



International Science Group

ISG-KONF.COM

**XXIII
INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"THEORETICAL AND SCIENCE BASES
OF ACTUAL TASKS"**

**Lisbon, Portugal
June 14 - 17, 2022**

ISBN 979-8-88680-833-9

DOI 10.46299/ISG.2022.1.23

THEORETICAL AND SCIENCE BASES OF ACTUAL TASKS

Proceedings of the XXIII International Scientific and Practical Conference

Lisbon, Portugal
June 14 – 17, 2022

НЕГАТИВНІ ПЕРЕДУМОВИ ПЕРЕБІГУ ЗАЩЕМЛЕНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Slonetskyi B.

Doctor of Sci (Med), Professor
Department of surgery of dentistry faculty
BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY
Kiev, Ukraine

Verbitskiy I.

PhD (Med), Assistant of Professor of Department of emergency
SHUPYK NATIONAL HEALTHCARE UNIVERSITY OF UKRAINE
Kiev, Ukraine

Kotsiubenko V.

Assistant
Department of surgery of dentistry faculty
BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY
Kiev, Ukraine

Besedinsky M.

Assistant
Department of surgery of dentistry faculty
BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY
Kiev, Ukraine

В сучасних умовах вибір хірургічної доктрини лікування пацієнтів із защемленими вентральними грижами принципово залежить від чималої низки факторів, а саме соціально-економічного забезпечення етапного лікування, рівня страхової медицини, концентрації професійних кадрів готових цілодобово забезпечувати непередбачувані виклики невідкладної герніохірургії згідно світових протоколів та консенсусів [1,2]. Дослідження негативних тенденцій перебігу защемлених вентральних гриж створює передумови до розробки нових підходів, принципів, способів операцій та продовжується пошук попередження різноманітних ускладнень [3,4].

Мета дослідження – дослідити особливості негативних передумов перебігу защемлених вентральних гриж для можливості впливу на них та для покращення результатів хірургічного їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано особливості перебігу защемлених вентральних гриж у 464 пацієнтів, котрі були ургентно госпіталізовані в хірургічні клініки лікарні ШМД м. Києва з 2017 по 2021 роки. Клініко-діагностичний алгоритм включав лабораторні, інструментальні методи дослідження та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. Отримані результати ґрунтувалися на аналізі різних складових перебігу защемлених вентральних гриж, котрі безпосередньо чи опосередковано впливають на можливість застосування лапароскопічних алогерніотехнологій чим створюють передумови до рецидування захворювання і погіршення безпосередніх та віддалених результатів його лікування. Звуженню показань до широкого впровадження сучасних пріоритетів планової герніохірургії є в переважній більшості – 285 (61,42%) хворих похилий та старечий вік. Суттєва коморбідність супутньої патології з ознаками суб- чи навіть декомпенсації, особливо з боку серцево-судинної (стенокардія напруги – 174 (37,54%) хворих; післяінфарктний кардіосклероз – 54 (11,64%) хворих; порушення серцевого ритму та вади серця – 107 (23,07%) хворих), дихальної системи – 102 (21,98%), а також мало місце у 142 (30,61%) хворих судинні захворювання нижніх кінцівок зі схильністю до тромбоутворення та ще у 128 (27,59%) ожиріння II-IV ступеня. Саме тому за ступенем операційного ризику згідно класифікації ASA пацієнти розділились наступним чином: IV ступінь 42 (9,06%) пацієнтів, III ступінь – 84 (18,11%) пацієнтів, II ступінь – 176 (38,9%), I ступінь 162 (34,92%).

Ще одним з негативним факторів є те, що лише у кожного четвертого – (119 (26,21%) пацієнта грижовий анамнез не перевищує 1 рік, тоді як у переважній більшості – 238 (51,29%) перевищує 3 роки і це призводить до розширення об'єму хірургічної операції та її тривалості враховуючи той факт, що з 154 (33,19%) хворих із защемленою первинною вентральною та післяопераційною вентральною грижами за класифікацією J. P. Chevrel, A. M. Rath (1999) ширина грижових воріт в 78 (16,81%) хворих була W₃, W₄ (понад 10 см). Серед госпіталізованих з приводу защемлених пахових гриж згідно класифікації L.M. Nyhus (1993) переважали пацієнти з III A типом – 66 (14,22%) та III B типом – 109 (23,49%), а IV тип мав місце у 42 (9,06%) хворих. В структурі защемлених гриж найчастіше зустрічаються пахові грижі – 301 (64,87%) та первинні вентральні грижі – 76 (16,38%) і післяопераційні вентральні грижі – 58 (12,77%), і досить рідко стегова грижа – 18 (3,88%) та внутрішні грижі (стравохідного отвору діафрагми – 8 (1,82%) і Трейцевої зв'язки – 3 (0,65%).

Ще одним з негативних аргументів є пізня госпіталізація пацієнтів із защемленими вентральними грижами. Отримані результати свідчать, що майже половина хворих – 198 (42,67%) були госпіталізовані протягом перших 6 годин з моменту защемлення, але кожен четвертий був госпіталізований у проміжку від 6 по 12 годину, кожен сьомий в проміжку від 12 до 24 години, а кожен восьмий після доби з моменту защемлення. Слід зазначити, що у кожного четвертого хворого із защемленими вентральними грижами вмістом грижового мішка була тонка кишка – 138 (29,74%) чи чепець – 133 (28,66%), поєднання чепця та тонкої кишки було виявлено у 62 (13,36%) пацієнтів, чепця та ободової кишки – 33 (7,11%) хворих, товстої кишки – 31 (6,68%), поєднання тонкої та товстої кишок – 28 (6,03%) хворих.

Наслідком такого розмаїття проявів перебігу защемленої вентральної грижі є характер об'єму хірургічного втручання, адже лише ауто- чи алогерніопластику

було здійснено у 232 (50%) хворих, тоді як у 139 (29,96%) пацієнтів вона поєднувалась з резекцією різних сегментів кишечника, а у 17 (3,62%) пацієнтів з формуванням колостом. Особливо насторожує це наявність флегмон черевної стінки у 32 (6,89%) хворих, що навіть за умов герніорафії та резекції сегментів кишечника потребувало тривалої вульнерокоорекції ділянки защемленої вентральної грижі з летальністю 13 (40,61%) хворих.

Висновок. 1. Серед негативних ризиків перебігу та наслідків лікування защемлених вентральних гриж є: похилий та старечий вік – 285 (61,42%) грижовий анамнез понад 3 роки – 238 (51,29%) хворих; суб- чи декомпенсації серцево-судинної системи у кожного четвертого пацієнта; ожиріння II- IV ступеня – 128 (27,59%) хворих; IV та III ступінь операційного ризику за класифікацією ASA – 84 (18,11%) хворих.

2. Особливого значення для звуження показань до застосування лапароскопічних технологій та алогерніопластики є: пізня госпіталізація - кожен четвертий був госпіталізований у проміжку від 6 по 12 годину, кожен сьомий від 12 до 24 години, кожен восьмий пізніше 1 доби з моменту защемлення; наявність в грижовому мішку тонкої кишки – 138 (29,74%) хворих, товстої кишки – 31 (6,68%) пацієнт, їх поєднання – 28 (6,03%) хворих; резекція різних сегментів кишечника – 139 (29,96%) пацієнтів, колостома – 17 (3,62%) пацієнтів та флегмона черевної стінки – 32 (6,89%) хворих.

References

1. Hugh TJ. Getting a grip on the hernia literature. ANZ J Surg. 2020 Mar; 90(3): 396-397. doi: 10.1111/ans.15738.PMID: 32147916.
2. Burcharth J., Abdulhady L., Danker J., Ekeloef S, Jørgensen T., Lauridsen H., et al. Implementation of a multidisciplinary perioperative protocol in major emergency abdominal surgery. Eur J Trauma Emerg Surg. 2019 Oct 18. DOI: 10.1007/s00068-019-01238-7.
3. Anastasio AT, Van Eps JL, Fernandez-Moure JS. Surgical technique for development of a clinically-representative ventral hernia repair infection rat model. MethodsX. 2020 Apr 22; 7:100887. doi: 10.1016/j.mex.2020.100887. eCollection 2020.PMID: 32426245
4. Douissard J, Dupuis A, Inan I, Hagen ME, Toso C. Ventral hernia surgery : New minimally invasive approaches. Rev Med Suisse. 2020 Jul 1; 16(699): 1300-1304.PMID: 32608587.