



В.В. Власов^{1,2}, С.В. Калиновський¹

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПУПКОВОЮ ГРИЖЕЮ

¹ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

² Хмельницька обласна лікарня

Мета роботи — поліпшити якість і результати лікування хворих із пупковою грижею.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 208 хворих із пупковою грижею. Виділено групи пацієнтів, яким грижовий дефект закрито автопластичними (25,48 %) та алопластичними (74,52 %) методами.

Результати та обговорення. Переважали грижові дефекти пупкової грижі середнього розміру за класифікацією EHS (2009) (42,5 %). Грижових дефектів малого розміру було 26,3 %. Проаналізовано способи передочеревинного та ретромускулярного розташування сітчастого імплантату та можливі варіанти його фіксації. При поєднанні у хворих пупкової грижі і жовчнокам'яної хвороби виконували симультанну лапароскопічну холецистектомію. Застосування зазначених методик дало змогу знизити кількість післяопераційних ускладнень і рецидивів грижі.

Висновки. Пупкова грижа потребує оперативного лікування з використанням алопластичних методів. Оптимальний спосіб алопластичного закриття грижового дефекту пупкової грижі — розташування сітчастого імплантату sublay. При поєднанні у хворих первинної пупкової грижі і хронічного калькульозного холециститу бажано одночасно лікувати обидва захворювання. У хворих із гігантською пупковою грижею для профілактики компартмент-синдрому необхідно використовувати операцію за О.М. Ramirez.

Ключові слова: пупкова грижа, алопластика, сітчастий імплантат.

Грижі передньої черевної стінки і, зокрема, пупкова грижа є найчастішою хірургічною патологією, з приводу якої проводять планові оперативні втручання [3]. Операції з приводу пупкової грижі — на третьому місці серед пластик грижового дефекту. Незважаючи на швидкий розвиток сучасної герніології, проблема хірургічного лікування хворих на пупкову грижу залишається актуальною. Складність цієї проблеми полягає в тому, що у кожного 8—10-го хворого після хірургічного лікування простої неускладненої пупкової грижі виникає рецидив, а після лікування великої за розміром грижі — ще частіше [1, 5]. За даними Я.П. Фелештинського (2011), незважаючи на використання сучасних алопластичних методик, частота рецидиву залишається високою — від 30 до 35 % [6].

У світі накопичено великий досвід використання синтетичних протезних матеріалів для лікування гриж передньої черевної стінки [1—3, 5, 8]. Зарубіжні і вітчизняні автори [1, 8, 9] пропонують для зменшення частоти рецидиву грижі використовувати технологію tension free (пластику без натягу) із застосуванням матеріалів, максимально адаптованих до тканин організму, які не продукують алергени, здатні протидіяти механічній дії в місцях з'єднання тканин і доступні за ціною. Дані літератури [2] свідчать, що розташування сітчастого імплантату sublay (особливо передочеревинно) дає кращі безпосередні і віддалені результати. На сьогодні немає єдиної обґрунтованої методики фіксації сітчастого імплантату при виконанні пластики грижового дефекту. Не подолані також

труднощі мобілізації передочеревинного простору, яка часто супроводжується пошкодженням очеревини й унеможливує передочеревинне розташування звичайного сітчастого імплантату.

Мета роботи — поліпшити якість і результати лікування хворих із пупковою грижею із застосуванням алопластики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 208 хворих із пупковою грижею. Джерелами інформації були медичні картки стаціонарних хворих і спеціально розроблені карти спостереження за хворими із пупковою грижею. Серед пацієнтів переважали жінки (74,52 %). Вік хворих — від 20 до 80 років. Середній вік — $(56,78 \pm 13,8)$ року. За характером оперативних втручань виділено основну групу — 155 (74,52 %) пацієнтів, яким виконано алопластичне закриття грижового дефекту, та групу порівняння (53 (25,48 %) пацієнти), яким грижовий дефект закрито автопластичними методами.

За розміром пупкової грижі розподіляли згідно з класифікацією ENS (2009): малого (ширина дефекту передньої черевної стінки < 2,0 см), середнього (ширина грижового дефекту 2,1—4,0 см) та великого (ширина грижового дефекту > 4,1 см) розміру [7].

При госпіталізації всіх хворих обстежували клінічно, лабораторно, виконували УЗД і комп'ютерну томографію органів черевної порожнини, ФЕГДС, проводили консультації суміжних спеціалістів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Більшість хворих прооперовано в плановому порядку, лише 7 (3,37 %) хворих — ургентно з приводу защемленої пупкової грижі.

При аналізі хворих за віком і статтю встановлено, що жінки переважали в усіх вікових групах. Співвідношення жінок і чоловіків — 3 : 1. Більшість пацієнтів були працездатного віку, особи пенсійного віку становили 39,9 %. Найчастіше пупкові грижі виявляли в осіб віком 51—60 років (35,6 %) і рідше у пацієнтів до 30 років. Цю тенденцію спостерігали як серед чоловіків, так і серед жінок (таблиця).

Супутню патологію виявлено у 86,4 % хворих. У більшості (58,3 %) це була кардіальна патологія. У

53 хворих мала місце жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), з приводу якої їм виконано симультанну холецистектомію. 15 пацієнтів страждали на аліментарне ожиріння II—III ступеня.

У 160 (61,77 %) пацієнтів грижові випинання повністю вправлялися у черевну порожнину, у 33 (12,75 %) — частково, у решти — не вправлялися.

Переважали грижові дефекти середнього розміру за класифікацією ENS (2009) — 88 (42,5 %). Пупкову грижу великого розміру спостерігали у 65 пацієнтів, з них у 8 вона була гігантською. У решти хворих грижа була малого розміру.

Усіх пацієнтів прооперовано. Найчастіше для знеболювання використовували ендотрахеальний наркоз (у 61,39 % випадків), менше — спинномозкову анестезію (у 35,14 %).

За наявності у хворого пупкової грижі і ЖКХ оперативне втручання розпочинали з лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Введення голки Вереша і троакара виконували по верхньому краю грижового дефекту при вправимих грижах або над пупком при фіксованих пупкових грижах у разі високого ризику пошкодження грижового вмісту. Місце введення троакара лапароскопа має збігатися з доступом до пупкової грижі. Виконання ЛХЕ не відрізнялося від традиційної. Видалення з черевної порожнини жовчного міхура проводили переважно крізь розріз під мечоподібним відростком для запобігання інфікуванню рани в ділянці пупка та рецидиву грижі. Лише в 1 випадку (конкремент розміром 6×5 см) жовчний міхур, який попередньо помістили у гумовий контейнер, видалили крізь грижовий дефект. Після завершення ЛХЕ виконували пластику грижового дефекту.

При проведенні оперативного втручання з приводу пупкової грижі використовували доступи зі збереженням пупка (з огинанням пупка зверху — у 78 випадках, знизу — у 17, збоку — у 24) і з видаленням пупка двома огинальними розрізами в поздовжньому та поперечному напрямках. Вибір доступу до грижового дефекту пупкової грижі визначали після пальпаторного або ультразвукового дослідження ділянки грижового дефекту. Так, якщо у хворого грижовий мішок був великого розміру і дуже деформував пупок, то виконували видалення пупка 2 огинальними розрізами. Якщо грижовий мішок спричиняв незначне деформування

Т а б л и ц я
Розподіл хворих із пупковою грижею за віком і статтю

Стать	До 30 років	31—40 років	41—50 років	51—60 років	61—70 років	Понад 70 років	Усього
Чоловіки	3 (1,44 %)	7 (3,37 %)	17 (8,17 %)	18 (8,65 %)	7 (3,37 %)	1 (0,48 %)	53 (25,48 %)
Жінки	1 (0,48 %)	8 (3,85 %)	15 (7,21 %)	56 (26,92 %)	51 (24,52 %)	24 (11,54 %)	155 (74,52 %)
Усього	4 (1,92 %)	15 (7,22 %)	32 (15,38 %)	74 (35,57 %)	58 (27,89 %)	25 (12,02 %)	208 (100,0 %)

пупка, то виконували огинальні розрізи, вибір яких залежав від локалізації грижового мішка відносно пупка. При поєднанні пупкової грижі з грижею білої лінії живота пластику обох грижових дефектів виконували з одного поперечного доступу: в проекції пупка або грижі білої лінії живота залежно від найбільшого грижового дефекту.

Автопластично грижовий дефект закрито 53 пацієнтам. Таку методику застосовували переважно у хворих із вправимою пупковою грижею з грижовим дефектом розміром до 1,0—1,5 см, в яких використання сітчастого імплантату було неможливим при передочеревинному розташуванні, що потребувало б розширення грижового дефекту. Також автопластичні методи застосовували у пацієнтів із супутньою патологією у давнених випадках (онкологічні захворювання, ниркова, печінкова недостатність у стадії декомпенсації). При виконанні автопластичних методик використовували традиційний шовний матеріал.

У 21 (39,6 %) прооперованого краї грижового дефекту малого розміру ушито вузловими лавсановими швами впритул. Закриття грижового дефекту зі створенням дуплікатури у поперечному напрямку (за методикою Мейо) виконано 13 (24,5 %) хворим, а з формуванням дуплікатури у поздовжньому напрямку (за методикою Сапежко) — 15 (28,3 %). Після виконання поздовжньої герніолапаротомії 4 хворим з пупковою грижею великого розміру виконали поширене зашивання операційної рани впритул за допомогою нитки PDS-II.

У 155 (74,52 %) хворих грижовий дефект закрито алопластично, з переважним (у 80,65 % випадках) розташуванням сітчастого імплантату передочеревинно. У 26 (16,77 %) пацієнтів сітчастий імплантат розташували ретромускулярно, лише у 4 випадках виконано пластику onlay. Для алопластики грижового дефекту застосовували такі сітчасті імплантати: АРМА-УТМ, АТРМА-ТУРА (Укртехмед, Україна), Есфіл (Лінтекс, Росія), Prolene Mesh, Ultrapro (Ethicon, США). Для фіксації сітчастого імплантату та зашивання рани використовували лише синтетичні поліпропіленові лігатури.

Розташування сітчастого імплантату над апоневрозом (onlay) передбачало відділення останнього від підшкірно-жирової клітковини на відстані 4—5 см від краю грижового дефекту, а передочеревинно — мобілізацію передочеревинного простору на відстані 4—5 см від країв грижового дефекту.

У разі застосування методики преперитонеального розташування сітчастого імплантату після виконання відповідного доступу виділяли грижовий мішок у його основі від апоневрозу пупкового кільця. При виділенні грижового мішка намагалися по можливості зберегти стоншені краї грижового дефекту. Їх у подальшому використовували для відмежування сітчастого імплантату від підшкірно-жирової клітковини. Тупим та гострим шляхом відділяли підшкірно-жирову клітковину від білої

лінії живота і поверхні передньої пластинки піхви прямих м'язів живота на 3,0—3,5 см краніальніше за верхній край грижового дефекту. По краю грижового дефекту відділяли очеревину від апоневрозу, мобілізуючи передочеревинний простір та створюючи ложе для сітчастого імплантату. Для кращого відділення очеревини від апоневрозу використовували гідропрепарування. Якщо грижовий мішок не видаляли, то його ввертали в черевну порожнину. Тупим та гострим шляхом відділяли очеревину від задньої стінки піхви прямих м'язів живота на відстань 4—5 см від країв грижового дефекту.

Із сітчастого імплантату викроювали латку, яка перевищувала діаметр грижового дефекту на 4—5 см. Розташовували її між очеревиною і апоневрозом білої лінії живота (sublay) (рис. 1).

При розташуванні сітчастого імплантату передочеревинно певні труднощі виникають з вибором місця фіксації сітки, оскільки остання повинна заступати за краї грижового дефекту на 3—4 см. При цьому досить часто малий за діаметром грижовий дефект зумовлює зменшення оперативного простору для фіксації сітчастого імплантату. Останній має бути фіксованим таким чином, щоб він надійно закривав грижовий дефект і був добре розправленим, не викликаючи сумнівів у хірурга щодо можливої зміни його локалізації в післяопераційний період.

У 52 хворих сітчастий імплантат фіксували по периметру грижового дефекту, використовуючи для цього 4—6 швів і більше, відступивши від краю грижового дефекту на 2,5—3,0 см.

У 71 пацієнта при виконанні передочеревинної пластики грижового дефекту фіксували сітчастий імплантат у такий спосіб: П-подібним монофіламентним поліпропіленовим швом (2/0) прошивали верхній край сітчастого імплантату, відступивши 1 см від його краю. Заводили браншу гачка Фарабефа у передочеревинний простір, а іншим — відкривали верхню поверхню білої лінії живота. Обидва кінці нитки, якою був прошитий сітчас-

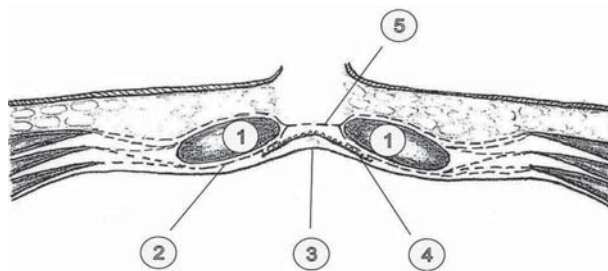


Рис. 1. Схема горизонтального зрізу передньої черевної стінки в ділянці пупка при виконанні передочеревинної пластики грижового дефекту пупкової грижі:

1 — прями м'язи живота; 2 — задній листок піхви прямого м'яза живота; 3 — очеревина; 4 — сітчастий імплантат; 5 — біла лінія живота

тий імплантат, надягали на голку. Вкол робили з передочеревинного простору, голку виколовували на зовнішній поверхні білої лінії живота. Шов зав'язували так, щоб зблизити максимально сітчастий імплантат і задню поверхню білої лінії живота (рис. 2А).

Сітчастий імплантат розправляли у передочеревинному просторі. Краї грижового дефекту в подальшому зашивали щільно з підхопленням у шов сітчастого імплантату (рис. 2Б). Спрощена фіксація сітчастого імплантату забезпечувала зменшення тривалості виконання фіксації та оперативного втручання в цілому. У 6 випадках до сітчастого імплантату підводили дренаж Редона.

Парієтальну очеревину в ділянці грижових воріт пупкової грижі не завжди вдається легко відділити, оскільки вона зазвичай рветься. У цих випадках ми розташовували сітчастий імплантат ретромускулярно. Для цього розтинали задню пластинку піхви прямих м'язів живота з обох боків. Над і під грижовим дефектом задню пластинку піхви прямих м'язів живота відділяли від м'язів у краніальному та каудальному напрямках на відстань 4–5 см. Гачком Фарабефа виконували тракцію прямих м'язів живота в бік та догори, трохи піднімаючи передню черевну стінку. При цьому чітко візуалізувалися місця переходу задньої пластинки піхви прямих м'язів живота в білу лінію живота (рис. 3). Не пошкоджуючи білу лінію живота, відсікали від неї задню пластинку піхви прямих м'язів живота.

Гострим і тупим шляхом обережно відділяли очеревину від білої лінії живота вище і нижче за грижовий дефект. Потім зашивали очеревину в ділянці грижового дефекту, якщо був відсутній натяг, у шов захоплювали медіальний край розсіченої задньої пластинки піхви прямих м'язів живота. Використовували сітчастий імплантат необхідного розміру (на 4–5 см більший за грижовий дефект), розташовували його ретромускулярно. За необхідності до сітчастого імплантату підводили дренаж Редона.

Сітчастий імплантат фіксували швом на 3–4 см вище за край грижового дефекту по серединній лінії, потім розправляли у ретромускулярному просторі. Зашивали краї грижового дефекту впритул у поперечному напрямку, захоплюючи у шов сітку.

Закриття грижового дефекту у хворих із пупковою грижею гігантських розмірів здійснювали лише сітчастим імплантатом, розташовуючи його ретромускулярно і використовуючи оболонки грижового мішка. Мобілізація передочеревинного простору в таких хворих неможлива через необхідність відділення очеревини на значній відстані. Після мобілізації ретромускулярного простору і ретельного гемостазу зашивали задні листки піхви прямих м'язів живота і оболонки грижового мішка, розташовували сітчастий імплантат ретромускулярно і фіксували окремими поліпропіленовими вузловими швами (4–5) в ділянці зшитих раніше задніх пластинок піхви прямих м'язів живота.

Ретромускулярний простір у всіх хворих із пупковою грижею гігантських розмірів дрениували за Редоном. Для запобігання компартмент-синдрому в 2 пацієнтів виконали послаблювальні розрізи за методом О.М. Ramirez. Утворені дефекти розміром 15 × 6 см були заповнені сітчастим імплантатом, зафіксованим по периметру.

Для профілактики місцевих ускладнень використовували наклеювання на операційне поле плівки Ioban, промивання рани розчинами антисептиків (фурацилін, 0,02 % розчин «Декасану»), ретельний гемостаз за допомогою діатермокоагуляції, монофіламентний шовний матеріал. Для запобігання післяопераційним ускладненням перед операцією хворим призначали антибіотики групи

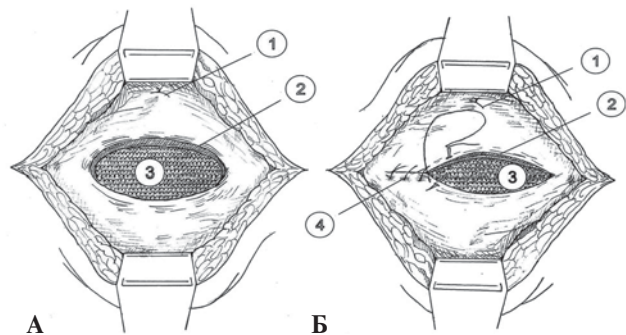


Рис. 2. Схема фіксації сітчастого імплантату при пластиці грижового дефекту пупкової грижі. Сітчастий імплантат фіксовано 1 швом краніально (А). Ушивання країв грижового дефекту впритул з підхопленням у шов сітчастого імплантату (Б). 1 — краніальний шов для фіксації сітчастого імплантату; 2 — край грижового дефекту; 3 — сітчастий імплантат; 4 — безперервний шов фіксації країв грижового дефекту і сітчастого імплантату

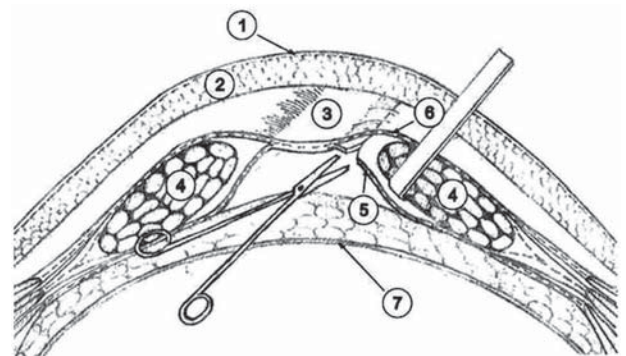


Рис. 3. Схема проведення ретромускулярної пластики грижового дефекту пупкової грижі. Розтин задньої пластинки піхви прямого м'язу живота (пунктирною лінією позначено напрямок розрізу): 1 — шкіра; 2 — підшкірно-жирова клітковина; 3 — біла лінія живота; 4 — прямий м'яз живота; 5 — задній листок піхви прямих м'язів живота; 6 — передній листок піхви прямих м'язів живота; 7 — очеревина

цефалоспоринів II покоління в комбінації з метронідазолом. З метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії використовували низькомолекулярні гепарини.

Кількість ліжко-днів становила від 2 до 20.

Із ускладнень у ранній післяопераційний період у хворих після алопластики спостерігали 1 (0,65 %) випадок сероми післяопераційної рани (у хворої із супутнім ожирінням), 1 (0,65 %) випадок гематоми передньої черевної стінки після передочеревинної алопластики грижового дефекту. Після використання автопластичних методик у 10 (4,81 %) пацієнтів розвинулася серома післяопераційної рани, у 1 (1,89 %) — нагноєння рани.

Пацієнтів оглянуто в строки від півроку до 3 років після операції. Після автопластичного закриття

грижового дефекту рецидив виявлено у 8 (3,85 %) хворих. Після автопластики грижового дефекту випадків рецидиву грижі не було.

ВИСНОВКИ

Пупкова грижа потребує оперативного лікування з використанням алопластичних методів.

Оптимальний спосіб алопластичного закриття грижового дефекту пупкової грижі — розташування сітчастого імплантату sublay.

Наявність у хворих із пупковою грижею супутньої жовчнокам'яної хвороби потребує проведення симультанної лапароскопічної холецистектомії.

У хворих із гігантською пупковою грижею для профілактики компартмент-синдрому необхідно використовувати операцію за О.М. Ramirez.

Література

1. Бендик Н.І., Рукавцев Г.І. Застосування вітчизняної хірургічної поліпропіленової сітки // Клін. хірургія.— 2003.— № 11.— С. 8.
2. Ермильчев А.А., Кравченко В.В., Попенко Г.А. Технические особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии при наличии пупочной грыжи // Клін. хірургія.— 2004.— № 2.— С. 8—10.
3. Нетяга А.А., Бежин А.И. Эндопротезирование брюшной стенки в лечении и профилактике наружных грыж живота // Матеріали XXII з'їзду хірургів України.— Вінниця, 2010.— С. 57—58.
4. Саенко В.Ф., Белянський Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии // Клін. хірургія.— 2003.— № 11.— С. 3—5.
5. Саенко В.Ф., Белянський Л.С., Манойло Н.Н. Современные

направления открытой пластики грыжи брюшной стенки // Клін. хірургія.— 2001.— № 6.— С. 59—63.

6. Фелештинський Я.П., Смішук В.В., Преподобний В.В., Маленда О.Д. Вибір способу алопластики при хірургічному лікуванні пупкових гриж // Хірургія України.— 2011.— № 3 (39).— С. 146—147.
7. Mislowsky A., Hemphill A., Nasrallah D.V. A scarless technique of umbilical hernia repair in the adult population // Hernia.— 2008.— N 12 (6).— P. 627—630.
8. Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F. et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // Hernia.— 2009.— N 13 (4).— P. 407—414.
9. Petrakis E., Velimezis G., Vezakis A. et al. A new tension-free technique for the repair of umbilical hernia, using the Prolene hernia system: early results from 48 cases // Hernia.— 2003.— N 7 (4).— P. 178—180.

В.В. Власов, С.В. Калиновский

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ

Цель работы — улучшить качество и результаты лечения больных с пупочной грыжей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 208 больных с пупочной грыжей. Выделены группы пациентов, которым грыжевой дефект зашито аутопластическими (25,48 %) и аллопластическими (74,52 %) методами.

Результаты и обсуждение. Преобладали грыжевые дефекты пупочной грыжи среднего размера по классификации ENS (2009) — 42,5 %. Грыжевых дефектов малого размера было меньше — 26,3 %. Проанализированы способы предбрюшинного и ретромукулярного расположения сетчатого имплантата и возможные варианты его фиксации. При сочетании у больных пупочной грыжи и желчнокаменной болезни выполняли симультанную лапароскопическую холецистэктомию. Применение описанных методик позволило снизить количество послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи.

Выводы. Пупочная грыжа требует оперативного лечения с использованием аллопластических методов. Оптимальный способ закрытия грыжевого дефекта пупочной грыжи — расположение сетчатого имплантата sublay. При сочетании у больных первичной пупочной грыжи и хронического калькулезного холецистита желателно одновременно лечить оба заболевания. У больных с гигантской пупочной грыжей для профилактики компартмент-синдрома необходимо использовать операцию по О.М. Ramirez.

Ключевые слова: пупочная грыжа, аллопластика, сетчатый имплантат.

V.V. Vlasov, S.V. Kalinovskyi

THE SURGICAL TREATMENT OPTIMISATION IN PATIENTS WITH UMBILICAL HERNIA

The aim – to improve quality and treatment results in patients with umbilical hernia.

Materials and methods. Treatment results of 208 patients with umbilical hernia were analysed. All patients were divided into groups with auto- (25.48 %) and alloplasty (74.52 %) methods correction of hernia defects.

Results and discussion. Medium size umbilical hernia defects by EHS (2009) classification 42.5 % have dominated. Hernial defects of small size were less – 26.3 %. Methods of mesh preperitoneal and retromuscular position and its fixation options were analyzed. In patients with the combination of hernia and gallstones the simultaneous laparoscopic cholecystectomy was performed. Application of the techniques has reduced the number of postoperative complications and hernia recurrence.

Conclusions. Umbilical hernia requires surgical treatment using alloplastic methods. The best way to close the hernia defect in umbilical hernia – the location of the mesh implant sub-layer. With the combination in patients with primary umbilical hernia and chronic calculous cholecystitis is preferably to simultaneously treat both diseases. In patients with a giant umbilical hernia to prevent compartment syndrome should be used for the operation of O.M. Ramirez.

Key words: umbilical hernia, alloplasty, mesh implant.