

УДК 617-089:617.55:616-007.43:616.12:616.2

*I.V. Камінський, О.Ю. Гербали*

Особливості хірургічного лікування хворих зі складними формами гриж живота й супутньою кардіореспіраторною дисфункцією

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь
ДЗ «Відділкова клінічна лікарня станції Сімферополь
ДП «Придніпровська залізниця», м. Сімферополь

Ключові слова: грижа, ускладнення, зовнішнє дихання, внутрішньочеревний тиск, гемодинаміка.

Лікування післяопераційних вентральних гриж (ПВГ) — актуальна проблема сучасної абдомінальної хірургії [1, 4, 5, 8, 11, 19, 26]. Від 2,0 до 15,0 % лапаротомій, які виконують з приводу різних захворювань органів черевної порожнини, закінчуються формуванням ПВГ, при цьому гризовий дефект може досягати значних розмірів [27]. Водночас пластика гризових воріт особистими тканинами призводить до зменшення об'єму черевної порожнини, різкого зростання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) і посилення натягування тканин черевної стінки [7, 15]. Своєю чергою, це зумовлює значні порушення в системах дихання і кровообігу [10, 16, 22]. Залишається відкритим питання визначення компенсаторних можливостей організму при значній реконструкції передньої черевної стінки [6]. Основною причиною смертності й незадовільних результатів оперативного лікування ПВГ слугує розвиток серцево-легеневої недостатності в ранньому післяопераційному періоді [9, 21, 25]. Особливо великий ризик серцево-легеневих ускладнень існує у хворих похилого і старечого віку, серед яких, за даними літератури, у 75,0 % пацієнтів під час обстеження виявляють від 3 до 6 серйозних супутніх захворювань, що потребують попереднього лікування або доопераційної корекції порушених функцій органів і систем [3].

Найвищий відсоток грижеутворення відмічено в пацієнтів з надлишковою масою тіла. Серед хворих із ПВГ ожиріння (ОЖ) спостерігається у 70,0—90,0 % [28] осіб. Водночас надлишкова маса тіла сприяє виникненню серцево-легеневих ускладнень [13, 14]. Супутнє ОЖ призводить до розвитку гігантських гриж. Комбінація ПВГ і ОЖ формує категорію «складних гриж», які часто навіть досвід-

чених хірургів примушують відмовитися від оперативного втручання [12, 18, 23]. Основний у цьому зв'язку — принцип диференційного індивідуального підходу до вибору методу операції [2, 17, 24]. Неправильний вибір оперативного втручання може призвести до підвищення ВЧТ, а отже, і до серцево-судинних та бронхолегеневих ускладнень.

Мета дослідження — покращити результати хірургічного лікування хворих зі складними формами гриж живота й супутньою патологією кардіореспіраторної системи.

Матеріали та методи

Здійснено аналіз лікування 130 пацієнтів з ПВГ (ретроспективно — 59 осіб), які надійшли в плановому порядку для оперативного лікування в КРУ КТМО «Університетська клініка» і ДЗ «Відділкова клінічна лікарня станції Сімферополь ДП «Придніпровська залізниця» з 2005 по 2011 рр. 71 (54,6 %) пацієнт склав основну групу, в якій проводилась спеціалізована профілактика серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень, і 59 (45,4 %) хворих склали групу порівняння. Із загальної кількості гриженосіїв основної групи чоловіків було 9 (12,7 %), жінок — 62 (87,3 %). Середній вік пацієнтів становив $(58,2 \pm 1,1)$ року.

Для характеристики обстежених хворих з ПВГ використовували класифікацію J.P. Chevrel і A.M. Rath (SWR — Classification, 2000) (табл. 1).

Усі пацієнти мали різні супутні захворювання. Найширше зафіксоване поєднання було — грижа — серцево-судинне захворювання — ОЖ. Структуру супутньої патології наведено в табл. 2.

Значним чинником ризику післяопераційних ускладнень вважали ОЖ, від якого страждали 56 (78,9 %) обстежених хворих з ПВГ. Під час

Таблиця 1
Розподіл хворих основної групи з ПВГ за критеріями класифікації J.P. Chevrel і A.M. Rath (2000)

Критерій класифікації	Кількість хворих (n = 71)
1. За локалізацією	
Середня (M)	63
Бокова (L)	6
Поєднана (M L)	2
2. Ширина гризових воріт	
W ₁ (до 5 см)	6
W ₂ (5—10 см)	6
W ₃ (10—15 см)	42
W ₄ (більше 15 см)	17
3. Частота рецидивів	
R ₀	41
R ₁	17
R ₂	13
R ₃	—
R ₄ і більше	—

Таблиця 2
Структура і частота супутньої патології у хворих основної групи з ПВГ (n = 71)

Характер патології	Кількість хворих, %
Гіпертонічна хвороба (I, II, III стадія)	14 (19,7)
Ішемічна хвороба серця (стабільна стенокардія напруги II і III ФК)	32 (45,1)
Хронічні захворювання органів дихання (хронічний обструктивний бронхіт, хронічна пневмонія, бронхіальна астма, пневмосклероз, емфізема легень)	12 (16,9)
Цукровий діабет 2 типу	4 (5,6)
ОЖ (I—III ступені)	56 (78,9)
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	5 (7,0)
Хронічний пієлонефрит	4 (5,6)
Спайкова хвороба органів черевної порожнини	17 (23,9)
Жовчнокам'яна хвороба	5 (7,0)
Фіброміома матки	2 (2,8)
Пупкова грижа	1 (1,4)
Виразкова хвороба шлунка	1 (1,4)
Хронічний апендицит	1 (1,4)
Багатовузловий зоб	2 (2,8)
Остеохондроз	1 (1,4)

Примітка. Усі супутні патології були компенсовані.

обстеження пацієнтів ступінь ОЖ визначали відповідно до класифікації Міжнародної групи ВООЗ з ОЖ залежно від показника індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували за формулою: маса тіла в кілограмах, поділена на зріст людини в

метрах, зведений до квадрату (кг/м²) (критерії ВООЗ, 1997).

Розподіл хворих за статтю, ступенем ОЖ та розміром грижі подано в табл. 3.

Клінічне обстеження охоплювало загальноклінічні та спеціальні методи дослідження. Вимірювання ВЧТ проводили шляхом його непрямого визначення в сечовому міхурі до і після операції. УЗД передньої черевної стінки для діагностики ПВГ і оцінки стану тканин у ділянці гризового дефекту виконували ультразвуковим сканером SSA-90 (Toshiba, Японія).

Для оцінки стану гемодинаміки використовували у всіх хворих з ПВГ показники артеріального тиску (АТ) і дані ЕКГ. Оцінку стану центральної гемодинаміки проводили методом тетраполярної грудної реографії (ТГР) за М.І. Тищенко (1971—1973). Отримані дані у хворих з ПВГ порівнювали із загальноприйнятими кількісними показниками для здорових осіб. Визначали ударний об'єм серця (УОС), хвилинний об'єм кровообігу (ХОК), загальний периферичний судинний опір (ЗПСО).

Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) вивчали у всіх хворих за даними комп'ютерного аналізу спірограми і кривої «потік—об'єм» з використанням комплексу дихальної апаратури «Erich Eger». Розраховували життєву ємність легень (ЖЄЛ), форсовану життєву ємність легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁). Для оцінки вираженості порушень ФЗД до операції в пацієнтів з ПВГ враховували дані класифікації Л.Л. Шика і М.М. Канаєва (2005).

Результати та обговорення

У ході проведених досліджень було встановлено, що серед пацієнтів з ОЖ великі грижі спостерігались у 30 (42,2 %) осіб, гігантські — у 16 (22,5 %), тоді як серед хворих з нормальною масою тіла грижі великих і гігантських розмірів виявлені у 12 (16,9 %) і 1 (1,4 %) пацієнта відповідно.

Основне в аналізі клінічного матеріалу — вивчення чинників, які сприяють формуванню ПВГ після раніше перенесених абдомінальних операцій. Порівняльний аналіз свідчить, що планова лапаротомія ускладнилась грижеутворенням у 30 (42,6 %) осіб. Місцеві післяопераційні ускладнення (нагноєння ран, лігатурні абсцеси, нориці, гранульоми) спостерігались у 23 (32,4 %) хворих, із них 6 (26,1 %) пацієнтів перенесли релапаротомію з приводу перитоніту. У 28 (39,4 %) хворих сформувались післяопераційні колоїдні рубці. Під час вивчення характеру загоєння операційних ран виявилось, що у 68 (95,8 %) осіб грижі виникли після первинного загоєння ран, у 3 (4,2 %) — після вторинного загоєння на всій площині рани.

Таблиця 3

**Розподіл хворих основної групи з ПВГ за ступенем ОЖ, статтю та розміром грижі
(абсолютна кількість, відсоток (%) від загальної кількості)**

Ступінь ОЖ	Стать	Розмір грижі								Усього хворих абс./%
		мала		середня		велика		гігантська		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Без ОЖ	Ж.	0	0	1	1,4	12	16,9	1	1,4	16/22,5
	Ч.	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	
I	Ж.	2	2,8	1	1,4	10	14,1	1	1,4	20/28,2
	Ч.	0	0	2	2,8	4	5,6	0	0	
II	Ж.	3	4,2	1	1,4	12	16,9	2	2,8	18/25,4
	Ч.	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	Ж.	0	0	0	0	4	5,6	12	16,9	17/23,9
	Ч.	0	0	0	0	0	0	1	1,4	
Разом	Ж.	5	7,0	3	4,2	38	90,5	16	22,5	62/87,3
	Ч.	1	1,4	3	4,2	4	9,5	1	1,4	
Усього		6	8,4	6	8,4	42	59,3	17	23,9	71/100

Примітка. Абс. — абсолютна кількість хворих із ПВГ; % — відсоток хворих із ПВГ від загальної кількості пацієнтів.

Наявність грижового випинання в зоні післяопераційного рубця 5 (7,0 %) хворих відмітили протягом першого місяця після оперативного втручання, 38 (53,5 %) — протягом першого року. У 21 (29,6 %) пацієнта грижа сформувалась у ділянці післяопераційного рубця через 1—3 роки після хірургічного лікування, у 7 (9,9 %) — через 4 і більше років.

На основі анамнестичних даних ми проаналізували причини повернення захворювання у 30 (42,9 %) пацієнтів з рецидивами ПВГ. Причини місцевого характеру спостерігалися у 21 (30,0 %) пацієнта, з них у 12 (17,1 %) рецидиви виникли у зв'язку з тривалим нагноєнням післяопераційних ран, у 3 (4,3 %) — через наявність рецидивних лігатурних нориць і в 6 (8,6 %) — у зв'язку з утворенням сером. Причини загального характеру були в 6 (8,6 %) хворих: у 2 (2,9 %) — повторне повернення ПВГ настало ще в стаціонарі після рецидивного парезу кишечника, в 1 (1,4 %) жінки рецидив виник після вагітності й важких пологів, у 3 (4,3 %) чоловіків повтор хвороби пов'язували з раннім поверненням їх на важку роботу.

Третя група причин, які сприяли рецидивам, полягала в недотриманні профілактичних рекомендацій. Такі причини виявлено у 3 (4,3 %) осіб. У всіх випадках рецидиви захворювання виникли після невдалих автопластичних грижесічень.

Більшість обстежених нами пацієнтів страждали від великих і гігантських гриж. Численні грижі (від 2 до 5 і більше дефектів) були наявні у 12 (17,1 %) пацієнтів. При цьому вони частіше зустрічались у жінок (10 (14,3 %)), ніж у чоловіків (2 (2,9 %)).

Вправні грижі зустрічались у 23 (32,9 %) випадках, із них частково вправні — в 11 (15,7 %). Невправні ПВГ були у 48 (68,9 %) хворих. Ця категорія пацієнтів входить у групу найвищого ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

У 27 (39,6 %) осіб післяопераційні грижі поєднувалися з діастазом прямих м'язів живота II ступеня.

Стаж гриженосійства до 1 року відмічено у 6 (8,6 %) осіб, від 1 до 2 років — у 28 (40,0 %), від 3 до 5 років — у 9 (12,9 %), від 6 до 10 років — у 13 (18,6 %), від 10 до 15 років — у 7 (10,0 %) і більше 15 років — у 8 (11,4 %) осіб.

Вищий відсоток зустрічальності невірних великих (13 (18,6 %) осіб) і гігантських (16 (22,9 %) осіб) гриж відмічено серед гладких хворих жінок. В осіб із надлишковою масою тіла частіше зустрічались рецидивні грижі (10 осіб — 14,3 %). У хворих без ОЖ рецидивні грижі спостерігались у 4 (5,7 %) осіб. Серед пацієнтів, які страждають від ОЖ, численні грижі виявлено у 9 (12,9 %) випадках, без ОЖ — у 3 (4,3 %).

Необхідність урахування всіх даних у наших дослідженнях у хворих з ПВГ суттєво впливала на вибір способу операції, її результати й частоту розвитку післяопераційних екстраабдомінальних ускладнень.

Виходячи з клінічних даних у хворих з ПВГ як об'єктивних критеріїв у виборі найраціональнішого способу операції, особливу увагу ми приділяли чинникам ризику серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень. Насамперед зараховували до них такі: великі розміри грижового випинання й ширину грижового дефекту 10 і більше сантиметрів, кількість раніше виконаних грижесічень, вік хворого понад 60 років, надлишкову масу тіла.

Таблиця 4

Початкові показники центральної гемодинаміки в обстежених хворих з ПВГ (М ± m)

Показник	Контроль (n = 11)	Група обстеження		Достовірність відмінностей
		Без супутньої патології (n = 25)	Хворі з ГХ (n = 14)	
УОС, мл	74,6 ± 4,3	69,8 ± 4,1	44,6 ± 5,3	p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
МОК, мл/хв	4,530 ± 256,0	4,152 ± 101,0	3198 ± 405,0	p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
ЗПСО, дин. × с × см ⁻⁵	1937 ± 108,0	2036 ± 457,0	3618 ± 556,0	p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
СГД, мм рт. ст.	104,2 ± 2,1	118,4 ± 4,2	128,4 ± 5,7	p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05

Примітка. p₁₋₂ — достовірність відмінностей між групою контролю і хворими без супутньої патології; p₁₋₃ — між контролем і хворими з ГХ; p₂₋₃ — між основними групами спостереження.

Спосіб герніопластики в основній групі хворих з ПВГ обирали з урахуванням показників внутрішнього тиску (ВТ) і ВЧТ в умовах бандажної компресії живота (при максимальному зближенні боків гризового дефекту створювали умови, максимально наближені до таких, які виникають після герніопластики).

З урахуванням ризику розвитку серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень, а також показників ВТ і ВЧТ в умовах бандажної компресії живота всі хворі з ПВГ основної групи були розподілені на три підгрупи.

Першу підгрупу склали 12 (16,9 %) хворих з ПВГ малих і середніх розмірів. Середній вік пацієнтів становив (54,1 ± 1,3) року, жінок було 9 (12,7 %), чоловіків — 3 (4,2 %). Показники ВТ (ЖЄЛ, ОФВ₁ хвилиної вентиляції легень (ХВЛ) склали в середньому (80,3 ± 2,1) % від потрібних величин, ВЧТ — (6,0 ± 1,3) мм рт. ст. в умовах бандажної компресії живота. Оптимальним варіантом хірургічного втручання в цих хворих була автопластика за Сапежко (7 пацієнтів) і Мейо (5 хворих).

Другу підгрупу склали 42 (59,1 %) особи з ПВГ великих розмірів. Середній вік пацієнтів становив (56,4 ± 1,4) року, жінок було 37 (52,1 %), чоловіків — 5 (7,0 %). Показники ВТ (ЖЄЛ, ОФВ₁, ХВЛ) склали в середньому (70,3 ± 3,1) % від потрібних величин, ВЧТ — (12,0 ± 1,2) мм рт. ст. в умовах бандажної компресії живота. Цим пацієнтам виконувалась алогерніопластика способом «sublay» (31 хворий) і «onlay» (11 пацієнтів).

Третю підгрупу склали 17 (23,9 %) хворих з ПВГ гігантських розмірів. Середній вік пацієнтів становив (60,4 ± 1,3) року, жінок було 9 (12,7 %),

чоловіків — 8 (11,3 %). Показники ВТ (ЖЄЛ, ОФВ₁, МВЛ) склали в середньому (62,1 ± 2,4) % від потрібних величин, ВЧТ — (20,0 ± 1,8) мм рт. ст. в умовах бандажної компресії живота. В 11 хворих була виконана операція розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки модифікованим способом «Ramirez» [20]. Частина пацієнтів (6) цієї підгрупи були прооперовані за методикою паліативної корекції черевної стінки за Тосканим—Жебровським. Цей спосіб застосовувався в тих випадках, коли звести швами боки гризових воріт неможливо або небезпечно.

Висновок про фізичний стан і компенсаторні можливості різних органів і систем у хворих з ПВГ формулювався за низкою функціональних і лабораторних показників.

Стан серцево-судинної системи й гемодинаміки оцінювали за показниками АТ, ЕКГ і ТГР. Показники центральної гемодинаміки у хворих із ПВГ варіювали в достатньо широких межах, у зв'язку з чим їх аналіз проводився індивідуально в кожному конкретному випадку. Характерними були особливості зміни гемодинаміки в пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ). У табл. 4 подано середні гемодинамічні показники у хворих із ПВГ при надходженні у 2 групах: в осіб без супутньої патології серцево-судинної системи та у хворих з ГХ.

Як видно з табл. 4, у хворих з ГХ наявні суттєві зміни гемодинаміки. Вони характеризуються статистично достовірним зменшенням показників УОС і МОК як відносно контрольної групи, так і в порівнянні з хворими без супутньої патології з боку серцево-судинної системи. Одночасно реєструється збільшення ЗПСО і СГД. Клінічно пацієнти

енти цієї групи скаржилися на головний біль різної інтенсивності й локалізації, запаморочення, шум у вухах, біль у ділянці серця, задишку.

Необхідно зазначити, що зниження МОК і підвищення ОПСС достатньо часто спостерігалися у хворих із ПВГ великих і гігантських розмірів без супутньої серцево-судинної патології. У цьому випадку зміни гемодинаміки ми пов'язували з її перебудовою, зумовленою грубими порушеннями топографії передньої черевної стінки.

Дані про ступені виявлених за даними спірографії порушень ФЗД в обстежених хворих подані в табл. 5.

Основною причиною порушень ФЗД в обстежених хворих із ПВГ були супутні хронічні захворювання легень і бронхів. Серед них найчастіше спостерігався хронічний обструктивний бронхіт, хронічна пневмонія, а також емфізема легень, бронхоектатична хвороба, бронхіальна астма, пневмосклероз. Давність захворювання складала від 3 до 25 років.

У всіх хворих з порушенням ФЗД була компенсована або субкомпенсована дихальна недостатність (ДН) (табл. 6).

При ДН I ступеня ці порушення характеризувалися зниженням ЖЄЛ до $(82,8 \pm 2,57) \%$, ОФВ₁ — до $(83,6 \pm 3,16) \%$ і коефіцієнта Тіффно — до $(82,8 \pm 3,12) \%$, а при ДН II ступеня ЖЄЛ знижувалась до $(69,0 \pm 4,12) \%$, ОФВ₁ складала $(79,8 \pm 2,97) \%$ л/с, а індекс Тіффно дорівнював $(72,4 \pm 2,02) \%$.

Такі показники були критичними при визначенні можливості виконання планової операції і слугували обґрунтуванням для проведення передопераційної підготовки з метою підвищення резервних можливостей системи дихання.

Особливу увагу при виконанні операцій ми приділяли змінам ВЧТ у хворих з протезувальною герніопластикою. У 37 пацієнтів початкові значення ВЧТ коливалися в межах від 5 до 11 мм рт. ст. Уже під час операції тиск стабільно підвищувався, складаючи 12—18 мм рт. ст. Ці значення характеризували I ступінь внутрішньочеревної гіпертензії і слугували критерієм можливості виконання радикальної герніопластики. Під час моніторингу

Таблиця 5

Розподіл обстежених хворих із ПВГ залежно від вираженості порушень ФЗД

Вираженість порушень ФЗД	Кількість хворих (n = 71)
Без порушень	11
Помірні	34
Значні	19
Різкі	7

ВЧТ в післяопераційному періоді ці значення утримувалися протягом 2 діб і починали знижуватися на тлі відновлення перистальтики. На кінець 2—3-ої доби ВЧТ зазвичай складав 11—14 мм рт. ст. У 4 хворих у ці строки післяопераційного періоду на тлі уповільненого відновлення перистальтики спостерігалось більш значне підвищення ВЧТ — до значень 18—20 мм рт. ст. Ці явища були куповані після додаткової стимуляції кишечника.

У 28 оперованих хворих ВЧТ під час операції підвищувався до 18—24 мм рт. ст., що відповідало II ступеню внутрішньочеревної гіпертензії і не було протипоказанням для виконання радикальної герніопластики. Водночас у 4 пацієнтів із IV ступенем ризику при таких показниках виконували герніопластику «без натягування». Підвищення ВЧТ під час операції понад 24 мм рт. ст. вважали абсолютним показанням для паліативної корекції черевної стінки (6 хворих).

В одного пацієнта тиск у черевній порожнині підвищувався до 20—32 мм рт. ст. У 3 хворих до кінця 2-ої — початку 3-ої доби після операції на тлі парезу кишечника ВЧТ підвищувався до 30—40 мм рт. ст., що характеризувало III ступінь внутрішньочеревної гіпертензії. Клінічно це супроводжувалося різким надуванням живота, розвитком синдрому легенево-серцевої недостатності.

Аналізуючи отримані в наших дослідженнях дані про клінічні, функціональні й лабораторні показники фізичного стану хворих з ПВГ, найбільш значущими чинниками ризику ранніх післяопераційних серцево-судинних і бронхолегене-

Таблиця 6

Показники спірограм у хворих із ПВГ

Показник	Контроль (n = 10)	ДН (стадія)	
		Компенсована	Субкомпенсована
ЖЄЛ	$93,7 \pm 3,12$	$82,8 \pm 2,57$	$69,0 \pm 4,12$
ФЖЄЛ	$84,5 \pm 3,3$	$83,4 \pm 1,12$	$79,6 \pm 3,02$
ОФВ ₁	$97,6 \pm 4,12$	$83,6 \pm 3,16$	$79,8 \pm 2,97$
ОФВ ₁ /ЖЄЛ	$101,3 \pm 2,95$	$82,8 \pm 3,12$	$72,4 \pm 2,02$

Таблиця 7
Результати хірургічного лікування хворих із ПВГ великих і гігантських розмірів з урахуванням профілактики серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень

Ускладнення	Основна група (n = 71)	Група порівняння (n = 59)
Післяопераційна пневмонія	1 (1,7 %)	2 (3,4 %)
Гостра легенево-серцева недостатність	1 (1,7 %)	3 (5,1 %)
Тромбоемболія	—	2 (3,2 %)

вих ускладнень слід визнати великі й гігантські розміри грижі, рецидив грижі, вік понад 60 років, супутню хронічну патологію кардіореспіраторної системи, ОЖ, підвищення ВЧТ після герніопластики, порушення імунітету.

У цьому зв'язку основним у передопераційній підготовці, спрямованій на попередження виникнення ранніх серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень, було підвищення резервних можливостей систем дихання і кровообігу, зокрема їх адаптація до можливого підвищення ВЧТ після виконання герніопластики, санація трофічних розладів шкіри й вогнищ хронічного запалення тканин у ділянці грижі, профілактика й лікування загострень хронічних екстраабдомінальних захворювань, підготовка кишечника, заходи із профілактики парезу кишечника, усунення синдрому ендогенної інтоксикації, імуномодулювальна терапія, комплексна корекція гомеостазу.

Важливе значення в комплексі заходів із підготовки до операції ми надавали підготовці кишечника, що сприяло зменшенню зашлакованості кишечника і швидшому відновленню перистальтики в післяопераційному періоді.

З метою підвищення ефективності передопераційної підготовки, корекції хронічної ендогенної інтоксикації, корекції порушень процесів ліпоперекиснення, нормалізації стану гемодинаміки у хворих із ПВГ до комплексу лікувальних заходів додавали інфузійну терапію з використанням полііонних розчинів, розчину глюкози, тренталу, комплексу вітамінів, кардіометаболічних препаратів, гіпотензивних засобів та антиоксидантів.

Для профілактики бронхолегеневих ускладнень до операції у хворих з високим ризиком їх виник-

нення призначали курс лікувальної дихальної гімнастики, масаж грудної клітки, відхаркувальні мікстури або аерозолі, інгаляції, профілактичний чи лікувальний курс антибіотикотерапії в поєднанні з внутрішньотканним електрофорезом.

Найбільший ризик підвищення ВЧТ з наступним розвитком гострої дихальної та серцево-судинної недостатності внаслідок переміщення під час операції в черевну порожнину органів, які знаходяться в грижовому мішку, і пластикою грижового дефекту із зіставленням його боків мали хворі з ПВГ великих і гігантських розмірів. Враховуючи ці обставини, у цій групі пацієнтів необхідним було проведення заходів, спрямованих на адаптацію до умов підвищеного ВЧТ після реконструктивної операції. З цією метою використовували бандажування — прийом, який дозволяє моделювати умови, що складаються в черевній порожнині після операції. Цю методику використовували у 38 хворих із вправленими ПВГ. У пацієнтів з невправленими грижами виконання бандажування живота вважали протипоказаним у зв'язку з ризиком стиснення органів, що знаходяться в грижовому мішку. Бандажування поєднували з призначенням хворим комплексу лікувальної фізкультури, спрямованого на розширення функціональних можливостей легень і на нормалізацію функції серцево-судинної системи.

Результати хірургічного лікування хворих з ПВГ великих і гігантських розмірів з урахуванням профілактики серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень подані в табл. 7.

Висновки

Таким чином, зниження частоти розвитку серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень у післяопераційному періоді у хворих з післяопераційними вентральними грижами й поліпшення результатів лікування цих пацієнтів у цілому прямо залежить від своєчасної діагностики чинників ризику екстраабдомінальних ускладнень і ефективності їх профілактики на всіх етапах лікування. Вибір способу герніопластики при післяопераційних вентральних грижах з урахуванням функції зовнішнього дихання і внутрішньочеревного тиску в умовах бандажної компресії живота сприяє зменшенню частоти серцево-судинних і бронхолегеневих ускладнень з 11,7 до 3,4 %.

Література

1. Адамян А.А. Путь герниопластики в герниологию и современные ее возможности // Материалы I Международ. конф. «Современные методы герниопластики с применением полимерных имплантатов». — М., 2003. — С. 15.
2. Березницький Я.С., Яльченко Н.А. Уніфікація формування клінічного діагнозу у хворих з грижами черевної стінки // Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 1—2. — С. 74—76.

3. Боровський О.О., Верещагін Ф.Ф., Карий Я.В. та ін. Вибір методу оперативного лікування гриж передньої черевної стінки у людей похилого віку // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 1. — С. 153—157.
4. Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. — Минск: Беларусь, 1986. — 159 с.
5. Ботезату А.А., Грудко С.Г. Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж // Хирургия. — 2006. — № 8. — С. 54—58.
6. Воленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 5—68.
7. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. — М.: Медпрактика, 2002. — 148 с.
8. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Выбор способа реконструкции брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи с использованием данных ультразвукового сканирования // Клінічна хірургія. — 2002. — № 5—6. — С. 11.
9. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Воронский С.Н. и др. Вопросы профилактики послеоперационных раневых осложнений и интоксикации у больных с грыжами живота // Акт. пробл. неотложной хирургии: Материалы конф., посвящ. 75-летию засл. деят. наук, проф. Тоскина К.Д. — Симферополь, 1997. — С. 9—7.
10. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. — 2005. — Т. 164, № 6. — С. 33—37.
11. Ильченко Ф.Н. Особенности лапароскопической герниопластики при послеоперационных грыжах брюшной стенки // Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю «Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів». — Алушта, 2004. — С. 98—100.
12. Ильченко Ф.Н., Барановский Ю.Г., Сербул М.М. Воспалительная концепция патогенеза послеоперационной грыжи брюшной стенки и основные направления профилактики раневых осложнений герниопластики // Клінічна хірургія. — 2010. — № 3 (804). — С. 39—44.
13. Мамедов М.Н., Горбунов В.М., Киселева Н.В. и др. Особенности структурно-функциональных изменений миокарда и гемодинамических нарушений у больных с метаболическим синдромом: вклад артериальной гипертензии в формировании суммарного коронарного риска // Кардіологія. — 2010. — № 11. — С. 11—16.
14. Митченко Е.И. Актуальность метаболического синдрома в профилактике острых сердечно-сосудистых событий: преувеличение риска или недооценка очевидного // Український кардіологічний журн. — 2010. — № 9. — С. 21—54.
15. Петренко Г.Д., Сипливий В.А., Петренко Д.Г. и др. Выбор способа герниопластики при сложных дефектах брюшной стенки у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами // Хірургія України. — 2011. — № 3 (39) (Додаток 1). — С. 99—100.
16. Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Білощичкий В.Ф. та ін. Вплив внутрішньочеревного тиску на кардіореспіраторну систему у хворих на післяопераційні вентральні грижі // Хірургія України. — 2011. — № 3 (39) (Додаток 1). — С. 100—102.
17. Тиммербулатов В.М., Попов О.С., Попова О.В. и др. Абдоминопластика при операциях по поводу вентральных грыж // Хирургия. — 2006. — № 4. — С. 24—27.
18. Тиммербулатов В.М., Попов О.С., Попова О.В. и др. Медико-социальная эффективность вентрального грыжесечения в сочетании с абдоминопластикой // Анналы хирургии. — 2005. — № 3. — С. 60—63.
19. Фелештинский Я., Пиотрович С. Современные технологии хирургического лечения грыж брюшной стенки с использованием пластических материалов // Doctor. — 2004. — № 4. — С. 72—74.
20. Фелештинський Я.П., Мамчин В.І., Дубенець В.О. Герніопластика складних гігантських дефектів черевної стінки // Матеріали науч.-практ. конф. с международ. участием «Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций». — Алушта, 2006. — С. 174—176.
21. Alexander J.H., Aouad K., Bethoux J.P. et al. Recent advances in incisional hernias treatment // Hernia. — 2000. — Suppl. 4. — P. 1—2.
22. Ballantine A., Jawaheer G., Munro F.D. Contralateral groin exploration not justified in infants with a unilateral inguinal hernia // Br. J. Surg. — 2001. — Vol. 88, N 5. — P. 720—723.
23. DeBord J.R. The historical development of prosthetics in hernia surgery // Surg. N. Am. — 1998. — Vol. 78. — P. 1089—1102.
24. Gorskii V.A., Faller A.P., Ovanesian E.R. et al. Causes of the formation of hernias after laparoscopic cholecystectomy // Vestn. Khir. Im. I.I. Grek. — 2008. — Vol. 167, N 4. — P. 81—84.
25. Hope W.W., Lincourt A.E., Newcomb W.L. et al. Comparing quality-of-life outcomes in symptomatic patients undergoing laparoscopic or open ventral hernia repair // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. — 2008. — Vol. 18, N 4. — P. 567—571.
26. Jagad R.B. Laparoscopic ventral hernia repair: a new method for fixation of the mesh with sutures // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2008. — Vol. 18, N 3. — P. 277—279.
27. Toy F., Bailey R., Carey S. et al. Multicenter postoperative study of laparoscopic ventral hernioplasty: preliminary results // Surg. Endosc. — 1998. — Vol. 12, N 7. — P. 955—999.
28. Vichová B., Oravský M., Schnorrer M. Ventral hernia associated with morbid obesity — when is surgery indicated? // Rozhl. Chir. — 2008. — Vol. 87, N 6. — P. 328—331.

И.В. Каминский, О.Ю. Гербали

Особенности хирургического лечения больных со сложными формами грыж живота и сопутствующей кардиореспираторной дисфункцией

Проведен анализ лечения 130 больных со сложными формами грыж живота и сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем. Изучено состояние гемодинамики и внешнего дыхания у больных с данной сопутствующей патологией. Установлено, что неправильный выбор оперативного вмешательства может привести к повышению внутрибрюшного давления, а соответственно к сердечно-сосудистым и бронхолегочным осложнениям. Снижение частоты развития сердечно-сосудистых и бронхолегочных осложнений в послеоперационном периоде у больных с послеоперационными вентральными грыжами и улучшение результатов лечения этих больных в целом находится в прямой зависимости от своевременной диагностики факторов риска экстра-абдоминальных осложнений и эффективности их профилактики на всех этапах лечения. Выбор способа герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах с учетом внутреннего давления и внутрибрюшного давления в условиях бандажной компрессии живота способствует уменьшению частоты сердечно-сосудистых и бронхолегочных осложнений с 11,7 до 3,4 %.

I.V. Kaminsky, O.Yu. Gerbali

The particularities of the surgical treatment of patients with complex forms of the abdominal with accompanying cardio-respiratory dysfunction

The analysis has been held of the results of treatment of 130 patients with complex forms of the abdominal with accompanying cardio-respiratory dysfunction. The state of hemodynamics and external breathing has been studied in the patients with this combined pathology. It has been established that wrong choice of surgical intervention can result in the increase of intra-abdominal pressure, and as a consequence, to the cardiovascular and bronchopulmonary complications. The reduction of the frequency of the cardiovascular and bronchopulmonary complications' development in the postoperative period of patients with postoperative ventral hernias and general improvement of the result of treatment directly correlate with the timely diagnosis of the risk factor for extra-abdominal complications and efficiency of their preventive maintenance on all stages of the treatment. The choice of hernioplasty method for the postoperative ventral hernias with account of PVh and intra-abdominal pressure in conditions of bandage compression of abdomen, promoted to the reduction of the rate of cardiovascular and bronchopulmonary complications from 11.7 % to 3.4 %.