведення країв апоневрозу ВЧТ було до 13 см вод.ст. У другу групу - 24 (37 %) хворих, у яких рівень ВЧТ при моделюванні зведення країв апоневрозу був більше 13 см вод.ст. Хворі порівнянні по статі, віку, локалізації і розмірам гриж, по супутній патології та наявності ожиріння.

У першій групі відзначені ускладнення місцевого характеру у вигляді сером у 3 (7,3 %), тривалої раньової лімforeї у 2 (4,9 %). У другій групі ускладнення місцевого характеру у вигляді сером були у 8 (33,3 %), тривалої раньової лімforeї у 3 (12,5 %), крайовий некроз шкіри післяопераційної рани з розходженням країв у 4 (16,6 %) хворих. Так в першій групі у 5 (12,2 %) хворих відзначені ускладнення місцевого характеру, що достовірно нижче чим, в другій групі де ускладнення діагностовано у 15 (62,5 %) хворих ($P < 0,05$).

Після виконання пластики грижі ВЧТ у 59 (90,8 %) хворих був до 13 см вод.ст. У цих хворих було 6 (10,2 %) ускладнень, що містило в собі сероми - 3 (5,1 %), ранова лімforeя - 2 (3,4 %), розходження країв рани у 1 (1,7 %) хворого. У 6 (9,2 %) хворих ВЧТ перевищував 13 см вод.ст. У цих пацієнтів відзначено 7 ускладнень. Сюди ввійшли ускладнення місцевого характеру: сероми у 2 (33,4 %), тривала ранова лімforeя - 1 (16,6 %), некроз країв рани - 3 (50 %). У 1 (16,6 %) хворого розвився абдомінальний компартмент синдром. У 2 хворих у віддаленому періоді виникли рецидиви грижі. Підвищений ВЧТ вище 13 см вод.ст. після виконання пластики, збільшує кількість ускладнень місцевого характеру, що статистично достовірно вище, чим у хворих з рівнем ВЧТ після виконання пластики до 13 см вод.ст. ($P < 0,05$). Оцінюючи результати проведеного дослідження можна затверджувати, що підвищений ВЧТ вище 13 см вод.ст. впливає на розвиток ускладнень як місцевого так і загального характеру, а так само приводячи до рецидиву грижі.

Підвищений ВЧТ більше 13 см вод.ст. при моделюванні зведення країв грижового дефекту вимагає виконання додаткових операцій типу Раміреса, або корегуючої пластики, що впливає на рівень ВЧТ у післяопераційному періоді. Рівень ВЧТ вище 13 см вод.ст. після виконання пластики вимагає інтенсивної стимуляції кишечника для запобігання розвитку парезу, який може призвести до підвищення ВЧТ і погіршення стану хворого. Підвищений ВЧТ також впливає на мікроциркуляцію, що у свою чергу погіршує лімфодренаж тканин. Це призводить до порушення апроксимації країв апоневрозу і шкірно-жирових лоскутів, приводячи до формування рецидиву грижі та розвитку місцевих ускладнень.

Віддалені результати комплексного лікування хворих з РВГ простежували за допомогою контрольних оглядів при повторних відвідуваннях, а також шляхом анкетування по розробленій нами анкеті. У віддаленому періоді простежено 99 (70,7 %) хворих, з яких при контрольних оглядах обстежено 47 (47,5 %) пацієнтів. Результати лікування вивчені в терміни від 6 місяців до 7 років (табл. 7).

Таблиця 7

Кількість хворих простежених у різний термін після лікування

При аналізі скарг пацієнтів, відзначено, що тривалий дискомфорт відзначали 69 (69,7 %) хворих, він проявлявся ниючими неінтенсивними болями при фізичному навантаженні до 3 місяців, які мали місце у 26 (37,7 %) пацієнтів; болі ниючого характеру після фізичного навантаження, у строки до 6 місяців мали місце у 11 (15,9 %) пацієнтів; тривалий болючий синдром ниючого характеру, до 9 місяців був відзначений у 4 (5,8 %) хворих; грубий рубець у зоні пластики відзначений у 1 (1,4 %) пацієнта; ущільнення зі стовщенням черевної стінки в зоні комбінованої пластики, було у 9 (13 %) пацієнтів. При аналізі протоколів операцій було відзначено, що у всіх хворих використовувалися «важкі» сітки. Болі в зоні фіксації сітки у 4 (5,8 %) пацієнтів, спостерігалися після пластики типу sublay. Тупий ниючий біль з онімінням тканин в зоні операції відзначений після пластики типу «сендвіч» у 1 (1,4 %) пацієнта. Біль в бічних відділах живота після фізичного навантаження відзначали 2 (2,9 %) хворих - у одного після пластики типу intraabdominal onlay і у одного після комбінованої пластики, доповненою операцією Раміреса. Рецидив РВГ виник у 4 хворих. Всі рецидиви виникли в перший рік після операції. При аналізі випадків рецидиву виявлено: у 3 хворих рецидив грижі виник після виконання пластики типу sublay; у 1 пацієнта після виконання пластики onlay. Повторно прооперовано 2 хворих у різний термін, з приводу рецидиву грижі.

Оцінка реабілітації після операції проводилася по відновленню фізичної активності. Повністю відновилися фізична активність у 52 (52,5 %) пацієнтів; покращилася у 26 (26,3 %); покращилася, але залишився дискомфорт у 21 (21,2 %) пацієнтів.

Окремо проаналізовані результати лікування хворих способами, які розроблені та впроваджені в клініці для пластики РВГ та порівняні зі стандартними способами пластики, які застосовувалися у наших пацієнтів. Для проведення аналізу вивчені результати лікування 130 пацієнтів з локалізаціями грижових дефектів М1, М2, М3, М4. Хворі були розділені на дві групи. Перша група - 44 (33,8 %) хворих у яких використані методики пластики розроблені та використані в клініці. Спосіб комбінованої пластики з використанням поліпропіленової сітки типу intraabdominal onlay (патент України № 6194) використаний у 28 (63,7 %) хворих. Спосіб пластики intraabdominal onlay доповнений операцією Раміреса виконаний у 7 (15,9 %) хворих. Комбінована пластика РВГ у сполученні із частковим розділенням анатомічних структур черевної стінки (патент України № 18857) виконана у 3 (6,8 %) пацієнтів. Спосіб пластики грижі з ригідним верхнім краєм грижового дефекту (патент України № 20983) застосований у 6 (13,6 %) пацієнтів. До другої групи віднесені 86 (66,2 %) хворих, у яких використані стандартні методики пластик РВГ. Методика пластики типу «сендвіч» застосована у 7 (8,1 %) хворих, і доповнена операцією Раміреса – 1 (1,2 %). Методика sublay – у 63 (73,3 %) хворих, ця ж методика доповнена операцією Раміреса у 1 (1,2 %) хворого. Методика intraabdominal inlay виконана у 5 (5,8 %) і доповнена операцією Раміреса у 2 (2,3 %) хворих. Пластика по методу Rives - Stoppa застосована у 4 (4,6 %) і доповнена операцією Раміреса у 1(1,2 %) хворого. Пластика onlay

використана у 2 (2,3 %) хворих. Хворі у двох групах порівнянні по статі, віку, локалізації та розмірам гриж, по супутній патології і наявності ожиріння.

У ранньому післяопераційному періоді в першій групі були ускладнення місцевого характеру, такі як сероми у 6 (13,6 %), крайовий некроз шкіри післяопераційної рани у 2 (4,5 %) хворих. Ускладнень системного характеру не відзначено. У другій групі хворих відзначені ускладнення системного характеру, такі як абдомінальний компартмент синдром в 1 (1,2 %) випадку, рання спайкова кишкова непрохідність, що потребувала оперативного лікування у 1 (1,2 %) хворого. Ускладнення місцевого характеру, такі як сероми відзначені у 7 (8,1 %) хворих, тривала ранова лімфорейя з розходженням країв післяопераційної рани відзначена у 22 (25,6 %) хворих з яких у 4 (18,2 %) розвилось нагноєння рани. Крайовий некроз шкіри виник у 2 (2,3 %) хворих.

У віддаленому періоді в першій групі рецидивів грижі не було, у другій групі було 4 (4,6 %) рецидиви грижі. Рецидиви відзначені у 3 хворих після пластики грижі по методу sublay і в одному випадку після пластики за методикою onlay.

У групах проведена оцінка віддалених результатів методом анкетування. У першій групі отримані результати анкет у 44 (100 %) хворих. У другій групі результати анкетування отримані у 50 (58,1 %) хворих.

Таким чином, у першій групі хворих зареєстровано 8 (18,2 %) ускладнень і відсутність рецидивів грижі у віддаленому періоді, що достовірно нижче, чим у другій групі, де рівень ускладнень склав 33 (38,4 %) випадки та 4 (4,6 %) рецидиви грижі ($P < 0,05$).

Запропоновані нами способи комбінованої пластики РВГ показали добрі віддалені результати. Їх можливо оцінити, як надійні, що відповідають всім сучасним вимогам пластики РВГ з використанням сітчастих імплантатів, що не дають рецидивів і мають найменшу кількість ускладнень, а також приводять до повної реабілітації пацієнтів з гарними віддаленими результатами.

Виконання дерматоліпектомії показане при наявності надлишкових шкірно-жирових шматків, що утворюються після виділення елементів грижі з жирової клітковини. Вважаємо за доцільне здійснювати остаточне висічення надлишкових шкірно-жирових шматків після виконання пластики грижового дефекту. Тільки після остаточної пластики грижового дефекту, можливо, адекватно оцінити зони надлишку шкірно-жирових шматків які підлягають видаленню. Використання різних видів ДЛЕ, залежно від локалізації грижі, у хворих із РВГ забезпечує більш широкий оперативний доступ, що дозволяє виконувати ретельну ревізію апоневрозу на предмет дрібних дефектів, які не були виявлені на етапі обстеження. Висічення надлишкових шкірно-жирових шматків, що утворилися, є профілактикою формування сером в підшкірно-жировій клітковині. Профілактика виникнення рецидиву грижі, завдяки видаленню відвислого "фартуха" живота, дає гарний косметичний ефект. Одночасна ліквідація естетичних проблем при хірургічному лікуванні РВГ є важливим чинником у рішенні проблем сучасної герніології.

Всі ці заходи дозволили поліпшити результати лікування хворих з РВГ, знизити кількість рецидивів до 4,6 % при використанні стандартних методик пластики та запобігти рецидивів грижі у хворих оперованих за пропонованими методиками. За даним літератури рівень рецидивів у спеціалізованих герніологічних клініках коливається до 10 %. Виходячи з цього, можна зробити висновок про ефективність комплексного підходу до хірургічного лікування РВГ.

Таким чином, комплексний підхід до хірургічного лікування РВГ, розроблений у клініці, є ефективним, сприяє більш швидкій реабілітації пацієнтів і дає гарні віддалені результати.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення наукової задачі – поліпшення результатів хірургічного лікування рубцевих вентральних гриж, шляхом розробки комплексного диференційованого підходу до вибору методу операції і профілактики післяопераційних ускладнень.

1. При застосуванні сітчастих імплантатів у післяопераційному періоді в 28,6 % випадках виникають місцеві ускладнення у вигляді сером 4,3 %, тривалої ранової лімфореї – 20% та крайового некрозу шкіри – 4,3 %.

2. Дерматоліпектомія показана 40 % хворим, у яких після пластики грижового дефекту залишаються надлишкові шкірно-жирові лоскути. Об'єм видалення надлишкових шкірно-жирових лоскотів доцільно визначати після виконання пластики грижі з урахуванням локалізації грижового дефекту.

3. Для оцінки тривалої лімфореї по дренажах, доцільно використовувати спосіб визначення співвідношення креатинину у відокремлюваному з дренажів до креатинину крові, що дозволяє визначити термін дренивання. Для профілактики специфічних ранових ускладнень необхідно: вакуумне дренивання зони операції з еластичною компресією черевної стінки; призначення лімфодренуючих, протизапальних препаратів, з контролем тривалості дренивання за розробленою методикою. Це дозволяє знизити ризик розвитку специфічних раньових ускладнень до 9,5 %.

4. При виборі методу хірургічного лікування рубцевих вентральних гриж необхідно враховувати можливий ризик розвитку абдомінального компартмент синдрому у 56,4 % хворих із грижами W 3 - W 4.

5. Підвищений ВЧТ достовірно збільшує ризик розвитку післяопераційних ускладнень місцевого і загального характеру та рецидивів грижі, що потребує урахування при виборі метода пластики. При підвищенні ВЧТ вище 13 см вод. ст. доцільно використання комбінованих пластик доповнених операцією Рамиреса та її модифікацію, або виконання корегуючих пластик.

6. Застосування комплексного диференційованого підходу до лікування хворих з РВГ знижує кількість ускладнень, дає позитивний косметичний ефект, зменшує кількість рецидивів у віддалений термін до 4,6 % у хворих оперованих

за стандартними методиками та дозволяє запобігти рецидивів у хворих оперованих за пропонованими методиками.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати, отримані в ході проведеного дослідження, дозволяють рекомендувати впровадження в широку клінічну практику у хворих з РВГ наступне:

1. При виборі способу пластики гризового дефекту необхідно трьох етапний вимір ВЧТ - до розрізу, після виділення елементів грижі та моделюванні закриття черевної порожнини, після виконання пластики;

2. При виконанні пластики черевної стінки, при наявності атрофованого м'язово-апоневротичного шару непридатного для виконання пластик з поділом піхв прямих м'язів живота використовувати метод, з розташуванням імплантату по типу *intraabdominal onlay*;

3. При РВГ великих розмірів з локалізацією в гіпогастрії для закриття черевної стінки з відновленням анатомії прямих м'язів живота та профілактиці АКС, і так само зменшення площі мобілізації підшкірно-жирового шару, виконувати частковий розділ анатомічних структур черевної стінки засобом білатерального відсікання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота від пахової області до середини відстані від реберної дуги до пахової складки;

4. При локалізації гризового дефекту в епігастрії, коли верхній край дефекту ригідний, представлений грудиною та реберними дугами, необхідно використовувати пластику з розташуванням імплантату преперитонеально та укріття останнього мобілізованим листком апоневрозу одного з піхв прямого м'яза живота;

5. Контроль терміну видалення дренажів із підшкірно-жирового шару здійснювати на підставі визначення співвідношення креатинину в крові до креатинину у відокремлюваному з дренажів з обов'язковим УЗД зони пластики для виявлення можливих сером та їхніх пункціях;

6. Для профілактики ретенційних ускладнень в ділянці післяопераційної рани використовувати препарати, що мають лимфо-венотонізуючу дію, неспецифічні протизапальні препарати, магнітотерапію на ділянку післяопераційної рани.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Децьк Д. А. Оптимизация выбора способа пластики при рубцовых вентральных грыжах больших размеров / Д. А. Децьк // Хирургія України. – 2008. - № 2 (додаток). - С. 26 - 28.

2. Абдоминопластика как этап пластики вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела / [Никоненко А. С., Завгородний С. Н., Децьк Д. А., Головка Н. Г., Русанов И. В., Клименко А. В., Гайдаржи Е. И.] // Запорожский медицинский журнал. – 2006. - № 4(37). – С. 12 – 15.

3. Выбор метода пластики паховой грыжи как способ профилактики послеоперационных осложнений / [Никоненко А. С., Завгородний С. Н., Русанов И. В., Головкин Н. Г., Децик Д. А.] // Запорожский медицинский журнал. – 2006. - № 3(36). – С. 10 – 12.

4. Выбор метода пластики при рубцовых вентральных грыжах передней брюшной стенки / [Никоненко А. С., Завгородний С. Н., Децик Д. А., Головкин Н. Г., Русанов И. В., Клименко А. В., Гайдаржи Е. И.] // Хирургія України. – 2007. - № 2 (додаток). – С. 21 – 26.

5. Метод комбінованої пластики великих вентральних гриж при грижах нижніх відділів передньої черевної стінки / [Никоненко О. С., Децик Д. А., Завгородній С. М., Головкин М. Г., Русанов І. В., Вільхової С. О., Доля О. С., Гайдаржі Є. І.] // Хирургія України. – 2008. - № 2 (додаток). - С. 109 – 110.

6. Пластика вентральних гриж епігастральної локалізації з ригідними краями грижового дефекту / [Никоненко О. С., Децик Д. А., Завгородній С. М., Головкин М. Г., Русанов І. В., Вільхової С. О., Доля О. С., Гайдаржі Є. І.] // Хирургія України. – 2008. - № 2(додаток). - С. 108 – 109.

7. Деклараційний патент на корисну модель 6194 Україна, А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки / Никоненко О. С., Завгородній С. М., Головкин М. Г., Децик Д. А. Русанов І. В. ; заявник та патентовласник ЗДМУ. - № 20041008794; заявл. 27.10.2004; опубл. 15.04.2005 // Промислова власність. – 2005. – Бюл. № 4.

8. Деклараційний патент на корисну модель 12027 Україна, А61В17/00. Спосіб визначення терміну дренивання підшкірної основи при пластиці вентральних гриж комбінованими методами з використанням поліпропіленового імплантату / Никоненко О. С., Завгородній С. М., Головкин М. Г., Децик Д. А. Русанов І. В. ; заявник та патентовласник ЗДМУ. - № u200507324 заявки; заявл. 22.07.2005; опубл. 16.01.2006 // Промислова власність. – 2006. – Бюл. №1.

9. Деклараційний патент на корисну модель 18857 Україна, А61В17/00. Спосіб комбінованої пластики великих вентральних гриж при грижах нижніх відділів передньої черевної стінки / Никоненко О. С., Завгородній С. М., Децик Д. А., Головкин М. Г., Русанов І. В., Гайдаржі Є. І. ; заявник та патентовласник ЗДМУ. - № u200606540; заявл. 13.06.2006; опубл. 15.11.2006 // Промислова власність. – 2006. – Бюл. № 11.

10. Деклараційний патент на корисну модель 20983 Україна, А61В17/00. Спосіб комбінованої пластики вентральних гриж епігастральної локалізації з ригідними краями грижового дефекту / Завгородній С. М., Децик Д. А., Головкин М. Г., Русанов І. В., Гайдаржі Є. І. ; заявник та патентовласник ЗДМУ. - № u200609889; заявл. 15.09.2006; опубл. 15.02.2007 // Промислова власність. – 2007. – Бюл. № 2.

11. Спосіб визначення терміну дренивання підшкірної основи при пластиці вентральних гриж комбінованими методами з використанням поліпропіленового імплантату : Реєстр № 231/27/07 / [Никоненко О. С.,

Завгородній С. М., Головка М. Г., Децик Д. А. Русанов І. В.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2007. – № 26-27. - С. 142 – 143.

12.Спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки: Реєстр № 232/27/07 / [Никоненко О. С., Завгородній С. М., Децик Д. А., Головка М. Г., Русанов І. В., Гайдаржі Є. І.] // Реєстр галузевих нововведень. - 2007. - № 26-27. — С. 143 – 144.

13.Спосіб комбінованої пластики великих вентральних гриж при грижах нижніх відділів передньої черевної стінки : Реєстр № 342/29/08 / [Никоненко О. С., Завгородній С. М., Децик Д. А., Головка М. Г., Русанов І. В., Гайдаржі Є. І.] - // Реєстр галузевих нововведень. - 2008. - № 28-29. — С. 225 – 226.

14.Спосіб комбінованої пластики вентральних гриж епігастральної локалізації з ригідними краями грижового дефект : Реєстр № 343/29/08 / [Завгородній С. М., Децик Д. А., Головка М. Г., Русанов І. В., Гайдаржі Є. І.] // Реєстр галузевих нововведень. - 2008. - № 28-29. — С. 226.

15.Лечение паховых грыж методом пластики «без натяжения» / [Завгородний С. Н., Головка Н. Г., Русанов И. В., Децык Д. А.] // Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 24-25 вересня 2004 р. – Алушта, 2004. – С. 21 – 23.

16.Протезирование передней брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки при гигантских послеоперационных грыжах / [Никоненко А. С., Головка Н. Г., Завгородний С. Н., Децык Д. А., Русанов И. В.] // Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 24-25 вересня 2004 р. – Алушта, 2004. – С. 44-46.

17.Децык Д. А. Способ коррекции брюшной стенки при рубцовых вентральных грыжах с использованием полипропиленового имплантата / Д. А. Децык, И. В. Русанов // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики : зб. наук. статей ЗДМУ затверджений ВАК. – Запоріжжя, 2005. – Вип. XIV. – С. 112-113.

18.Перспективы использования открытой преперитонеальной пластики в лечении паховых грыж / [Головка Н. Г., Русанов И. В., Децык Д. А., Клименко А. В., Грушка В. А., Гайдаржи Е. И.] // Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентераций : материалы науч.-практ. конф. с международным участием. – Алушта, 2006. – С. 55 – 56.

19.Децык Д. А. Выполнение абдоминопластики и дерматолипэктомии при пластике рубцовых вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела / Д. А. Децык, И. В. Русанов // Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентераций : материалы науч.-практ. конф. с международным участием. – Алушта, 2006. – С. 81-82.

АНОТАЦІЯ

Децик Дмитро Анатолійович. Комплексний підхід до хірургічного лікування рубцевих вентральних гриж з використанням поліпропіленових імплантатів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 – хірургія. – Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, 2009.

Дисертація присвячена актуальній проблемі хірургічного лікування рубцевих вентральних гриж. Основна мета дослідження - поліпшення результатів хірургічного лікування хворих рубцевою вентральною грижею шляхом розробки диференційованого підходу до вибору методу пластики гриж з використанням поліпропіленового імплантату та профілактики післяопераційних ускладнень. Із цією метою проаналізовані результати лікування 140 хворих з рубцевою вентральною грижею (РВГ). Хворі були поділені на групи в залежності від локалізації грижового дефекту (М, L – SWR класифікація). Група хворих з локалізацією дефекту М1- 33 (23,6 %), з локалізацією дефекту М 2 - 42 (30 %), з локалізацією М3 - 42 (30 %), з локалізацією М 4 - 13 (9,3 %), з локалізацією L - 10 (7,1 %) пацієнтів. Пропонуються реконструктивні та корегуючі способи, пластики, як заключний етап герніопластики при РВГ. У 124 (88,6 %) хворих виконані різні види реконструктивних операцій. Корегуючі методики, пластики виконані у 16 (11,4 %) хворих. Нами виконано 29 симультанних операцій у сполученні з пластикою РВГ. Пластикокорегуючі втручання виконані в 56 (40 %) випадках.

Оцінюючі результати проведеного дослідження можна затверджувати, що підвищений ВЧТ вище 13 см вод.ст. впливає на розвиток ускладнень як місцевого так і загального характеру, а так саме приводячи до рецидиву грижі. Так у першій групі у 5 (12,2 %) хворих відзначені ускладнення місцевого характеру, у другій групі ускладнення відзначені у 15 (62,5 %) хворих, що достовірно нижче, чим у першій групі ($P<0,05$). Підвищений ВЧТ більше 13 см вод.ст. після виконання пластики, призводить до збільшення кількості ускладнень та рецидиву грижі у віддаленому періоді, що статистично достовірно вище ніж у хворих де рівень ВЧТ був до 13 см вод.ст. ($P<0,05$). Для зменшення кількості специфічних ускладнень запропонована методика визначення співвідношення креатинину крові до креатинину у відокремлюваного з дренажів для визначення термінів дренивання рани, в першій групі хворих, отримана менша кількість ускладнень 9,5 %, що достовірно нижче, чим у другій групі 36,4 % ($P<0,05$).

Всі ці заходи дозволили поліпшити результати лікування хворих з РВГ, знизити кількість рецидивів при стандартних методиках до 4,6 % та запобігти рецидивів у хворих оперованих за пропонованими методиками. За даним літератури рівень рецидивів у спеціалізованих герніологічних клініках коливається до 10 %. Таким чином, комплексний підхід до хірургічного лікування РВГ, розроблений у клініці, є ефективним, сприяє більш швидкій реабілітації пацієнтів, що дає гарні віддалені результати.

Ключові слова: рубцева вентральна грижа, спосіб пластики гриж, поліпропіленова сітка, хірургічне лікування, ускладнення.

АНОТАЦИЯ

Децык Дмитрий Анатольевич. Комплексный подход к хирургическому лечению рубцовых вентральных грыж с использованием полипропиленовых имплантатов. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. - Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, 2009.

Диссертация посвящена актуальной проблеме хирургического лечения рубцовых вентральных грыж. Основная цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения больных рубцовой вентральной грыжей путем разработки дифференцированного подхода к выбору метода пластики грыж с использованием полипропиленового имплантата и профилактики послеоперационных осложнений. С этой целью проанализированы результаты лечения 140 больных с рубцовой вентральной грыжей (РВГ). Больные были разделены на группы в зависимости от локализации грыжевого дефекта (M, L – SWR классификация). Группа больных с локализацией дефекта M1- 33 (23,6 %), с локализацией дефекта M 2 - 42 (30 %), с локализацией M3 - 42 (30 %), с локализацией M 4 - 13 (9,3 %), с локализацией L - 10 (7,1 %) пациентов. Предлагаются реконструктивные и коррегирующие способы пластики, как заключительный этап герниопластики при РВГ. У 124 (88,6 %) больных выполнены различные виды реконструктивных операций. Коррегирующие методики пластики выполнены у 16 (11,4 %) больных. Нами выполнено 29 симультанных операций в сочетании с пластикой РВГ. Пластикокоррегирующие вмешательства выполнены в 56 (40 %) случаях.

Оценивая результаты проведенного исследования можно утверждать, что повышенное ВБД выше 13 см вод.ст. влияет на развитие осложнений как местного, так и общего характера, а так же приводит к рецидиву грыжи. Так в первой группе у 5 (12,2 %) больных отмечены осложнения местного характера, во второй группе осложнения отмечены у 15 (62,5 %) больных, что достоверно ниже, чем в первой группе ($P < 0,05$). Повышение ВБД больше 13 см вод.ст. после выполнения пластики приводит к увеличению количества осложнений и рецидивам грыжи в отдаленном периоде, что статистически достоверно выше чем у больных, где уровень ВБД был до 13 см вод.ст. ($P < 0,05$). Для уменьшения количества специфических осложнений предложена методика определения соотношения креатинина крови к креатинину в отделяемом из дренажа для определения сроков дренирования раны в первой группе больных, получено меньшее количество осложнений (9,5 %), что достоверно ниже, чем во второй группе 36,4 % ($P < 0,05$).

Все эти мероприятия позволили улучшить результаты лечения больных с РВГ, снизить количество рецидивов при использовании стандартных методик до 4,6 % и избежать рецидивов при использовании предложенных методик. По данным литературы уровень рецидивов в специализированных герниологических клиниках колеблется до 10 %. Таким образом, комплексный

подход к хирургическому лечению РВГ, разработанный в клинике, является эффективным, способствует более быстрой реабилитации пациентов, что дает хорошие отдаленные результаты.

Ключевые слова: рубцовая вентральная грыжа, способ пластики грыж, полипропиленовая сетка, хирургическое лечение, осложнения.

SUMMARY

Detsyk Dmitry Anatolyevich. The complex approach to the treatment of the scary ventral hernias using polypropylene implants. – Manuscript.

Dissertation on gaining of scientific degree of candidate of medical sciences on specialty 14.01.03 – surgery. The Zaporozhye medical academy of postgraduate education, Zaporozhye, 2009.

The dissertation is devoted to an actual problem of scary ventral hernia surgical treatment. The basic purpose of research is to improve the results of surgical treatment of patient with scary ventral hernia by development of the differentiated approach to a choice of a plastics method of hernias using polypropylene implant and prophylaxes of postoperative complications. The results of treatment of 140 patients with scary ventral hernia (SVH) were analyzed. Patients have been divided into groups depending on localization of hernia defect (M, L - SWR classification). Group of patients with localization of defect M1-33 (23,6 %), with localization of defect M 2 - 42 (30 %), with localization of M3 - 42 (30 %), with localization of M 4 - 13 (9,3 %), with localization of L - 10 (7,1 %) patients. Reconstructive and correction ways of a plastic are offered as the hernioplasty final stage at SVH. Various kinds of reconstructive operations are executed at 124 (88,6 %) patients. Correction technique plastics are executed at 16 (11,4 %) patients. We execute 29 simultaneous operations in a combination with plasty of SVH. Plastic remedial procedures are executed in 56 (40 %) cases.

After estimation of results of carried out research it is possible to approve, that increased IAP above 13 cm w.c. has an influence on development of complications both local and the general character and leads to relapse of a hernia. So in the first group at 5 (12,2 %) patients complications of local character are noted, in the second group complications are noted at 15 (62,5 %) patients that is authentic more lower, than in the first group ($P < 0,05$). Increase IAP is more 13 cm w.c. after performance plastics leads to increase in quantity of complications and relapses of a hernia in the remote period that is statistically authentic above than at patients where level IAP was up to 13 cm w.c. ($P < 0,05$). For reduction of quantity of specific complications in the first group of patients the technique of definition of a parity of a creatinine in blood to a creatinine in separated of a drainage for definition of terms of a wound drainage is offered, the smaller quantity of complications (9,5 %) is received that is authentic more lower than in the second group (36,4 %) ($P < 0,05$).

All these actions have allowed to improve the results of patients treatment with SVH, to lower quantity of relapses to 4,6 % and to avoid relapses at use of the offered techniques. According to the literature a level of relapses in specialized herniology clinics grows up to 10 %. Thus, the complex approach to the surgical treatment of

RVH, developed in clinic, is effective, promotes faster rehabilitation of patients that leads to the good remote results.

Keywords: scary ventral hernia, plastics method of hernias, polypropylene mesh, surgical treatment, complications.