

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 617.55-007.43-089.843

DOI

© О. О. ВОРОВСЬКИЙ, В. О. ШАПРИНСЬКИЙ, Д. А. ЯЦКОВ, Н. Н. ЗАКІ

Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни, м. Вінниця
Вінницький національний медичний університет**Лапароскопічна герніопластика у лікуванні защемлених гриж у хворих похилого та старечого віку**

O. O. VOROVSKIY, V. O. SHAPRYNSKIY, D. A. YATSKOV, N. N. ZAKI

Regional Clinical Hospital for War Veterans, Vinnytsia
Vinnytsia National Medical University**LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH STRANGULATED HERNIA IN ELDERLY AND PEOPLE OLD**

Проаналізовано результати хірургічного лікування 118 (5,3 %) хворих із защемленою грижею. Вік хворих склав від 52 до 92 років. Із них 92 (69,0 %) хворим було виконано герніопластику із застосуванням поліпропіленового імплантата, 26 (31,0 %) хворим було виконано аутопластику. Хворих із защемленою грижею поділили на дві групи: в першу увійшли 60 (50,8 %) хворих, яким було виконано герніопластику із застосуванням поліпропіленового імплантата за “відкритим” способом; в другу – 32 (27,1 %) хворих, яким було виконано лапароскопічну алогерніопластику. 54 (45,8 %) пацієнти були оперовані із защемленою пахвинною грижею, трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика була застосована 12 (5,7 %) хворим. У 39 (31,1 %) пацієнтів мало місце защемлення стегнової грижі, де 10-м (8,5 %) із них також виконали трансабдомінальну преперитонеальну ендовідеогерніопластику. При первинній серединній локалізації грижових дефектів, що були прооперовані за екстремними показаннями з приводу даної патології, був 21 (17,8 %) хворий, із них у 14 (6,1 %) пацієнтів мала місце защемлена пупкова грижа, у 6 (2,6 %) – грижа білої лінії живота, в 1 (0,4 %) – грижа спігелієвої лінії. Із них 2 (2,4 %) хворих із грижею білої лінії живота та 1 (0,4 %) – з грижею спігелієвої лінії були прооперовані лапароскопічно. У групі хворих з післяопераційними та рецидивними грижами передньої черевної стінки защемлення спостерігали в 39 (33,1 %) випадках у пацієнтів, старших 60 років. Лапароскопічно було прооперовано 7 (5,9 %) хворих. Ускладнення в групі з “відкритим” способом оперування в післяопераційному періоді з боку післяопераційної рани були такі: серома – у 12 (14,3 %) хворих, нагноєння рани – у 5 (6,0 %) пацієнтів, евісцерація – у 1 (1,2 %) хворого. Померли 2 (2,4 %) хворих від прогресування перитоніту. При лапароскопічних – 1 (1,2 %) випадок кровотечі з нижньої епігастральної артерії та 1 (1,2 %) – інтраопераційне пошкодження тонкої кишки. Отже, застосування ендоскопічних методів лікування защемленої грижі хворих похилого віку можливе, потребує подальшого вивчення та вдосконалення.

Results of treatment of 118 (5.3 %) patients with strangulated hernia were analyzed. The age of patients ranged from 52 to 92 years. Among them, 92 (69.0 %) patients underwent performed hernioplasty using polypropylene (PPI) implant; the second – 26 (31.0 %) patients who underwent autoplasty. Patients with strangulated hernia were divided into two groups: the first included 60 (50.8 %) patients who underwent HP using the PPI for the "open" method; the second – 32 (27.1 %) patients who underwent laparoscopic alohernioplasty. 54 (45.8 %) patients were operated with strangulated inguinal hernia. Transabdominal preperitoneal endovideohernioplasty (TPEVH) was used in 12 (5.7 %) patients with strangulated inguinal hernia. In 39 (31.1 %) patients there was a strangulated femoral hernia, where 10th (8.5 %) performed TPEVH. 21 (17.8 %) patients with ventral hernias were operated on emergency indications. 14 (6.1 %) of them had strangulated umbilical hernia, 6 (2.6 %) had a hernia linea alba, 1 (0.4 %) – hernia l. semilunaris. 2 (%) patients with hernia linea alba and 1 (0.4 %) patients with hernia l. semilunaris were operated laparoscopically. In patients with postoperative and recurrent hernias of abdominal wall jamming was observed in 39 (33.1 %) cases in patients older than 60 years. Laparoscopic surgeries were 7 (5.9 %) patients. Postoperative complications of the wound were: Seroma – 12 (14.3 %) patients, festering wounds – in 5 (6.0 %) patients, evisceration – in 1 (1.2 %) patients. 2 died (2.4 %) patients from progression of peritonitis. In laparoscopic – 1 (1.2 %) in case of bleeding from the lower epigastric artery and 1 (1.2 %) – intraoperative damage to the small intestine. Thus, the use of endoscopic therapies strangulated hernia elderly patients may need further study and improvement.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність проблеми хірургічного лікування грижозносійства зумовлена розповсюдженістю серед дорослого населення,

а відповідно, і ускладненнями, де найнебезпечнішим вважають защемлення грижі будь-якої локалізації, що, відповідно, потребує досконалого вивчення даного питання. Дана робота є фрагментом

комплексної програми Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова МОЗ України “Розробка та експериментальне обґрунтування нових методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини” (№ держреєстрації 0101U006801). У більшості публікацій вказують, що 4–7 % населення страждає від зовнішніх гриж живота [6, 10, 15, 16, 19], а особи похилого та старечого віку – від 15–17 % [16, 19] до 45,0 % [4]. Причому зі збільшенням віку хворих підвищується ризик защемлення грижі й розвитку відповідних ускладнень у 10–20 % хворих із грижоносійством і перебуває на 3–4-му місці у всіх госпіталізованих хворих з гострою хірургічною патологією, а при невідкладних втручаннях займає 3-тє місце після апендектомії та холецистектомії [16, 18]. І саме при даному ускладненні найчастіше розвивається і є найнебезпечнішим ускладненням защемленої кишки перитоніт, який призводить до високої летальності [2].

Зберігаються високі цифри післяопераційних ускладнень, що досягають 50 % [10]. У хворих похилого та старечого віку дана ситуація ускладнюється наявністю супутніх захворювань, що обтяжують післяопераційний перебіг [4] і спостерігаються у 86,6 % хворих, із них у 50,2 % відзначають їх поєднання [1]. Саме наявність супутньої патології часто стає причиною відмови хірургів від проведення планового операційного лікування даної патології, що обов’язково приведе до збільшення ургентних операцій, які закономірно супроводжуються більшим числом локальних та системних післяопераційних ускладнень, а також ростом післяопераційної летальності [9], яка, за даними різних авторів, коливається в межах 2,6–11,0 % [8, 16, 19]. Поряд з високою летальністю велике значення має і високий відсоток рецидивів після пластик гризових воріт при защемлених грижах [1, 2, 6, 10].

У структурі гриж пахвинні займають від 50,7 до 80 % [14] із частотою защемлення до 57,3 % [10]. Стегнова грижа, за даними різних авторів, займає друге місце – 25 % [10], інші – п’яте (8 %) [11], а за частотою защемлення посідає друге місце (20–79 %) [12]. Крім того, має свої проблеми хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж у даній віковій категорії [15]. Частота їх виникнення після лапаротомії, за даними різних авторів, становить 2–10 % від всіх зовнішніх гриж [5], рецидиви до 10–45 % [5], і разом з пупковою грижею частота защемлення складає від 8,8 до 20 % [10]. А за даними деяких авторів, у зв’язку з розширенням надання хірургічної допомоги хворим похилого та старечого віку спостерігають збільшення кількості

хворих даної вікової категорії із защемленою грижею з 35–38,1 до 46,2 % [9].

Немає одностайної думки про вибір способу операційного втручання щодо хірургічного лікування защемленої грижі. Одним із варіантів є стратегія “запланованої повторної операції” або “етапної корекції” (staged repair) [3]. На сьогодні в публікаціях продовжуються суперечки про застосування при даній патології імплантатів [13, 17]. А про застосування малоінвазивних технологій мають місце тільки поодинокі повідомлення [7]. Отже, на даний час не існує єдиної тактики щодо застосування методів герніопластики у хворих похилого та старечого віку із защемленою грижею, результати їх лікування не задовольняють ні пацієнтів, ні хірургів [17].

Мета роботи: вивчити результати лапароскопічної алогерніопластики при защемлених грижах у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. З 2002 до 2014 р. в умовах хірургічного відділення обласного клінічного госпіталю ветеранів війни було прооперовано 2217 хворих із грижами різної локалізації. Із них 118 (5,3 %) хворих оперували з приводу защемленої грижі (ЗГ). Вік хворих склав від 52 до 92 років. За статтю жінки склали 66 (55,9 %) осіб, чоловіки – 52 (44,1 %). У всіх 118 (100 %) хворих відзначали поєднання супутньої патології, а саме: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 118 (100,0 %) випадках; гіпертонічна хвороба – у 82 (69,4 %); ожиріння – у 64 (54,2 %); ХОЗЛ – у 74 (62,7 %); церебросклероз, ДАЕ II–III ст. з кохлєвєстібубулярним та атаксичним синдромом – у 44 (37,2 %); захворювання опорно-рухової системи – у 52 (44,0 %); ЦД – у 34 (28,8 %); посттромбофлебітичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 32 (27,1 %); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – у 14 (11,8 %).

Із них 92 (69,0 %) хворим було виконано герніопластику (ГП) із застосуванням поліпропіленового імплантата (ППІ). 26 (31,0 %) хворим виконано аутопластику. Хворих із ЗГ поділили на дві групи: в першу увійшли 60 (50,8 %) хворих, яким було виконано ГП із застосуванням ППІ за “відкритим” способом; в другу – 32 (27,1 %) пацієнти, яким було виконано лапароскопічну герніопластику (ЛГП). Іншим при “відкритій” ГП ППІ застосовували способом onlay – у 4 (4,8 %) випадках, sublay – у 30 (35,7 %), при пахвинних грижах – розроблено спосіб ГП (деклараційний патент на корисну модель № 3402), при стегових – ГП за типом “заплати”. Тривалість защемлення складала від 1 до 7 дб.

Результати досліджень та їх обговорення. 54 (45,8 %) пацієнти були оперовані із пахвинною ЗГ. Трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика (ТАПЕГП) була застосована 12 (10,2 %) хворим (патент на корисну модель № 46810). У 19 (16,1 %) випадках мало місце защемлення петлі кишечника, із них у 10 (8,5 %) хворих петлі кишки були визнані нежиттєздатними та резековані. При застосуванні діагностичної лапароскопії в одному випадку було діагностовано ретроградне защемлення петлі кишки, ще в одному мав місце перекут жирової підвіски сигмоподібної кишки, що симулювало ЗГ. В 3 (2,5 %) випадках при лапароскопічному проведенні розрішення защемлення внаслідок необхідності виконання резекції кишки дана маніпуляція була виконана екстраабдомінально, після чого продовжено проведення ТАПЕГП. В інших 35 (29,7 %) випадках у грижовому мішку було защемлене пасмо великого сальника, із них у 24 (20,3 %) хворих пасмо сальника було резековане. Даний хірургічний етап було виконано у 4 (3,4 %) хворих лапароскопічно. У 39 (31,1 %) пацієнтів мало місце защемлення стегової грижі, де 10-м (8,5 %) виконали ТАПЕГП. У 8 (6,7 %) випадках спостерігали пристінкове защемлення (грижа Ріхтера–Літтре), що значно утруднювало діагностику защемлення на догоспітальному періоді. 2-м (1,7 %) хворим завдяки застосуванню вчасної діагностичної лапароскопії діагностували дану патологію, де після розсічення стегового кільця некротичні процеси в стінці кишки були відсутні, що дозволило в подальшому провести ТАПЕГП. 4 (3,4 %) пацієнтам довелося виконати резекцію тонкої кишки, а в одному випадку внаслідок тяжкого соматичного стану на першому етапі обмежились ілеостомою. Одна хвора прийнята в хірургічне відділення з тяжким перитонітом на 3-тю добу після вправлення хірургом за місцем проживання защемленої тонкої кишки з її пошкодженням при даній маніпуляції, їй було виконано резекцію тонкої кишки з формуванням єюноілеоанастомозу за типом “бік у бік”. В одному випадку ретроградно защемлена петля тонкої кишки, що перебувала у черевній порожнині, була діагностована лапароскопічно.

У групі хворих, молодших за 60 років, защемлення стегової грижі мало місце у 3 (2,5 %) випадках, де в 1 (0,8 %) випадку спостерігали пристінкове защемлення (грижа Ріхтера–Літтре). 2 (1,7 %) випадки було діагностовано лапароскопічно, в одному випадку з сумнівним відновленням життєздатності кишки була виконана її резекція екстраабдомінально.

При серединній локалізації грижових дефектів був оперований за екстреними показаннями 21 (17,8 %) хворий, із них у 14 (11,7 %) пацієнтів мало місце пупкова ЗГ, у 6 (5,1 %) – ЗГ білої лінії живота, в 1 (0,8 %) – ЗГ спігелієвої лінії. Із них 2 (1,7 %) хворих із грижею білої лінії живота та 1 (0,8 %) із грижею спігелієвої лінії, де мав місце перегин кишки за типом “дводулки”, були прооперовані лапароскопічно. У 10 (8,4 %) випадках в грижовому мішку було защемлене пасмо великого сальника, із них у 4 (3,4 %) хворих пасмо сальника підлягало резекції; в 4 (3,4 %) випадках – петлі тонкої кишки. В усіх них петлі кишки були визнані життєздатними.

У групі хворих з післяопераційними та рецидивними грижами передньої черевної стінки ЗГ спостерігали в 39 (34,9 %) випадках у пацієнтів, старших 60 років. Найчастіше за локалізацією защемлення спостерігали при M_3 – 18 (15,3 %), M_2 – 12 (10,2 %), M_4 – 1 (0,8 %), M_5 – 8 (6,8 %). Лапароскопічно діагностувати та ліквідувати защемлення вдалося тільки у 7 (5,9 %) хворих, де у 3-х (2,5 %) випадках з локалізацією дефекту M_2 та M_5 . У 22 (18,6 %) випадках у грижовому мішку було защемлене пасмо великого сальника, у 17 (14,4 %) – защемлення кишки.

При локалізації дефекту в передньо-боковій ділянці (L) у 6 (5,1 %) пацієнтів защемлення виникло внаслідок спайкового процесу із втягненням в нього кишки, що привело до хірургічних маніпуляцій на ньому. При даній локалізації через значний дефект відмовились від проведення лапароскопічних методів лікування.

При параколостомічних грижах невправмі спостерігали у 14 (11,9 %) пацієнтів, де в усіх випадках у грижовому мішку виявили фіксовані пасма великого сальника. Мали місце 3 (2,5 %) випадки ЗГ, лапароскопічні методи не застосовували.

Серед ранніх ускладнень у післяопераційному періоді в групі хворих з “відкритим” способом оперування з боку післяопераційної рани були такі: серома – у 12 (10,2 %) пацієнтів, нагноєння рани – у 5 (4,2 %) хворих, евісцерація – в 1 (0,8 %) хворого. ППІ був вилучений в одного хворого з ЦД через місяць після операції, тому що в нього розвинулись численні нориці за ходом післяопераційного рубця. Померли 2 (1,7 %) хворих від прогресування перитоніту.

При лапароскопічних – 1 (0,8 %) випадок кровотечі з нижньої епігастральної артерії та 1 (0,8 %) – інтраопераційне пошкодження тонкої кишки.

Висновок. Базуючись на результатах проведеного дослідження, вважаємо, що застосування лапароскопічної алогерніопластики при защемлених грижах у хворих похилого та старечого віку можливе.

Перспективи подальших досліджень. Для більш широкого застосування малоінвазивних методик при даній патології у хворих похилого та старечого віку необхідно продовжити дослідження тактики та удосконалення лапароскопічних методів лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян А. А. К вопросу о классификации паховых грыж / А. А. Адамян, А. В. Федоров, Б. Ш. Гогия // Хирургия. – 2007. – № 11. – С. 44–45.
2. Течение раневого процесса у больных с лапаростомой и программированными санациями брюшной полости / Э. Х. Байчаров, А. З. Вафин, Ф. А. Куджеев [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2007. – № 29. – С. 66–68.
3. Бобров О. Е. Идеология “прерванной” операции при сосудистой непроходимости кишечника / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, И. Н. Игнатов // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 2008. – Т. 144, ч. 1. – С. 35–37.
4. Бобров О. Е. Стратегия “прерванной” операции в неотложной абдоминальной хирургии / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т. 7, вип. 1–2 (17–18). – С. 102–105.
5. Трудности в диагностике и лечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж / И. Е. Верхулецкий, Ф. К. Папазов, А. Ф. Медведенко [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6 (15). – С. 129–133.
6. Ветшев П. С. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе / П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов // Рос. ж. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 50–56.
7. Борисов А. Е. Видеолапароскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / А. Е. Борисов. – СПб. : Предприятие ЭФА “Янус”, 2002. – 416 с.
8. Опыт применения полипропиленового эндопротеза при пластике передней брюшной стенки в условиях инфицирования / И. Б. Десятникова, М. А. Сидоров, А. П. Медведев, Л. Е. Березова // Медицинский альманах. – 2009. – Май. – С. 170–172.
9. Особенности хирургической тактики при послеоперационных вентральных грыжах у пациентов пожилого и старческого возраста / М. А. Евсеев, Р. А. Головин, Д. Н. Сотников, Н. М. Лазарчева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Том IV, №1. – С. 10–16.
10. Общие принципы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки / А. С. Ермолов, Д. А. Благовестнов, А. В. Упырев, В. А. Ильичев // Медицинский альманах. – 2009. – № 3 (8). – С. 23–28.
11. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. – М. : ООО “Медицинское информационное агентство”, 2005. – 384 с.
12. Пластика глубокого стегнового кольца клаптом із передньої стінки піхви прямого м’яза живота / Г. Я. Костюк, Д. В. Цигалко, В. Ф. Цигалко, А. В. Дусик // АМЛ. – 2009. – XV, № 3. – С. 10–12.
13. Мельник І. В. Застосування поліпропіленового ендопротеза при пластиці защемлених вентральних гриж / І. В. Мельник, М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк // АМЛ. – 2009. – XV, №3. – С. 35–36.
14. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // Клінічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 10–16.
15. Плешков В. Г. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные проблемы / В. Г. Плешков, О. И. Агафонов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2009. – Т. II, № 3. – С. 247–254.
16. Тимошин А. Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 5–10.
17. Томнюк Н. Д. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ущемленных грыж и пути их улучшения / Н. Д. Томнюк, И. А. Рябков, А. Н. Черных // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 6. – С. 88–90.
18. Ярема И. В. Пластика пахового канала по Трабуко / И. В. Ярема, Б. С. Сухинина // Вестн. герниологии. – 2008. – Вып. 3. – С. 135–141.
19. Balen E. M. Repair of ventral hernias with expanded polytetrafluoroethylene patch / E. M. Balen, A. Dies-Caballero // Br. J. Surg. – 1998. – Vol. 85, No. 10. – P. 1415–1418.

Отримано 17.03.16