



С.Г. Гривенко, І. В. Мельнічук,  
М.Д. Розгонюк

Кримський державний медичний  
університет

ім. С.І. Георгієвського

© Колектив авторів

## ДЕЯКІ ТЕХНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ЖИВОТА СЕРЕДИННОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

**Резюме.** В статті узагальнено власний клінічний досвід хірургічного лікування 62 пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами, яким виконувались реконструктивні операції на передній черевній стінці. Викладені пропозиції та запропоновані практичні рекомендації по викроюванню та фіксації поліпропіленового трансплантату при ретромускулярній герніопластиці.

**Ключові слова:** післяопераційні вентральні грижі, хірургічне лікування.

### Вступ

За узагальненими статистичними даними від 15 до 30 % лапаротомій, які виконані, навіть, у високоспеціалізованих клініках із використанням сучасних шовних матеріалів, призводять до утворення післяопераційних вентральних гриж (ПВГ) [5–7]. Поширеність даної патології, можливість виникнення небезпечних ускладнень та високий рівень рецидивів при повторних операціях з приводу ПВГ обумовили велику кількість досліджень в цій галузі на всіх етапах розвитку хірургії. Це, в свою чергу, сприяло отриманню нових знань в герніології, розробці та впровадженню нових видів хірургічних втручань, в тому числі, із застосуванням алопластичних матеріалів та вдосконаленню оперативної техніки [1]. Водночас, використання для герніопластики сучасних пластичних матеріалів супроводжується післяопераційними ускладненнями, такими, як рецидив грижі (3,8–25 %), сероми (3,2–18,7 %), нагноєння (1,2–6 %), нориці (1–3,5 %), в тому числі кишкові (0,6–1 %), які можуть вимагати видалення сіток [3]. Незважаючи на наявність великої кількості сіток та масу оперативних методик фіксації останніх до передньої черевної стінки результати залишаються далекими від задовільних [4]. Основними причинами таких незадовільних результатів хірургічного лікування ПВГ є неадекватний вибір способу алопластики [4]. Значний клінічний досвід багатьох герніологів довів, що оптимальним варіантом алогерніопластики ПВГ є методика *Sub lay*, яка забезпечує формування навколо сітчастого імплантату сполучнотканинної капсули та надійно покращує ділянку грижового дефекту, а методика *On lay* частіше ускладнюється серомами і повинна застосовуватись за строгими показами та при відсутності альтернативи цій пластиці [2, 4]. Зниженню кількості післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ПВГ може сприяти уточнення деяких технічних прийомів та етапів втручання.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності оперативних втручань з приводу післяопераційних вентральних гриж серединної локалізації за рахунок зменшення травматичності операції та підвищення її технологічності.

### Матеріали і методи досліджень

Робота ґрунтується на результатах хірургічного лікування 62 пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами передньої черевної стінки, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Сімферопольської ЦКРЛ за період 2007–2011 рр. Вік хворих від 21 до 75 років. Жінок було 46 (74,2 %), чоловіків 16 (25,8 %). Хворі були розподілені на дві групи, що були порівнянними за віком, співвідношенням статей, видами гриж та виконаних оперативних втручань. До першої (основної) групи включено 30 хворих, у яких застосовувалась ретромускулярна алогерніопластика з авторськими методиками викроювання та фіксації трансплантату, до другої (порівняння) – 32 пацієнта, у яких застосовували традиційні методи викроювання та фіксації трансплантату.

### Результати досліджень та їх обговорення

Як відомо, більшість хірургів при алогерніопластиці післяопераційних вентральних гриж використовує трансплантати прямокутної форми із закругленими кутами. Проте, при ретромускулярній пластиці для надійного укріплення грижових воріт, використання трансплантатів прямокутної форми потребує руйнації білої лінії живота на всьому протязі грижових воріт, де має бути розташований трансплантат, що призводить до рецидивування захворювання у значному відсотку випадків. У зв'язку з цим було запропоновано і застосовано оригінальну методику викроювання трансплантату – заявка на винахід (корисну модель) № u2011 11876. В основу метода було поставлено задачу удосконалення способу фіксації трансплантату при герніопластиці серед-



инних післяопераційних вентральних гриж, у якому шляхом заміни форми трансплантата підвищують технологічність та ефективність оперативних втручань і таким чином уникають руйнування білої лінії живота на всьому протязі грижових воріт та запобігають рецидивів. Сутність методу полягає у наступному. Під час оперативного втручання з приводу серединних післяопераційних вентральних гриж після формування ретромускулярного простору для трансплантату проводять заміри ширини та довжини трансплантату із незначним допуском. Після чого трансплантат згинається на дві половини по ширині. З обох сторін, по середині, вирізається рівнобічний трикутник основою назовні, під кутом  $70^{\circ}$ – $80^{\circ}$ , довжиною (бісектриса) 4–5 см. Після викройки трансплантату до необхідних розмірів та форми, останній фіксуються строго по середині трансплантату. Для цього також була застосована оригінальна методика фіксації трансплантату – заявка на винахід (корисну модель) № u2011 12553. Фіксацію трансплантату при ретромускулярній герніопластичі післяопераційних вентральних гриж здійснюють наступним чином. На етапі формування ретромускулярного простору для трансплантату при сшиванні між собою обох задніх листків піхв прямих м'язів живота та поперечної фасції вузловими швами лігатури не зрізають, а фіксують на затискачах. Після викройки трансплантату до необхідних форми та розмірів, останній фіксують зазначеними лігатурами строго по середині трансплантату. Враховуючи те, що при формуванні задньої стінки ретромускулярного простору шви накладають на відстанні до 1 см, а необхідності у такій щільній фіксації трансплантату не має потреби, тому, як правило, фіксацію проводять не кожною лігатурою, а через одну, деколи дві. В подальшому тупо, за допомогою пальця, метеликопібні половинки трансплантату розправляють в ретромускулярному просторі. Зазначений методичний підхід дозволяє зафіксувати трансплантат з обох сторін в проксимальному та дистальному напрямку від останніх швів на білій лінії живота на протязі 4–5 см. Після закінчення фіксації по середній лінії переходять до фіксації трансплантату поодинокими вузловими швами по його латеральному краю до задньої стінки сформованого ретромускулярного футляру. В подальшому дрениують надсітковий простір та пошарово зашивають рану.

Висновки про ефективність запропонованих технічних прийомів при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці ґрунтувалися на оцінці наступних показників: характеру та тривалості виділень по дренажних трубках та резинових випускниках, наявності ранових ускладнень у вигляді сером,

інфільтратів та гематом, тривалості післяопераційного ліжко-дня.

Аналіз ефективності запропонованих технічних прийомів свідчить, що по ряду показників (виразність та тривалість серозної ексудації, наявності ранових ускладнень та тривалості післяопераційного ліжко-дня) запропоновані технічні прийоми мають значні переваги над традиційними підходами хірургічного лікування та сприяють зменшенню частоти ускладнень. Так після виконання всіх оперативних втручань в основній групі отримано задовільний результат. Серозна ексудація спостерігалась на протязі 3–4 днів, жодного випадку утворення сероми та нагноення рани в цій групі не спостерігалось. Інфільтрат в ділянці післяопераційної рани мав місце у 2 (6,6 %) пацієнтів. Тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів цієї групи склала  $12 \pm 2$  днів. За час спостережень жоден пацієнт в цій групі повторно не звернувся з рецидивом захворювання. На відміну від першої групи, серозна ексудація в групі порівняння була протягом перших 5–7 днів. Серед них у 9 (28,1 %) утворилась серома з тривалою ексудацією з рани протягом 14–16 днів, що потребувало виконання множинних пункцій, а в деяких випадках і розведення країв рани. Інфільтрат післяопераційної рани спостерігався у 6 (18,75 %) пацієнтів. Нагноення післяопераційної рани спостерігалось у 4 (12,5 %) хворих, із них у 1 (3,1 %) абсцес передньої черевної стінки в ділянці післяопераційного рубця був діагностований через два роки після реконструктивної операції, що потребувало розкриття та дрениування гнійника в ургентному порядку. Рецидив грижі діагностований у 4 (12,5 %) хворих. Тривалість перебування хворих цієї групи в стаціонарі склала в середньому  $18 \pm 2$  дні.

Отже, використання запропонованої техніки викроювання та фіксації трансплантату при ретромускулярній пластичі серединних післяопераційних вентральних гриж дозволяє досягнути ідеального симетричного розташування трансплантату по відношенню до середньої лінії, максимально запобігає деформації трансплантату при його фіксації, скорочує час втручання, запобігає виникненню післяопераційних ускладнень та покращує естетичні та косметичні наслідки.

### Висновки

Запропоновані способи викроювання та фіксації поліпропіленового трансплантату при ретромускулярній герніопластичі є малотравматичними, простими та надійними. Їх використання у клінічній практиці дозволяє запобігти рецидивуванню і тим самим сприяє покращенню найближчих та віддалених результатів лікування. Це дає підстави рекомендувати такі прийоми до використання.



## ЛІТЕРАТУРА

1. *Оцінка* результатів впровадження алопластики в лікуванні післяопераційних вентральних гриж / В.Г. Мішалов, А.О. Бурка, С.М. Гойда [та ін.] // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39). – С. 83 – 92.
2. *Профілактика* осложнений аллогерниопластики / Д.А. Харченко, И.В. Лихицкая, С.Н. Котляр [та ін.] // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39). – С. 147.
3. *Фелештинський Я.П.* Клініко–морфологічні аспекти ускладнень алогерниопластики, лікування та профілактика / Я.П. Фелештинський, В.Ф. Атаманюк // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39). – С. 107 – 109.
4. *Фелештинський Я.П.* Експериментально–клінічне обґрунтування оптимального варіанту алогерниопластики при післяопераційних вентральних грижах // Я.П. Фелештинський, А.А. Чантурідзе // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39). – С. 113 – 115.
5. *Хірургічна* тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, І.М. Тодуров, С.В. Косюхно, О.В. Перехрестенко // *Хірургія України*. – 2011. – № 3 (39). – С. 10 – 12.
6. *Chevrel J.P.* Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chevrel, A.M. Rath // *Hernia*. – 2000. – Vol. 4. – P. 7 – 11.
7. *Complications* in incisional hernia repairs by the placement of retromuscular prostheses / J. B. Flament, C. Avisse, J.P. Pailot [et al.] // *Hernia*. – 2000. – Vol. 4. – № 1. – P. 25 – 29.

НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ  
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ  
СРЕДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*С.Г. Гривенко, И.В. Мельничук,  
М.Д. Розгонюк*

**Резюме.** В статье обобщен собственный клинический опыт хирургического лечения 62 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которым производились реконструктивные оперативные вмешательства на передней брюшной стенке. Изложены предложения и практические рекомендации по выкраиванию и фиксации полипропиленового трансплантата при ретромускулярной герниопластике.

**Ключевые слова:** *послеоперационные вентральные грыжи, хирургическое лечение.*

SOME TECHNICAL FEATURES  
OF SURGICAL TREATMENT  
OF POST-OPERATIVE  
VENTRAL HERNIAS OF  
MIDLINE LOCALIZATION

*S.H. Hryvenko, I.V. Melnichuk,  
M.D. Rozgonuk*

**Summary.** The own clinical experience of surgical treatment of 62 patients with post-operative ventral hernias who were performed reconstructive abdominoplasty is summarized in the article. The suggestions and practical guidelines for cutting out and fixation of polypropylene transplant in retromuscular hernioplasty are expounded.

**Key words:** *postoperative ventral hernias, surgical treatment.*