

В.В. Власов

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинська державна медична академія
Хмельницька обласна клінічна лікарня

Резюме. Вивчено наслідки хірургічного лікування 456 хворих з післяопераційними вентральними грижами. Виконано симультанні операції з приводу поєднаної хірургічної патології 108 хворим. Герніопластику робили з врахуванням розміру грижі і сили опору тканин, які зшивалися, з підсиленням їх автодермальною смужкою та латкою. Обстежено 86 хворих у строки від 1 до 7 років, рецидиву грижі не виявлено.

Ключові слова: поєднана патологія, післяопераційна грижа, симультанні операції, автодермальна герніопластика.

Вступ. Наявність поєднаної хірургічної патології в одного хворого передбачає можливість її одночасної корекції [1,3].

Хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ) обов'язково включає корекцію супутньої абдомінальної хірургічної патології, як одного з факторів, що спричиняє підвищення внутрішньочеревинного тиску і рецидиву ПОВГ [2].

Мета дослідження. Метою даного дослідження є вивчення наслідків хірургічного лікування ПОВГ у хворих з поєднаною патологією.

Матеріал та методи. Проаналізовано результати лікування 456 хворих на ПОВГ. Хворі поділені на групи в залежності від виду оперативного доступу. Жінки склали більшість (73,7%). Вік хворих знаходився в межах від 19 і понад 80 років. Усім хворим виконувався обов'язковий перелік діагностичного обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. Симультанні операції виконано 108 хворим на ПОВГ, що становить 23,7%. Частіше вони виконувалися жінкам (73,5%). В лікуванні ПОВГ симультанні операції умовно можна розділити на дві групи: 1-а - операції, що передбачалися – планові, 2-а - вимушені. Вимушені симультанні операції за своїм походженням можуть бути поділені на дві підгрупи. До першої можна віднести операції, які були виконані з приводу інтраопераційно діагностованої хірургічної патології (42). До другої підгрупи входили операції, що виконувалися з приводу травматичного ушкодження внутрішніх органів під час підготовки до герніопластики (66).

Найбільший відсоток симультанних оперативних втручань припадає на роз'єднання злук та операції на кишечнику (68%). В цю групу хворих відібрано тільки ті випадки, коли злуковий процес знаходився на відстані від ділянки оперативної агресії і спостерігалися явища часткової злукової кишкової непрохідності або існувала загроза її виникнення. Як правило, знаходили різної довжини та ширини шнуркоподібні злуки, які перетинали і перитонізували місця їх прикріплення. В деяких випадках при розділенні злук

відбувалася травма стінки тонкої кишки з утворенням різних за розмірами десерозованих ділянок або наскрізного дефекту (2). В трьох випадках вимушено формували обхідний міжкишковий анастомоз. А суцільний злуковий процес вимагав його усунення з наступною резекцією ділянки тонкої кишки (12) або інтестіноплікацією за Ноблем (4) і обов'язковою декомпресією тонкої кишки.

Хворим з надмірною масою одночасно виконували сіуноілеошунтування (11) і естетичну абдомінопластику (12).

Операції на шлунку передбачали корекцію ускладненої пенетрацією або стенозом виразки шлунка або дванадцятипалої кишки (резекція шлунка -4, СПВ з дуоденопластикою - 1).

Майже 8% хворих робили симультанні операції з корекції різноманітної гінекологічної патології.

В залежності від розмірів грижі та сили опору тканин, що зшиваються, виконувалася автопластика з утворенням дуплікатури, у стик або шляхом утворення "тканинного" замка. У випадках рецидивних та гігантських ПОВГ лінію герніопластики підсилювали автодермальною деепітелізованою латкою підшитою "onlay". У всіх випадках виконана іммобілізація лінії шва зашитого грижового дефекту автодермальними стрічками, проведеними за бічний край піхви прямого м'яза живота з обох сторін.

Профілактика ранових ускладнень проводилася шляхом ретельного гемостазу, дренажу рани та її лаважу, призначення антибіотиків. Гнійні ускладнення спостерігалися у 22 хворих (20,4% проти 16,6% серед усіх ПОВГ).

У строки від 1 до 7 років обстежено 86 хворих, рецидиву грижі від застоювання цієї методики лікування не виявлено.

Висновки.

1. Лікування післяопераційних вентральних гриж передбачає хірургічну корекцію супутньої абдомінальної патології.

2. Симультанні операції при лікуванні післяопераційних вентральних гриж попереджують виникнення їх рецидиву за рахунок нормалізації внутрішньочеревного тиску в післяопераційному періоді.

Література. 1. *Березницький Я.С., Рубан В.М., Спивак В.П.* Симультанні операції в глановій хірургії органів брюшної порожнини // Клін. хірургія. - 1993. - № 5. - С. 19-22. 2. *Юнатов С.И., Колтошок В.М.* Симультанні операції при великих рецидивних і післяопераційних вентральних грижах // Ред. журналу «Здравоохран. Белоруссии». - Мн. - 1988. - 8 с. Дсп. в НПО «Союз медінформ» 05.12.88. N 16677. 3. *Schmit-Neuburg K.R., Sturmer K.M.* Simultancingeriffe in der Unfallchirurgie // Chirurg. - 1987. - Bd. 58, № 3. - S. 140-148.

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY

V.V. Vlasov

Abstract. The results of surgical treatment of 456 patients with postoperative ventral hernias were investigated. Simultaneous operations were carried out on 108 patients for a various surgical pathology. Hernioplasty was carried out in view of the size of her-nia and the force of tissue resistance, which were sutured and strengthened by autodermal patch and strip. 86 patients were followed up at terms ranging from 1 to 7 years in a period and no hernia relapses are not revealed.

Key words: combined pathology, postoperative hernia, simultaneous operations, autodermal hernioplasty.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)