

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНУ ВЕНТРАЛЬНУ ГРИЖУ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ

Резюме. Хірургічне лікування пацієнтів із вентральною грижею є однією із важливих проблем хірургії органів черевної порожнини.

Мета дослідження – на основі аналізу літературних даних визначити головні пріоритетні напрямки, що потребують подальшого вивчення і розробки при хірургічному лікуванні хворих на післяопераційну вентральну грижу за умов коморбідності.

Матеріали і методи. Проведено огляд літературних джерел, присвячений вивченню питання хірургічного лікування хворих на післяопераційну вентральну грижу за умов коморбідності.

Результати досліджень та їх обговорення. Від 3 до 19 % усіх лапаротомій ускладнюються формуванням післяопераційної вентральної грижі (ПОВГ) із тенденцією до зростання. 60 % пацієнтів із ПОВГ є працездатного віку, що визначає проблему лікування таких хворих не тільки як медичну, але і як соціальну. Відсоток рецидивувань складає 4,3–46 %, а при великих і гігантських ПОВГ сягає 80 % з летальністю 12–21 % у хворих старшої вікової групи. У пацієнтів із морбідним ожирінням ризик виникнення ПОВГ як після лапаротомних, так і після лапароскопічних операційних втручань підвищується в 3–4 рази та складає 28–45 %. Досвід активного застосування сіток у хірургії ПОВГ продемонстрував значні переваги поліпропіленових монофіламентних матеріалів, порівняльна оцінка яких є досить стриманою. Аналіз літератури підкреслює, що результат хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж залежить як від місцевих чинників у зоні імплантації сітчастого ендопротеза, так і від загального стану організму.

Висновки. Залишається невирішеною проблема підвищеної ексудації рідини в ділянці імплантації сітки, відсутня порівняльна оцінка тканинної реакції на сітку з різною питомою вагою вмісту пролену та діаметром пор. Відсутні критерії вибору імплантата та способу операційного втручання у хворих із недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ). Недостатньо висвітлені можливості сонографічного моніторингу з метою оцінки стану тканин у зоні імплантації сітки в післяопераційному періоді. Все це підлягає подальшому науковому вивченню.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа; коморбідність; недиференційована дисплазія; цитокіни; ускладнення.

Хірургічне лікування пацієнтів із післяопераційною вентральною грижею (ПОВГ) продовжує залишатись однією із важливих проблем хірургії органів черевної порожнини. Частка герніопластик складає 10–21 % від усіх виконаних операційних втручань на органах черевної порожнини. Збільшення чисельності й складності виконання операційних втручань на органах черевної порожнини зумовило зростання кількості післяопераційних вентральних гриж [8, 10, 46]. Незважаючи на швидкий розвиток малоінвазивних технологій у хірургії, кількість хірургічних втручань, виконаних звичайним лапаротомним доступом, є досить високою [12, 15]. За даними літератури, 3–19 % усіх лапаротомних операційних втручань ускладнюються формуванням післяопераційної вентральної грижі, що складає 20–26 % від загальної кількості черевних гриж [7, 8, 10, 38, 46]. Цікавим, на наш погляд, є те, що частота середньох післяопераційних вентральних гриж має тенденцію до зростання і складає 57–83 % від усіх черевних гриж [1, 13]. Статистично доведено, що 60 % пацієнтів із післяопераційною вентральною грижею є працездатного віку, що визначає проблему лікування таких хворих не тільки як медичну, але і як соціальну [40]. Зважаючи на результати хірургічного лікування ПОВГ, слід відмітити значний відсоток рецидивувань, який складає 4,3–46 % [22], а при великих і гігантських післяопераційних вентральних грижах сягає 80 % із летальністю 12–21 %, особливо у пацієнтів старшої вікової групи за умов коморбідності [13]. За даними The Ventral Hernia Working Group (VHWG), упродовж 5 років спостережень після операцій із приводу ПОВГ частота повторних операцій після першого рецидиву складає 24 %, після другого – 35 %, після третього – 39 % [39].

Збільшення частоти розвитку ПОВГ пов'язано із збільшенням кількості пацієнтів похилого і старечого віку, а також із наявною у них супровідною патологією серцево-судинної та дихальної систем, захворюваннями, що су-

проводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску, а також наявним ожирінням – 70–90 % [13, 22, 23, 30]. У пацієнтів із морбідним ожирінням ризик виникнення ПОВГ як після лапаротомних, так і після лапароскопічних операційних втручань підвищується в 3–4 рази і складає 28–45 % [13, 22, 23, 30, 48].

Близько 50 % післяопераційних вентральних гриж виникає протягом 2 років із моменту проведення операційного втручання, 74 % – після 3 років [44]. Результати досліджень деяких закордонних авторів показали, що грижі можуть розвиватись і протягом 30 днів після операційного втручання, перенесеного напередодні [35]. Дві основні класифікації післяопераційних вентральних гриж, що існують сьогодні, повною мірою дозволяють проводити достовірні статистичні дослідження в різних групах пацієнтів у співвідношенні з відсотком рецидивів. Першу класифікацію J. P. Chevrel, A. M. Rath (SWR-classification) прийнято на XXI Міжнародному конгресі герніологів у 1999 році, наступну – в Бельгії у 2008 р. Європейською асоціацією хірургів-герніологів (EHS classification).

Найбільш розповсюдженим чинником, що відповідає за розвиток післяопераційної вентральної грижі, у 31,4–63,4 % є післяопераційна ранова інфекція, особливо у пацієнтів з старших вікових груп та при морбідному ожирінні. Результати малочисельних досліджень показали, що післяопераційна ранова інфекція в 5 разів збільшує ризик виникнення грижі (23 % порівняно з умовно інфікованими ранами – 4,5 %) [10, 12, 17, 19, 21, 33]. Шовний матеріал не є вирішальним, про те є важливою передумовою нормального загоєння тканин. У пацієнтів із супутніми захворюваннями, що послаблюють процеси регенерації тканини, перевагу надають використанню нерозсмоктувальних шовних матеріалів. Тип шва не є вирішальним у процесі грижеутворення, проте останнім часом віддають перевагу безперервному шву апоневрозу. Певною мірою з упровадженням в хірургічну практику

монофіламентного шовного матеріалу, цю проблему частково вирішено, однак недостатньо вивчено. Разом з тим, питання профілактики ранніх післяопераційних ускладнень залишається відкритим. Більшість авторів пов'язує розвиток їх із мікробною інфекцією [10, 16, 33]. Проте в доступній літературі ми не знайшли жодного повідомлення про роль і частоту грибкового ураження в розвитку ранніх післяопераційних ускладнень після алергіопластик. За даними ВООЗ, кожен п'ятий житель земної кулі інфікований грибами, а кожний десятий має виражені клінічні прояви [9, 11, 45]. Цьому значною мірою сприяли соціальні, медичні та фармакологічні фактори. Анатомо-топографічні особливості передньої черевної стінки у хворих із черевними грижами, а саме наявність грижі й надмірний розвиток підшкірної жирової клітковини, формують утворення шкірних складок з ідеальними умовами для розвитку шкірних грибкових інфекцій. До групи факторів ризику розвитку мікозів у хворих на черевні грижі належать: гіповітамінози, хвороби крові, захворювання печінки, генетична схильність, імуносупресія, зумовлена тривалим застосуванням антибіотиків, цитостатиків і гормональних препаратів, ендокринопатії (цукровий діабет). Ряд дослідників пов'язує виникнення ПОВГ із надмірним натягом тканин та прорізуванням швів у ділянці післяопераційної рани, особливо часто це спостерігається при закритті лапаротомної рани та недостатній релаксації пацієнта [1]. За рахунок натягу тканин передні та бічні м'язи живота втрачають одну з точок своєї фіксації із наступним розвитком м'язової контрактури [21, 23, 35, 37]. Певну роль у розвитку ПОВГ відіграє недосконалість хірургічна техніка виконання операційного втручання – 14 %, післяопераційні ускладнення – використання неякісного шовного матеріалу, надмірний натяг місцевих тканин, запалення, гематоми, нагноєння, евентерації – 31–63 % [12, 16, 17, 19, 31]. Часто післяопераційні грижі формуються після тривалої тампонади або дренирування черевної порожнини – 35 %, при порушенні режиму самим пацієнтом: надмірному фізичному навантаженні після операції, недотриманні рекомендованої дієти, відмові від носіння бандажа та ін. [8, 34]. Лише у 19 % випадків ПОВГ виникають на фоні неускладненого післяопераційного перебігу [41]. Тому необхідним є проведення подальших ґрунтовних досліджень щодо встановлення інших причин виникнення ПОВГ. Це стосується, зокрема, і грижевого синдрому, що є однією з ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини [2, 4, 5]. Неадекватна, патогенетично необґрунтована операція без урахування наявності у хворого недиференційованої дисплазії сполучної тканини, на нашу думку, є однією з причин розвитку рецидиву грижі.

Впровадження в хірургічну практику сітчастих імплантів значно розширило об'єм операбельності пацієнтів із черевними грижами і суттєво вплинуло на результат їх лікування [18, 19, 26]. Незважаючи на очевидні переваги ендопротезів, клінічний досвід їх застосування, за даними вітчизняних та зарубіжних авторів, висвітлює недосконалість як нині існуючих методик алопластик, так і сучасних пластичних матеріалів, та суттєву частоту післяопераційних ускладнень. Зважаючи на те, що в більшості випадків пацієнти є похилого і старечого віку з вираженою супровідною серцево-судинною та легеневою патологією, ризик виникнення післяопераційних ускладнень значно зростає. З огляду на це, питання вибору методу пластики та алотрансплантата повинно вирішувати не

лише проблему рецидивування грижі, але і враховуватись хірургами, як попередження виникнення синдрому внутрішньочеревної гіпертензії [6, 10, 29].

Застосування синтетичних імплантів дозволило знизити частоту рецидивувань ПОВГ, натомість, незначний відсоток пацієнтів, оперованих із приводу ПОВГ, у віддаленому післяопераційному періоді скаржились на дискомфорт, обмежену рухомість та помірний біль у ділянці передньої черевної стінки, що зумовлено тривалим запальним процесом у ділянці імплантації сітки [43, 47]. Тому ендопротез повинен спричинити мінімальну реакцію відторгнення з боку організму пацієнта, добре приживатися, не давати виражених запальних реакцій, бути досить міцним і еластичним. Досвід активного застосування сіток в хірургії гриж продемонстрував значні переваги поліпропіленових монофіламентних сіток та ідентичного шовного матеріалу [2, 43]. Оцінка нових видів сітчастих матеріалів є стриманою, що пояснюється розвитком ряду ускладнень, що не виникають при традиційних методиках герніопластики, а саме: інфільтрати, сероми, зморщування сітки, секвестрація сітки, відторгнення і міграція трансплантата як в тканини передньої черевної стінки, так і в просвіт кишечника з утворенням нориць, а повторні операційні втручання в кращому випадку закінчуються експлантацією сітки [28, 31].

Використання поліпропіленових сіток супроводжується клінічно вираженою запальною реакцією тканин із переважанням ексудативної фази і як наслідок утворення сером [43]. Тривала запальна реакція в зоні фіксації ендопротеза призводить до формування рубцевих деформацій, зморщування сітки, і як наслідок, формування рецидиву грижі в ділянці фіксації імпланта. Застосування комбінованих напіврозсмоктувальних сіток із меншою часткою пролену показало значне підвищення тканинної реакції на продукти розпаду синтетичного розсмоктувального компонента з переважанням ексудативно-гранулематозної фази, що, у свою чергу, перешкоджає формуванню повноцінного рубця і, як наслідок, зростанням відсотка рецидивувань – 7–17 % [2]. Саме різноманітність синтетичних матеріалів, розробка нових, свідчать про незадоволення хірургів результатами лікування хворих із застосуванням ендопротезів [14, 19, 22, 23].

Імунна відповідь організму на імплантацію різних за плетінням, діаметром поліпропіленової нитки, товщиною, питомою щільністю і хімічною структурою ендопротезів є ще одним актуальним питанням сучасної герніології [3]. Неурахування імунологічних властивостей на імплантацію в контексті перебігу ранового процесу може зробити сумнівним і неоднозначним оцінку результатів лікування. Дослідження стану місцевих і системних показників цитокінів дозволяє прогнозувати імунну відповідь організму на імплантацію різних типів сіток [3]. Вивчення балансу між дією про- і протизапальних цитокінів визначає результат перебігу місцевого запального процесу в ділянці імплантації сітки. Тому подальше дослідження стану місцевих і системних показників цитокінів на імплантацію різних типів сітчастих матеріалів є актуальним і до кінця не вирішеним. Важливим в практичному значенні слід відмітити категорію хворих на післяопераційну вентральну грижу із супутнім морбідним ожирінням. У пацієнтів з ожирінням відсоток рецидивів у 2,5 раза вищий порівняно з хворими без ожиріння. Проблемним і дискусійним залишається питання одномоментного виконання герніопластики та деоматоліпектомії [21, 23, 24, 30, 39]. За-

щемлені грижі живота займають третє місце в структурі ургентних хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Останніми роками структура защемленої грижі суттєво змінилась. Якщо в середині минулого століття відсоток пацієнтів із защемленою паховою грижею становив 57,3 %, а хворі на защемлену вентральну та післяопераційну вентральну грижу склали 8,8 %, то на початку XXI ст. кількість оперованих із защемленою вентральною та післяопераційною вентральною грижею зросла до 35–38,1 %, а за даними деяких дослідників – і до 46,2 % [14, 18, 19, 26, 32, 42]. Впровадження в хірургічну практику “ненатяжної” алогерніопластики значно розширило об’єм операбельності пацієнтів із защемленими великими і гігантськими післяопераційними грижами й суттєво вплинуло на результат їх лікування [20, 23, 25, 32, 45]. Поряд із цим, у літературі відсутні об’єктивні, “доказові” дані щодо обґрунтування вибору тієї чи іншої методики операції при різних клінічних ситуаціях. Натомість, автори наводять власні багаточисельні модифікації операційних втручань без рівноцінної порівняльної характеристики розроблених методик із класичними, відомими способами закриття грижевого дефекту. Відмічено значний відсоток післяопераційних ускладнень – 50 % в групі пацієнтів, оперованих із защемленими післяопераційними вентральними грижами [18, 24, 26, 32]. Післяопераційна летальність коливається від 2,6 до 11 %, а, порівняно з плановими герніопластиками, летальність при защемлених післяопераційних вентральних грижах зростає у 16,2 раза, а в старших вікових групах сягає 15–18 % [14, 18, 19, 26].

Не так рідко під час виконання алогерніопластики бувають ятрогенні ушкодження судин, нервів та кишечника, про які хірурги часто замовчують. У доступній нам літературі подібні матеріали не висвітлено. Це, у свою чергу, спонукає науковців до пошуку та розробки нових та безпечних способів закриття грижевого дефекту та фіксації сітки із застосуванням клеєвих композицій.

Таким чином, проведений аналіз літературних джерел наводить на думку, що результат хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж залежить як від місцевих чинників у ділянці імплантації сітчатого ендопротеза, так і від загального стану організму, здатного перебороти порушення, спричинені проведенням самого операційного втручання. За умов коморбідності відмічено значне зниження регенеративних процесів організму людини, що, у свою чергу, призводить до виникнення різноманітних ускладнень в післяопераційному періоді. Необхідне подальше вивчення впливу синтетичних ендопротезів на загальний та місцевий імунітет організму. Залишається невирішеною проблема підвищеної ексудації серозної рідини в ділянці імплантації сітки, відсутня порівняльна оцінка тканинної реакції на сітки з різною питомою вагою вмісту пролену та діаметром пор. Недостатньо висвітлені можливості сонографічного моніторингу з метою оцінки стану тканин у зоні імплантації сітки в післяопераційному періоді та вироблення чіткого алгоритму діагностичних критеріїв загоєння чи незагоєння сітки. Не розпрацьована діагностична програма та критерії вибору методу операційного втручання, підбору імплантата у хворих із НДСТ з подальшою тактикою ведення післяопераційного періоду.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоконев В. И. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей / В. И. Белоконев, З. В. Ковалёва, А. В. Вавилов // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 42–47.
2. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения грыж передней брюшной стенки / Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Ю. А. Назарьянц [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1.
3. Динамика профиля цитокинов у больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки при протезировании с использованием политетрафторэтилена и поливинилиденфторида / С. В. Иванов, И. С. Иванов, Р. А. Мамедов [и др.] // Клін. хірургія. – 2012. – № 7. – С. 37–41.
4. Дисплазия соединительной ткани : материалы симп. / под ред. Г. И. Нечаевой. – Омск, 2002. – 167 с.
5. Донская Е. Д. Интраоперационная стволовая склерооблитерация в хирургическом лечении варикозной болезни : дисс. ... канд. мед. наук / Е. Д. Донская. – М., 2008. – 114 с.
6. Експериментальне дослідження впливу фактора внутрішньочеревного тиску на формування поліорганної недостатності та бактеріальної транслокації / І. М. Тодуров, Л. С. Білянський, О. В. Перехрестенко [та ін.] // Клін. хірургія. – 2010. – № 6. – С. 20–23.
7. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский. – М. : МИА, 2009. – 440 с.
8. Ильченко Ф. М. Реконструктивная хирургия послеоперационных грыж черевной стінки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / Ф. М. Ильченко. – Симферополь, 2007. – 40 с.
9. Елинов Н. П. Медицинская микология к XXI веку — в начале третьего тысячелетия / Н. П. Елинов // Проблемы медицинской микологии. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 6–12.
10. Каніковський О. Е. Хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж / О. Е. Каніковський, Дж. О. Омобоогундже // Biomedikal and Biosocial Antropology. – 2008. – № 8. – С. 166–168.
11. “Круглый стол” по проблемам эпидемиологии, клиники и лечения микозов кожи и ее придатков // Дерматология та венерология. – 2001. – 4 (14). – С. 64–79.
12. Курыгин А. А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема / А. А. Курыгин, Г. И. Синенченко, М. В. Ромашкин-Тиманов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2006. – № 9. – С. 41–49.
13. Лікувальна тактика у хворих за наявності гігантських дефектів черевної стінки на тлі морбідного ожиріння / І. М. Тодуров, Л. С. Білянський, С. В. Косюхно, О. В. Перехрестенко // Клін. хірургія. – 2010. – № 8. – С. 35.
14. Мельник І. В. Застосування поліпропіленового ендопротеза при пластиці защемлених вентральних гриж / І. В. Мельник, М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк // AML. – 2009. – Т. XV, № 3. – С. 35–36.
15. Милица Н. Н. Грыжа и грыжевая болезнь: новый взгляд на патогенез заболеваний / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, К. Н. Милица // Клін. хірургія. – 2009. – № 1. – С. 35–37.
16. Мирзабекян Ю. Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи / Ю. Р. Мирзабекян, С. Р. Добровольский // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 1. – С. 66–71.
17. Морфологическая оценка заживления раны при различных способах пластики дефектов передней брюшной стенки у экспериментальных животных и удалением грыжи с протезирующей реконструктивной пластикой у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами с использованием фибринового клея / Б. А. Наумов, А. И. Черноок, А. Б. Шехтер [и др.] // Анналы хирургии. – 2010. – № 4. – С. 37–45.
18. 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.

19. 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.

20. Особенности хирургической тактики при послеоперационных вентральных грыжах у пациентов пожилого и старческого возраста / М. А. Евсеев, Р. А. Головин, Д. Н. Сотников, Н. М. Лазаревича // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. IV, № 1. – С. 10–16.

21. 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.

22. Подергин А. В. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой / А. В. Подергин, В. Л. Хальзов // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 149–152.

23. Современные подходы к решению проблемы реконструктивно-восстановительной хирургии обширных дефектов брюшной стенки / Л. С. Белянский, И. М. Тодуров, Ю. Б. Лисун [и др.] : матеріали наук. конгр. “IV міжнародні Пироговські читання”, XXII з’їзд хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 1. – С. 25.

24. 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.

25. Трудности в диагностике и лечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж / И. Е. Верхулецкий, Ф. К. Палазов, А. Ф. Медведенко [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6 (15). – С. 129–133.

26. Фатхудинов И. М. Выбор способа герниопластики у больших с ущемленными обширными и гигантскими послеоперационными грыжами / И. М. Фатхудинов, Д. М. Красильников // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 2. – С. 41–43.

27. Федоров И. В. Серома как осложнение хирургии грыж живота / И. В. Федоров, Л. Е. Славин, А. В. Кочнев // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 195–198.

28. Эксплантація сіток при ускладненнях алогерніопластики, показання та профілактика / Я. П. Фелештинський, В. Ф. Ватаманюк, С. А. Свиридовський, В. О. Дубенець // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т. 15, № 2. – С. 61–64.

29. Варіанти алопластики гігантських післяопераційних вентральних гриж та профілактика абдомінального компартмент синдрому / Я. П. Фелештинський, В. І. Мамчич, В. Ф. Ватаманюк, В. О. Дубенець : матеріали наук. конгр. “IV міжнародні Пироговські читання”, присвячені 200-річчю з дня народження М. І. Пирогова, XXII з’їзд хірургів України. – Вінниця. – 2010. – Т. II. – С. 194–195.

30. Фелештинський Я. П. Оптимізація профілактики ускладнень загоєння рани при хірургічному лікуванні великих та велетенських післяопераційних гриж черевної стінки / Я. П. Фелештинський, В. О. Дубенець // Клініч. хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 42–43.

31. Цветков В. О. Гнойные осложнения герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов. Современные методы

герниопластики абдоминопластики с применением полимерных имплантатов / В. О. Цветков : Первая международная конференция. – М., 2003. – С. 77–78.

32. Швачко С. А. Использование полипропиленовых эксплантатов в неотложной хирургии грыж брюшной стенки : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.

33. A meta-analysis of randomized controlled trials of fixation versus nonfixation of mesh in laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair / Y. J. Teng, S. M. Pan, Y. L. Liu. [et al.] // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 25, No. 9. – P. 2849–2858.

34. A prospective randomized study comparing suture mesh fixation versus tacker mesh fixation for laparoscopic repair of incisional and ventral 184 hernias / V. K. Bansal, M. C. Misra, S. Kumar [et al.] // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 25, No. 5. – P. 1431–1438.

35. Burger J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia [Text] / J. Burger, R. Luijendijk, W. Hop [et al.] // Ann.Surg. – 2004. – Vol. 240, No. 4. – P. 578–583.

37. Hurwitz Z. M. Pearls and pitfalls of a abdominal wall anatomy in component separation / Z. M. Hurwitz, J. O. Brien, R. M. Dunn // Hernia. – 2011. – Vol. 15, Suppl. 2. – P. 3.

38. Incisional hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair / Ventral Hernia Working Group: K. Breuing, C. E. Butler, S. Ferzoco [et al.] // Surgery. – 2010. – Vol. 148, No. 3. – P. 544–558.

39. Incisional ventral hernias: Review of the literature and Recommendations regarding the grading and technique of repair / K. Breuing, E. Charles Butler, S.Ferzoco [et al.] // Surgery. – 2010. – Vol. 148, No. 3. – P. 544–558.

40. Comparison of laparoscopic and open repair with mesh for the treatment of ventral incisional hernia / K. M. Itani, K. F. Hur, L.T. Kim [et al.] // Arch.Surg. – 2010. – No. 145 (4). – P. 322–328.

41. Kingnorth A. The management of incisional hernia / A. Kingnorth // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2006. – No. 88. – P. 252–260.

42. Risk of death after emergency repair of abdominal wall hernias. Still waiting for improvement // M. A. Martinez-Serrano, J. A. Pereira, J. J. Sancho [et al.] // Arch. Surg. – 2009. – P. 10. [Epub ahead of print].

43. Matyja A. Local reaction to polypropylene mesh – histopathological findings / A. Matyja, R. Solecki, J. Heitzman // Hernia Recurrences. – Praga. – 2004. – P. 63.

44. Laparoscopic ventral hernia repair: pros and cons compared with open hernia repair [Text] / E. P. Misiakos, A. Machairas, P. Patapis [et al.] // JSLS. – 2008. – Vol. 12. – P. 117–125.

45. Munoz P. Criteria used when initiating antifungal therapy against Candida spp. in the Intensive Care Unit / P. Munoz, A. Burillo, E. Bouza // International Journal of Antimicrobial Agents. – 2002. – Vol. 15. – P. 83–90.

46. Newman M. I. Reducing the incidence of recurrence in component separation repair / M. I. Newman // General. Surg. News. – 2009. – Vol. 9. – P. 36.

47. Offner F. A. Meshes: benefits and risks / F. A. Offner // Eds. V. Schumpelich et al. Berlin, 2004. P. 161–169.

48. Raghavendra S. Management of ventral hernias in bariatric surgery / S. Raghavendra, P. Gentileschi, S. Kini // Surg. Obes. Relat. Dis. – 2011. – Vol. 7. – P. 110–116.

Отримано 02.02.17

©V. I. Pyatnochko

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

OUTSTANDING ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS UNDER COMORBIDITY

Summary. Surgical treatment of patients with ventral hernia is one of the important issues of abdominal organs surgery.

The aim of the study – based on the analysis of literature data, to identify the main priority areas that require further study and development in the surgical treatment of patients with postoperative ventral hernia in conditions of comorbidity.

Materials and Methods. A review of literature sources devoted to the study of the surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias under conditions of comorbidity was conducted.

Results and Discussion. From 3 % to 19 % of all laparotomies are complicated by the formation of POGH with a tendency to increase. 60 % of patients with a working age POGH, which determines the problem of treating such patients not only as a medical one, but also as a social one. The percentage of relapses is 4.3–46 %, and for large and giant POGH it reaches 80 % with a mortality rate of 12–21 %, in patients of the older age group. In patients with morbid obesity, the risk of POGH both after laparotomy and after laparoscopic surgery increases 3–4 times and is 28–45 %. The experience of the active use of nets in surgery POGH demonstrated the significant advantages of polypropylene monofilament materials, and their comparative evaluation in the literature is quite restrained. The analysis of the literature emphasizes that the result of surgical treatment of postoperative ventral hernias depends, both on local factors in the implantation zone of the mesh endoprosthesis, and on the general state of the organism.

Conclusions. The problem of increased fluid exudation in the area of implantation of the mesh remains unsolved, there is no comparative evaluation of the tissue response to grids with a different specific gravity of the content of the silt and the pore diameter. There are no criteria for selecting the implant and the method of surgical intervention in patients with NDT. The possibilities of ultrasound monitoring for the purpose of assessing the state of tissues in the area of implantation of the mesh in the postoperative period are not sufficiently elucidated. This is a subject to further scientific study.

Key words: post-surgical ventral hernia; comorbidity; non-differentiated dysplasia cytokines.

©В. И. Пятночка

ГВУЗ “Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского”

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Резюме. Хирургическое лечение пациентов с вентральной грыжей есть одной из важных проблем хирургии органов брюшной полости.

Цель исследования – на основе анализа литературных данных определить главные приоритетные направления, требующие дальнейшего изучения и разработки при хирургическом лечении больных с послеоперационной вентральной грыжей в условиях коморбидности.

Материалы и методы. Проведен обзор литературных источников, посвященный изучению вопроса хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами в условиях коморбидности.

Результаты исследований и их обсуждение. От 3 до 19 % всех лапаротомий осложняются формированием послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) с тенденцией к росту. 60 % пациентов с ПОВГ трудоспособного возраста, что определяет проблему лечения таких больных не только как медицинскую, но и как социальную. Процент рецидивов составляет 4,3–46 %, а при больших и гигантских ПОВГ достигает 80 % с летальностью 12–21 % больных старшей возрастной группы. У пациентов с морбидным ожирением риск возникновения ПОВГ как после лапаротомических, так и после лапароскопических оперативных вмешательств повышается в 3–4 раза и составляет 28–45 %. Опыт активного применения сеток в хирургии ПОВГ продемонстрировал значительные преимущества полипропиленовых монофиламентных материалов, а сравнительная оценка их в литературе достаточно сдержанная. Анализ литературы подчеркивает, что результат хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж зависит как от местных факторов в зоне имплантации сетчатого эндопротеза, так и от общего состояния организма.

Выводы. Остается нерешенной проблема повышенной экссудации жидкости в области имплантации сетки, отсутствует сравнительная оценка тканевой реакции на сетки с разным удельным весом содержания пролена и диаметром пор. Отсутствуют критерии выбора импланта и способа оперативного вмешательства у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). Недостаточно освещены возможности ультразвукового мониторинга с целью оценки состояния тканей в зоне имплантации сетки в послеоперационном периоде. Все это подлежит дальнейшему научному изучению.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа; коморбидность; недифференцированная дисплазия; цитокины; осложнения.