

**Власов В.В.**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ, ЩО УТВОРИЛИСЯ НА МІСЦІ НИЖНЬОЇ СЕРЕДИННОЇ ЛАПАРОТОМІЇ**

**Хмельницька обласна клінічна лікарня**

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ, ЩО УТВОРИЛИСЯ НА МІСЦІ НИЖНЬОЇ СЕРЕДИННОЇ ЛАПАРОТОМІЇ – Вивчено наслідки хірургічного лікування 456 хворих з післяопераційними вентральними грижами (ПОВГ) різної локалізації. У 114 (25,1%) хворих ПОВГ виникла на місці нижньої серединної лапаротомії. Прооперовано 106 хворих. Герніопластику робили з врахуванням розміру грижі і сили опору тканин, які зшивалися з підсиленням їх автодермальною стрічкою та латкою. Одна хвора померла (0,96%). Хворих оглянуто після операції в строки від 1 до 10 років. Рецидив грижі виник у 13 (12,3%) хворих.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКЛИ НА МЕСТЕ НИЖНЕЙ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ – Изучено результаты хирургического лечения 456 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) разной локализации. У 114 (25,1%) больных ПОВГ появилась на месте нижней срединной лапаротомии. Прооперировано 106 больных. Герниопластику выполняли с учетом размера грыжи и силы сопротивления тканей, которые сшивались с одновременным усилением их аутодермальной полоской и заплатой. Одна больная умерла (0,96%). Больные осмотрены после операции в сроки от 1 до 10 лет. Рецидив грыжи обнаружен у 13 (12,3%) больных.

SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIONAL VENTRAL HERNIAS, WHICH HAVE ARISEN ON A PLACE OF LOWER MEDIAL LAPAROTOMIA – The outcomes of surgical treatment of 456 patients with postoperational ventral hernias (PVH) of different localization are investigated. PVH has appeared at 114 (25,1 %) patients on the place of lower medial laparothomia. 106 patients were operated. Hernioplastic was performed with allowance of hernia size and a resistance force of fabrics, which were sewed together with simultaneous amplification with autodermal strip and patch. One sick has died (0,96 %). The patients have been examined after operation in terms from 1 till 10 years. The hernias relapses are detected at 13 (12,3 %) patients.

**Ключові слова:** нижня серединна лапаротомія, післяопераційна вентральна грижа, герніопластика, автодермальна латка і стрічка.

**Ключевые слова:** нижняя срединная лапаротомия, послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, аутодермальная заплата и полоска.

**Key words:** lower medial laparothomia, postoperational ventral hernias, hernioplastic, autodermal patch and strip.

**ВСТУП** Утворення післяопераційної вентральної грижі (ПОВГ) є досить частим ускладненням лапаротомії, яке погіршує наслідки оперативного лікування хірургічної патології з приводу якої вона виконувалася [6,9]. Кількість ПОВГ продовжує неухильно збільшуватись і вони вже займають друге місце після пахвинних гриж, складаючи 20–22% від загальної кількості гриж [4].

Як показали дослідження багатьох авторів, ПОВГ частіше утворюються після операцій, де використовувалася нижня серединна лапаротомія [2,5,10].

На сьогоднішній день відомо більш як 200 різноманітних методик пластичного закриття грижового дефекту [2,5,6]. Проте досі не існує методу який би забезпечував усі потреби лікування ПОВГ залежно від її локалізації, розмірів, рецидивів грижі в анамнезі. Тому відсоток рецидиву після лікування ПОВГ сягає іноді від 10 до 60 [5].

**Мета** Метою роботи є аналіз наслідків хірургічного лікування ПОВГ, що утворилися на місці нижньої серединної лапаротомії залежно від розмірів і рецидиву грижі, сили опору країв грижового дефекту і методу його пластичного закриття.

**Матеріали та методи** Розглянуто наслідки хірургічного лікування 456 хворих з ПОВГ. Грижа на місці нижньої серединної лапаротомії (НСЛ) виникла у 114 (25,1%) хворих. Вік

хворих становив 24-78 років. Жінки складали більшість (93%). Усім хворим проводилося загальноклінічне обстеження [8]. Встановлення супутньої патології, а її мали більшість хворих, вимагало консультації у відповідних спеціалістів. 31 хворому на ПОВГ, що мали надмірну вагу, виконали ультразвукову діагностику або комп'ютерну томографію (КТ) черевної стінки з метою встановлення характеру ураження апоневрозу в ділянці післяопераційного рубця та розмірів гризових дефектів (ГД). Інтраопераційно за допомогою динамометра було встановлено величину опору країв ГД, що враховано при виборі методу пластики ПОВГ.

**Результати досліджень і їх обговорення** ПОВГ на місці НСЛ частіше спостерігалася у пенсіонерів (40) та службовців (32). Проте хворі працездатного віку складали переважну більшість (64,9%). Більш як у третини хворих причиною появи ПОВГ були гнійні ускладнення з боку операційної рани (38), або вони не могли чітко вказати на причину виникнення грижі (39).

Протягом першого року грижа утворилася у 89 хворих (78,1%), з них у половини пацієнтів (51,8%) – протягом перших 6 місяців після операції. До одного року з ПОВГ ходило 45 (39,5%) хворих, проте в перші 6 місяців за медичною допомогою звернулася майже половина (22) пацієнтів, що було зумовлено частими її защемленнями і втратою працездатності. Третина хворих носила грижу протягом 1-3 років.

Рецидивні грижі спостерігалися у 29% хворих, з них двічі перенесли операцію 10 хворих, тричі – 1. Характер оперативних втручань, що передували появі грижі наведено в таблиці 1. У 83,3% хворих ПОВГ утворилася після акушерських та гінекологічних операцій.

Майже половина хворих (48,3%) мала великі за розмірами грижі. Гігантські розміри ПОВГ спостерігалися у 22 (19,3%) пацієнтів. У шести хворих, крім ПОВГ, на місці НСЛ було діагностовано ще додаткові ГД в ділянках раніше накладених контрапертур (5) та на місці доступу Мак Бурнея.

Розміри ГД встановлені при обстеженні, становили від 2×2 см до 25×15 см. Невправима грижа спостерігалася у 10 хворих, в 14 випадках вона вправлялася частково.

Більшості хворим (94,3%) виконана операція під загальним знеболюванням з використанням міорелаксантів. В двох випадках застосована перидуральна анестезія, а 4 хворим операцію зробили під місцевою інфільтраційною анестезією доповненою нейролепт-аналгезією, що було пов'язано з негативним відношенням хворого до загального знечуження і наявною супутньою патологією. Середній ліжко-день до операції становив  $(4,7 \pm 2,7)$  дні.

Хворому на операційному столі надавали положення Тренделенбурга, що сприяло переміщенню кишечника в протилежний бік від зони агресії і зменшувало ризик його інтраопераційного пошкодження.

Під час хірургічного лікування нижніх серединних ПОВГ обов'язково враховували особливості будови передньобічної стінки живота в цій ділянці [2,5]. Загальновідомо, що нижче лінії Дугласа позаду прямих м'язів живота (ПМЖ) є тільки очеревина і поперечна фасція живота, що зумовлено функціональною необхідністю зміни об'єму черевної порожнини (прийняття їжі, метеоризм, вагітність тощо). Тому, на нашу думку, використання типових дуплікатурних методик герніопластики (типу Сапежко, Молоденкова) із захопленням в шов м'язово-апоневротичного клаптя не доцільне, бо спричинює сильну травматизацію швами ПМЖ, яка відбувається за відсутності апоневротичного листка задньої стінки його піхви, при зав'язуванні швів і наступному їх прорізуванні, ослабленні з утворенням рецидиву ПОВГ.

Види оперативних втручань, застосованих в лікуванні ПОВГ цієї локалізації наведено в таблиці 2.

Вибір методу пластики ГД проводили диференційовано. До факторів, які суттєво впливали на вибір методу пластики, відносили величину ГД, рецидиви ПОВГ в анамнезі і дані динамометрії країв рани ГД в момент їх зведення.

Інтраопераційно, за допомогою динамометра, було встановлено величину опору країв ГД різних розмірів. Так величина опору країв ГД малих розмірів становила  $(0,9 \pm 0,1)$  кГ, середніх –  $(1,5 \pm 0,1)$  кГ, великих –  $(2,0 \pm 0,1)$  кГ, а гігантських –  $(3,1 \pm 0,3)$  кГ ( $p < 0,05$ ).

Грижі малих і середніх розмірів (дані динамометрії  $< 1,0$  кГ), зашивали використовуючи автопластичні способи пластики, беручи до уваги те, що сила опору країв рани звичайної лапаротомії становила  $(0,8 \pm 0,2)$  кГ ( $p > 0,05$ ). Ліквідацію ГД виконуємо шляхом пошарової аутопластики стінки живота з обов'язковим врахуванням особливостей її будови. У тих випадках, коли ГД був розташований вище лінії Дугласа використовували традиційні дуплікатурні методики. При локалізації ГД нижче лінії Дугласа застосовували пошарове його зашивання. Так виділену очередину зашивали безперевним швом, по можливості захоплюючи в шов поперечну фасцію. Другим шаром швів зшивали присередні краї ПМЖ, використовуючи звичайні або 8-подібні вузлові шви. При затягуванні швів намагалися не прорізати м'язову тканину і не порушити її кровопостачання. Далі зшивалися присередні краї апоневрозу передньої стінки піхви ПМЖ з утворенням дуплікатури апоневрозу за однією із традиційних методик. Головною умовою застосування даної методики є відсутність натягу тканин, що зшиваються.

Гризові дефекти середніх і деколи великих розмірів (дані динамометрії від 1,1 до 2,0 кГ) закривали також за рахунок власних тканин стінки живота. Проте в цих випадках ми спостерігали певну протидію з боку країв рани ГД їх зведенню. Тому в цих випадках нами запропоновано використовувати іммобілізацію лінії шва присередніх країв ПМЖ [3], яка дозволяє зменшити їх травматизацію під час зав'язування швів і виходу хворого з наркозу і створити оптимальні умови для формування рубця в післяопераційному періоді. Для іммобілізації ми виготовляли автодермальну деепітелізовану стрічку (АДС) шириною в 1 см за В.Н. Яновим [7]. Суть іммобілізації передбачала проведення АДС навкруги ПМЖ [1], попереду *a.epigastica inf.*, після чого її вільні кінці зшивалися між собою в помірному натягу. В гіпогастральній ділянці, як правило, проводилася одна АДС на рівні *l.spinalis*, що відповідало місцю найбільшої розтягуючої дії бічних м'язів живота при НСЛ.

Лікування гриж великих і гігантських розмірів (дані динамометрії  $> 2,1$ ), ГД яких захоплює пупкову ділянку, є вкрай складним завданням. Це обумовлено нестачею місцевих тканин стінки живота для закриття ГД, які внаслідок тривалого існування грижі скоротилися, або вигнили і їх немає. Становище ускладнюється також тим, що кишечник майже повністю розміщується у гризовому мішку, а об'єм черевної порожнини при цьому зменшується за рахунок об'єму гризового мішка. Повернення кишок назад в черевну порожнину негативно впливає на серцево-легеневу діяльність, а також одночасно створює сильний натяг тканин (прорізування швів) в ділянці зашитої ГД. Останнє спричинює порушення мікроциркуляції в рані, що призводить до асептичного некрозу, інфікування і гнійного запалення тканин в ділянці герніопластики [1,4]. Уникнути цих негативних моментів під час ліквідації гігантських ПОВГ допомагає запропонований нами диференційований підхід.

В тих випадках, коли стягнення країв ГД не визивало порушення серцево-легеневої діяльності, виконувалася пошарова аутопастика гризового дефекту з підсиленням її іммобілізацією і підкріпленням аутодермальною деепітелізованою латкою (ДАЛ), підшитою до апоневрозу. Крім АДС, проведеної на рівні *l.spinalis*, проводилася ще одна стрічка на рівні пупкового кільця крізь параректальні фасціальні вузли [3].

У чотирьох хворих ГД зашито з використанням оболонок гризового мішка шляхом утворення тканинного "замка" [3] з наступною іммобілізацією лінії шву ПМЖ і пластикою передньої стінки піхви прямих м'язів живота ДАЛ, що дозволило уникнути порушень серцево-легеневої діяльності.

В 3 випадках була відсутня частина апоневрозу ПМЖ (наг-ноєння операційної рани під час першої операції), що не дозволяло утворити його дуплікатуру (прорізування швів), тому в цих випадках апоневроз зшивали в стик, використовуючи поліспастові шви [2], які підсилювали ДАЛ.

Поряд з герніопластикою 51 хворому одночасно було виконано корекцію супутньої хірургічної патології.

Одна хвора померла (0,96%) від післяопераційного в'ялоперебігаючого перитоніту, що був спричинений неспроможністю швів міжкишкового анастомозу після резекції частини тонкої кишки з приводу часткової спайкової непрохідності.

Середній ліжкодень після операції становив  $(14,4 \pm 1,9)$  дня. Ускладнення після операції спостерігалися у 49 хворих (46,2%). З боку операційної рани вони помічені у 40 хворих (37,7%).

Хворих оглянуто після операції в строки від 1 до 10 років. Рецидив грижі виник у 13 (12,3%) хворих. В 6 випадках рецидиву грижі було застосовано дуплікатурну методику Сапежко для зашивання ГД. В інших випадках велика (гігантська) грижа була зашита за методиками Мейо (2), Молоденкова (3), та по одному випадку з використанням звичайного пошарового її зашивання з дуплікатурою апоневрозу(1) і його поєднання з іммобілізацією лінії шва грижового дефекту (1).

**Висновки.** 1. Хірургічне лікування нижніх серединних після-операційних вентральних гриж має мету анатомо-функціонального відновлення передньобічної стінки живота з врахуванням особливостей її будови нижче лінії Дугласа. 2. Пластика нижніх серединних ПОВГ має бути індивідуальною, диференційованою, з врахуванням розмірів грижі, рецидивів в анамнезі, стану і натягу тканин, що зшиваються. 3. Усунення грижових дефектів великих (гігантських) розмірів і рецидивних гриж обов'язково передбачає підсилення пошарової аутопластики іммобілізацією лінії шва і латкою з деепітелізованої аутошкіри.

1. Абражанов А.А. Пластический способ соединения разошедшихся прямых мышц // В.Х. и П.О. 1929 - Т.17, кн.51. - С.3-4.

2. Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. - Минск: Беларусь, 1986. - 159 с.

3. Власов В.В. Нові погляди до хірургічного лікування післяопераційних серединних вентральних гриж // Хист.-1997.-N 1.-С.56-59.

4. Жебровский В.В., Тоский К.Д., Ильченко Ф.Н. и др. Двадцати летний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хирургии. - 1996. - Т.155, N 2. - С.105-108.

5. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи. - Пермь, 1996. - 142 с.

6. Черевні грижі / За ред. М.П.Черенька.-К.:Здоров'я,1995. -264 с.

7. Янов В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах//Хирургия. - 1975. - N.7. - С.78-81.

8. Хегглин Ю. Хирургическое обследование // Пер. с нем. -2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1991. - 463 с.

9. Bang R.L., Behbehani A.I. Repair of large, multiple, and recurrent ventral hernias: an analysis of 124 cases // Eur.J.Surg. -1997. - Vol.163, N 2. -P.107-114.

10. Horhant P., Le Du J., Chaperon J. Treatment of postoperative abdominal eventrations with a resorbable prosthesis. Apropos of 160 cases //J.Chir.(Paris) - 1996. - Vol.133, N 7.- P.311 - 316.