

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ПІСЛЯ АБДОМІНОПЛАСТИКИ ГІГАНТСЬКИХ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

О. О. Воровський

Вінницький обласний клінічний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 83 хворих з гігантськими післяопераційними дефектами черевної стінки: гігантська грижа була у 56 (67,5 %) випадках, евісцерация — у 15 (18,1 %), евентрация — у 12 (14,4 %). Вік хворих склав від 60 до 85 років. Чоловіків було 27 (32,5 %), жінок — 56 (67,5 %). Завдяки розробленому комплексному та індивідуальному підходу до лікування в післяопераційний період хворих похилого та старечого віку з гігантськими післяопераційними дефектами черевної стінки після абдомінопластики, вдалось достовірно знизити кількість ускладнень та летальність. Даний комплекс заходів складали рання активація хворих, бандажування та компресія передньої черевної стінки, пролонгована епідуральна анестезія, збалансована інфузійно-трансфузійна терапія.

Ключові слова: післяопераційні дефекти черевної стінки, хворі похилого та старечого віку, інфузійно-трансфузійна терапія.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЕЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ГИГАНТСКИХ ДЕФЕКТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

О. О. Воровский

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 83 хворих з гігантськими післяопераційними дефектами брюшної стінки: гігантська грижа була у 56 (67,5 %) випадках, эвисцерация — у 15 (18,1 %), эвентрация — у 12 (14,4 %). Вік хворих склав від 60 до 85 років. Чоловіків було 27 (32,5 %), жінок — 56 (67,5 %). Завдяки розробленому комплексному та індивідуальному підходу до лікування в післяопераційний період хворих похилого та старечого віку з гігантськими післяопераційними дефектами брюшної стінки після абдомінопластики, вдалось достовірно знизити кількість ускладнень та летальність. Даний комплекс заходів складали рання активація хворих, бандажування та компресія передньої брюшної стінки, пролонгована епідуральна анестезія, збалансована інфузійно-трансфузійна терапія.

Ключевые слова: послеоперационные дефекты брюшной стенки, больные пожилого и старческого возраста, инфузионно-трансфузионная терапия.

FEATURES OF POSTOPERATIVE PERIOD IN ELDERLY AND SENILE AGE PATIENTS AFTER ABDOMINOPLASTY GIANT ABDOMINAL WALL DEFECTS

O. O. Vorovskiy

Summary. The results of surgical treatment of 83 patients with giant postoperative abdominal wall defects: a giant hernia was in 56 (67,5 %) cases, evisceration — in 15 (18,1 %), eventration — in 12 (14,4 %). Age of patients ranged from 60 to 85 years. Men were 27 (32,5 %) patients, women — 56 (67,5 %). With developed a comprehensive and individualized approach to treatment in the postoperative period of elderly patients with giant postoperative abdominal wall defects after abdominoplasty, could significantly reduce the number of complications and mortality. This set of measures were early activation of patients, banding and compression of the anterior abdominal wall, prolonged epidural anesthesia, balanced infusion-transfusion therapy.

Keywords: postoperative abdominal wall defects, patients of elderly and senile age, infusion-transfusion therapy.

Адреса для листування:

Воровський Олег Олегович

канд. мед. наук, завідувач хірургічним відділенням обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни 21008, Вінниця, вул. Пирогова, 161 А, кв. 18

До післяопераційних дефектів передньої черевної стінки відносять післяопераційні вентральні грижі, евісцерация та евентрация. Проблема хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж у хворих похилого та старечого віку

на даний час є достатньо актуальною, особливо — грижі значних розмірів. Частота їх виникнення після лапаротомії, за даними різних авторів, складає від 3—13 % випадків [9]. Вважають, що гігантські вентральні грижі не є локальним дефек-

том передньої черевної стінки, а складним захворюванням, що спричиняє порушення діяльності багатьох внутрішніх органів [3]. Проте одними із наднебезпечних післяопераційних дефектів, які потребують повторного хірургічного втручання, вважають евісцерацію та евентрацію, що зустрічаються від 0,13–9,0 % випадків після лапаротомії і складають 16,8 % від усіх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень [4]. При цьому достатньо великою є кількість повторних післяопераційних евісцерацій — 4–12,5 % випадків [6, 7] та і летальність залишається досить високою — 20–86 % [7].

Абдомінопластика із застосування синтетичних протезуючих матеріалів при таких патологічних дефектах передньої черевної стінки на сучасному етапі розвитку хірургічної науки стала «золотим стандартом» лікування [8]. Проте, відомо, що пластика передньої черевної стінки із застосуванням алопротезів є достатньо об'ємною за травматичністю операцією, що може призвести до ускладнень як місцевого, так і загального характеру. Серед ускладнень загального характеру при оперативному втручанні у хворих похилого та старечого віку, внаслідок наявності супутньої патології, найчастіше спостерігаються проблеми із серцево-судинною системою (тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт міокарда, порушення ритму серцевої діяльності) та дихальною системою (пневмонія, плеврит) [1].

Пояснити це можна, з одного боку, розвитком вікових процесів старіння організму, які ведуть до зменшення адаптаційних можливостей, супроводжуються збільшенням кількості та тяжкості перебігу супутньої патології. Та особливе значення мають зміни у фізіології старіючого організму системи дихання та кровообігу, що характеризуються підвищенням систолічного та діастолічного тиску, збільшенням загального периферичного опору, зменшенням серцевого викиду як в стані спокою, так і при фізичному та стресовому навантаженні. З іншого боку, поруч з фізіологічними віковими змінами необхідно враховувати захворювання серцево-судинної системи, що також пов'язані з віком (ІХС, атеросклероз, гіпертонічна хвороба). За даними різних авторів, розповсюдженість гіпертонічної хвороби серед населення віком 60–80 років складає 40–80 %. Причому, відзначають наявність 3–4 супутніх захворювань у 70–80 % хворих даної вікової категорії [2], а у 84 % пацієнтів відзначають поєднання серцево-судинної та легеневої патології [5].

Високою є частота виникнення легенево-судинної недостатності, яка патогенетично пов'язана з відсутністю адаптації хворого до підвищеного внутрішньочеревного тиску в ранньому післяопераційному періоді. Вважають, що летальність, обумовлена даним післяопераційним ускладненням, складає від 7,0 до 20 % [5].

Таким чином, проблема ведення післяопераційного періоду у хворих похилого та старечого

віку пов'язана як з віковими процесами старіння, так із патологічними віковими змінами, які призводять до розвитку досить високого відсотка ускладнень та летальності.

Мета дослідження — на основі отриманих результатів лікування в післяопераційний період хворих похилого та старечого віку після абдомінопластики з приводу гігантських дефектів черевної стінки розробити комплекс заходів, що дозволить знизити кількість післяопераційних ускладнень та летальності.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2002 по 2011 рр. в умовах хірургічного відділення Вінницького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни було прооперовано 83 хворих з гігантським післяопераційним дефектом черевної стінки. Гігантську грижу діагностували у 56 (67,5 %) пацієнтів, евісцерацію — у 15 (18,1 %), евентрацію — у 12 (14,4 %). Чоловіків було 27 (32,5 %) осіб, жінок — 56 (67,5 %). Вік хворих коливався від 60 до 85 років, середній вік склав $(74,0 \pm 3,0)$ року.

Причиною грижеутворення у 20 (35,7 %) хворих була холецистектомія, у 14 (25,0 %) — оперативне втручання з приводу онкологічних захворювань, у 12 (21,4 %) — гінекологічна операція, у 6 (10,7 %) — лапаротомія з приводу гострої непрохідності кишечника спайкового генезу, у 4 (7,1 %) — релапаротомія з приводу перитоніту та у 2 (3,6 %) — оперативне втручання з приводу травми органів черевної порожнини.

Термін виникнення евісцерації коливався від 3 до 10 діб післяопераційного періоду. Всі операції виконані із лапаротомного розрізу. Із 27 (32,5 %) хворих причиною евісцерації та евентрації в післяопераційному періоді у 7 (25,9 %) був гострий деструктивний панкреатит, у 12 (44,4 %) — обтураційна товстокишкова непрохідність онкогенного генезу, у 3 (11,1 %) — тромбоз мезентеріальних судин, у 2 (7,4 %) — гострий гангренозно-перфоративний калькульозний холецистит, у 1 (3,7 %) — виконання діагностичної лапаротомії у хворого з хронічним лімфолейкозом та у 2 (7,4 %) — проведення гінекологічної операції.

Відповідно до вимог класифікації J. P. Chevrel та A. M. Rath (SWR — classification [5]) оцінювали розмір дефекту черевної стінки: від 10 до 15 см (W_3) — у 57 (68,7 %) пацієнтів; більше 15 см (W_4) — у 26 (31,3 %). В усіх хворих з гризовими дефектами був рецидивний перебіг захворювання: 1 рецидив (R_1) спостерігали у 24 (42,9 %) випадках; 2 (R_2) — у 26 (46,4 %); 3 (R_3) — у 6 (10,7 %).

У всіх хворих даної вікової категорії спостерігали поєднану супутню патологію: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз — у 83 (100 %) випадках; гіпертонічна хвороба — у 68 (81,9 %); хронічне обструктивне захворювання легень — у 64 (77,1 %); захворювання опорно-рухової системи — у 56 (67,5 %); ожиріння — у 28 (33,7 %); церебросклероз, ДАЕ II–III ст. — у 26

(31,3 %); цукровий діабет II типу — у 24 (28,9 %); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок — у 22 (26,5 %); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл — 8 (9,6 %).

Під час оперативного втручання у 63 (75,9 %) хворих застосували алогерніопластику за методом «sublay», у 12 (14,6 %) — за методом «inlay», 8 (9,6 %) — за методом «onlay».

Вибір способу анестезії погоджувався під час консилиуму спеціалістів і в основному залежав від супутньої патології, місця локалізації й розмірів дефекту передньої черевної стінки. У 59 (71,1 %) хворих застосували епідуральну анестезію, яку в 18 (21,7 %) випадках поєднували із загальним ендотрахеальним комбінованим наркозом. При потребі пролонгації знеболення даний вид анестезії поєднували з медикаментозною седитацією. В 24 (28,9 %) випадках застосовували комбінований загальний внутрішньовенний наркоз в поєднанні з керованою штучною вентиляцією легень в режимі гіпервентиляції.

Ускладнення загального характеру мало місце у 8 (9,6 %) хворих. В даній групі померло 2 (2,4 %) хворих. В одній пацієнтки на 3 добу післяопераційного періоду виникло гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок геморагічного інсульту, у другій — рання злукова хвороба з некрозом ділянки тонкої кишки. Цій хворій було проведено повторне оперативне втручання — релапаротомія, резекція ділянки тонкої кишки з формуванням анастомозу по типу «бік у бік». В подальшому розвинулась нездатність анастомозу, що змусило виконати знову релапаротомію з виведенням ілеостоми. Хвора померла від прогресуючої поліорганної недостатності.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Комплексне лікування хворих в ранньому післяопераційному періоді включало в себе антибіотикотерапію, антикоагулянтну та антиагрегантну терапію, медикаментозну корекцію патологічних відхилень функції сечовивідної, дихальної, ендокринної та серцево-судинної систем.

Враховуючи тривалість та значний об'єм оперативного втручання при виборі антибіотиків керувались постулатом, що у хворих завідомо інфікована рана. За результатами наших попередніх досліджень, у 33 % таких хворих грампозитивна флора асоціює з грамнегативною флорою, тому призначали антибіотики широкого спектра дії (цефалоспоринового чи фторхінолонового рядів) у поєднанні з метронідазолом.

Також в післяопераційному періоді, враховуючи високий ризик тромбоемболії внаслідок поєднання провокуючих її факторів (похилий вік, тривалість та травматичність оперативного втручання, ожиріння, атеросклеротичне ураження судин, цукровий діабет, порушення ритму серцевої діяльності, хронічне обструктивне захворювання легень тощо), з метою профілактики в поєднанні

з антиагрегантними препаратами призначали Фраксипарин у дозі 0,3 мл двічі на добу.

Хворим з цукровим діабетом призначали антидіабетичну терапію — корекція рівня цукру крові простим інсуліном до заживлення рани.

Одним із важливих моментів в профілактиці післяопераційних ускладнень вважаємо ранню активізацію хворих — в першу добу після операції. В даній ситуації застосовували туге еластичне бандажування живота, яке крім зменшення больового синдрому, забезпечувало більш щільне співставлення ранових поверхонь та поліпшувало пасивне дренування серозної рідини з рани. Розмір бандажу і термін носіння визначали індивідуально. Не менш важливим вважаємо момент еластичної компресії нижніх кінцівок. Ми відмовились від еластичних бинтів, які не давали постійного ефективного компресійного ефекту, а при неправильному накладанні призводили до місцевих ускладнень. Натомість, замінили їх на застосування спеціальних компресійних панчіх 1–2 класу.

Крім ранньої активізації хворих, з першого післяопераційного дня на ряду з лужними інгаляціями застосовували дихальну гімнастику, проводили вправи з лікувальної фізкультури.

В післяопераційному періоді хворого з компенсованим та субкомпенсованим порушенням дихання зразу ж переводили в положення Фовлера, забезпечували подачу зволоженого кисню через носовий катетер, проводили дихальні вправи.

Найбільш раціональним способом знеболення показала себе пролонгована епідуральна анестезія через катетер, що встановлювали на рівні Th₇–Th₁₀. При фракційному введенні 2 % розчину біпувакаїну через 2 години досягався ідеальний ефект знеболення. Зняття больових подразників з очередини усувало парез кишечника, сприяло ранній активізації хворого, збільшувало дихальну екскурсію грудної клітки, попереджувало розвиток легеневих ускладнень. В цій ситуації не рідко виникав стан епізодичної гіпотонії, де на тлі зниження серцевого викиду спостерігали погіршення коронарного кровотоку (по даним моніторингу ЕКГ). Для стабілізації показників гемодинаміки застосовували кардіотонік (дофамін 6–8 мкг/кг/хв) та доповнювали в/в веденням 500–800 мл препаратів гідроксиетиленкрохмалу.

Крім цього, хворого забезпечували збалансованою інфузійно-трансфузійною терапією, яка була направлена на корекцію водно-електролітного балансу, кислотно-лужного стану. Під контролем клінічних та біохімічних показників загальний об'єм інфузії в першу добу після операції складав до 3,5 л (30–35 мл/кг).

Для покриття енергетичних потреб організму вводили розчини глюкози, жирів, інсуліну, вітамінів, які в післяопераційному періоді зростали до 3000–3500 ккал/добу. Дану нутриційну підтримку проводили, ще протягом 2–3 діб після початку ентерального харчування, де були відсутні

паретичні явища кишечника та відновлення пасажу по ньому.

У всіх випадках оперативного втручання крововтрата складала не більше 200 мл. Зниження рівня гемоглобіну в межах 85–62 г/л було пов'язано з інтоксикаційним фактором і спостерігалось у 34 (41,0 %) хворих з гігантськими післяопераційними дефектами черевної стінки: у 11 (13,3 %) випадків з гігантськими грижами, у 15 (18,1 %) — з евісцерациями та у 8 (9,6 %) — з евентраціями. Враховуючи похилий та старечий вік наших хворих з тяжкою супутньою терапією та можливим гемотрансфузійним ускладненням, уникали переливання компонентів крові. На тлі посиленої детоксикаційної терапії вводили кристалоїдні та колоїдні препарати у співвідношенні 1:1 об'ємом в 2 рази більше крововтрати.

Проте, не дивлячись на проведення вище наведеної інтенсивної терапії у 8 (9,6 %) хворих мало місце ускладнення загального характеру, а саме з боку серцево-судинної системи — у 4 (4,8 %), дихальної — у 2 (2,4 %), центральної нервової — у 1 (1,9 %), венозного кровообігу нижніх кінцівок — у 1 (1,9 %). Із 2 (2,4 %) випадків летального наслідку тільки 2 був пов'язаний із судинним захворюванням (геморагічний інсульт).

ВИСНОВКИ

В порівнянні з літературними даними, завдяки розробленому комплексному та індивідуальному підходу до лікування в післяопераційний період хворих похилого та старечого віку з гігантськими післяопераційними дефектами черевної стінки після абдомінопластики, вдалось достовірно знизити кількість ускладнень та летальність. Даний комплекс заходів складали рання активація хворих, бандажування та компресія передньої черевної стінки, пролонгована епідуральна анестезія,

збалансована інфузійно-трансфузійна терапія, яка включала антибіотикотерапію, антикоагулянтну та антиагрегантну терапію; медикаментозна корекція патологічних відхилень функції сечовивідної, дихальної, ендокринної та серцево-судинної систем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Юрасов, А. В. Первый опыт герниопластики по методике I. Lichtenstein. / А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков, Д. А. Федоров, А. Д. Тимошин // *Анналы хирургии*. — 1998. — № 5. — С. 49–52.
2. Егиев, В. Н. Взаимодействие эндопротеза с тканями передней брюшной стенки / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов, Н. В. Филаткина // *Герниология*. — 2005. — № 2 (6). — С. 41–49.
3. Измайлов, С. Г. Профилактика и лечение эвентраций после релапаротомии / С. Г. Измайлов, Г. А. Измайлов, В. Н. Гараев и др. // *Хирургия*. — 2001. — № 12. — С. 14–17.
4. Мельников, В. В. Лечение эвентрации в гнойной ране / В. В. Мельников // *Анналы хирургии*. — 2005. — № 1. — С. 48–50.
5. Саенко, В. Ф. Эвисцерация: причины, профилактика, лечение / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // *Клінічна хірургія*. — 2005. — № 2. — С. 47–51.
6. Тимошин, А. Д. Особенности послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж с применением различных синтетических эксплантатов / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, Е. А. Голота, П. С. Нелюбин // *Анналы хирургии*. — 2007. — № 1. — С. 44–45.
7. Белоконев, В. И. Обоснование к применению комбинированного способа пластики при паховой грыже / В. И. Белоконев, Т. А. Федорина, З. В. Ковалева, С. Ю. Пушкин // *Серия «Трудные вопросы хирургии»*. — Самара: Перспектива, 2005. — 208 с.
8. Бичук, Н. Д. Оптимизация предоперационной подготовки и профилактика гемодинамических нарушений у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей гипертонической болезнью / Н. Д. Бичук // *Международный медицинский журнал*. — 2009. — № 3. — С. 52–55.
9. Листун, Ю. Б. Влияние передоперационной подготовки на внутрибрюшное и перфузионное давление в брюшной полости / Ю. Б. Листун, А. П. Мазур // *Клінічна хірургія*. — 2006. — № 10. — С. 30–33.