

УДК 616.34-007.43.089

Гончар М. Г., Кучірка Я. М., Богуш А. Є.

**Вибір методу операцій при грижах передньої стінки живота**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Центральна міська клінічна лікарня, м Івано-Франківськ, Україна

**Резюме.** Проведено ретроспективний аналіз причин виникнення рецидиву гриж передньої стінки живота. Результати дослідження 1375 хворих показали, що найменша кількість рецидивів виникає при застосуванні ненатяжних методів операцій. Виникнення рецидивів після операцій з приводу пахових гриж за Ліхтенштейном виникає, на думку авторів, внаслідок фіксації сітки обвивним швом до глибокого косоного м'яза живота. Перевага надається накладанню вузлових швів і одномоментній фіксації сітки апоневротично-м'язового лоскута.

**Ключові слова:** грижі передньої черевної стінки, сітчатий імплантат, операції.

**Вступ.** Грижі передньої черевної стінки є найбільш поширеним захворюванням людей працездатного віку [1, 2]. Тому ця проблема звучить на багатьох хірургічних конференціях і з'їздах. Провідні фахівці регулярно проводять показові майстер-класи в усіх областях України [3]. Якщо питання діагностики гриж не становлять якоїсь складності, то методи оперативного лікування постійно звучать в наукових і масових публікаціях. На даний час вважається «золотим стандартом» застосування сітчатих імплантатів [4]. На превеликий жаль, і вони не гарантують розвитку рецидиву грижі [5]. Зрозуміло, коли рецидив настає у людей похилого і старечого віку, осіб, обтяжених складною супутньою патологією [хронічний обструктивний бронхіт, емфізема легень, копростаз та ін.], але вони виникають і в молодому та середньому віці, у практично здорових людей. І тоді виникає питання – чому? Які сприятливі фактори?

З 2011 по 2015 роки в хірургічному відділенні ЦМКЛ було прооперовано 1375 хворих на грижі передньої черевної стінки. Натяжні способи оперативного втручання були застосовані у 24,4% оперованих. Треба відзначити, що за останній рік усі пахові грижі оперуються за класичним або модифікованим методом Ліхтенштейна. Що стосується гриж передньої черевної стінки (інгізійні), то сітчатий імплантат був застосований у 71,3% пацієнтів. Традиційні способи застосовувалися у хворих з грижами білої лінії живота та невеликими (до 1 см в діаметрі) пупковими грижами.

Через 3 роки кількість рецидивів пахових гриж хворих, яких оперували натяжними методами, становила 8,9%, ненатяжними – 1,4% випадків. При аналізі причин рецидивів ми дійшли висновку, що вони зводяться, в основному, до неадекватного способу пластики, без урахування виду праці пацієнта і застосування натяжних способів операцій (Басіні, Постемпського та ін.). Крім того, застосування ненатяжних способів операцій, а саме, методу Ліхтенштейна, так само інколи приводять до розвитку рецидиву. Вивчивши рецидиви вказаного способу оперативного лікування гриж, на нашу думку, причиною останніх є: по-перше, фіксація сітки до внутрішнього косоного м'яза живота, який є досить еластичним і рухомим, може розшаруватися і тоді сітка разом з м'язовими волокнами може мігрувати; по-друге, застосування обвивного шва на м'яз може привести до некрозу з утворенням рубця і розшаруванням м'язових волокон.

У своїй практиці ми не зустрічали випадків реканалізації пахового каналу. Рецидив грижі, як правило, виникає в ділянці внутрішнього кільця пахового каналу – місце виходу елементів сім'яного канатика. Саме цій ділянці необхідно приділяти максимум уваги. Його пластику необхідно починати з поперечної фасції, внутрішнього косоного м'яза живота, завершуючи шивання сітчатого імплантата. Що стосується останнього, то на перших порах застосування сітки, ми вирізали круглий отвір для проходження сім'яного канатика та його елементів. В останні роки отвір не вирі-

зається, ніжки сітки накладаємо одну на одну і зшиваємо між собою. Критерієм адекватного звуження внутрішнього кільця є вільне проходження бранш хірургічних ножиць.

Щодо інгізійних гриж, то в останні роки ми перейшли на єдиний спосіб їх оперативного лікування – пластика сітчатим імплантатом. На жаль, і тут виникають рецидиви. Відомі три види фіксації сітки: саб-лайн, ін-лайн, он-лайн. Щодо першого способу, то застосування його в клініці значно обмежене, внаслідок складності відпрепарування очеревини від заднього листка апоневроза прямого м'яза живота або органів черевної порожнини при злуковій хворобі очеревини. Разом з тим, він є найбільш обгрунтованим способом тому, що ліквідує початкову фазу утворення грижі – грижовий мішок. Метод он-лайн багатьма авторами розкритикований як найбільш ненадійний. Ми не маємо досвіду його застосування, тому не можемо робити висновки про його ефективність і доцільність. Найчастіше застосовуємо спосіб ін-лайн, але і тут виникають питання з приводу фіксації сітки: під прямий м'яз живота чи під зовнішній листок апоневроза прямого м'яза. Ми прихильники методу заведення сітки під прямий м'яз живота з фіксацією його і сітки до зовнішнього листка апоневроза прямого м'яза окремими вузловими швами.

Поряд з цим, ми зіткнулися з випадком рецидиву, який наступив внаслідок фрагментарного розпаду сітки на дрібні шматочки, розміром 2-4 мм. Причину цього унікального випадку можемо пояснити закінченням терміну придатності або порушенням вимог до зберігання останньої.

**Висновки**

1. Застосування сітчастого імплантата вимагає індивідуального підходу до вибору пластички в кожному конкретному випадку.
2. Застосування вузлових швів – найбільш надійний спосіб фіксації сітки до різних м'язових тканин живота.
3. При виконанні операцій з приводу пахових гриж способом Ліхтенштейна найбільш надійною є фіксація сітки до внутрішнього косоного м'яза живота і апоневрозу зовнішнього косоного м'яза за способом ін-лайн.

**Література**

1. Лікування неускладнених гриж передньої черевної стінки [Текст] / В. С. Заремба та ін. // Львів. мед. часопис. -2011. –Том17.- №3. – С.51-53.
2. Грубнік В. В. Пластика вентральних гриж з відновленням функції черевної стінки [Текст] // Львів. мед. часопис. -2009. –Т 15.- №3.-С.112-115.
3. Інтраабдомінальна алопластика у поєднанні з операцією Ramirez при гігантських післяопераційних грижах живота [Текст]. / Фелештинський Я. П. та ін. // Хірургія України. -2015, № 2. –С. 9-12.
4. Перспективные направления в лечении вентральных грыж / В. В. Грубнік, Р. С. Прафентьев и др. // Укр. ж. хірургії. -2009, №5. –С.61-64.

Гончар М. Г., Кучірка Я. М., Богуш А. Є.

**Выбор метода операций при грыжах передней стенки живота.**

ГБУЗ «Івано-Франковський національний медичний університет», Центральна міська клінічна лікарня, м Івано-Франківськ, Україна

**Резюме.** Проведено ретроспективний аналіз причин виникнення рецидиву гриж передньої черевної стінки. Результати дослідження 1375 хворих показали, що найменше число рецидивів виникає при використанні ненатяжних методів операцій. Виникнення рецидивів після операцій з приводу пахових гриж за Ліхтенштейном настає, на думку авторів, внаслідок фіксації сітки обвивним швом до глибокої косої м'язової животи. Преи-

мущества надаються накладыванию узловых швов и одномоментной фиксации сетки апоневротически-мышечного лоскута.

**Ключовые слова:** грыжи передней брюшной стенки, сетчатый имплантат, операции.

*M.H. Honchar, Ya.M. Kuchirka, A.Ye. Bohush*

### **Choice of Operative Techniques in Case of Abdominal Anterior Wall Hernia**

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, Ivano-Frankivsk Central City Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Abstract.** A retrospective analysis of the causes of ventral hernia

recurrence has been conducted. The results of examination of 1,375 patients showed that the least number of recurrences arises in case of application of tension-free surgical techniques. Postoperative recurrences after the Lichtenstein inguinal hernia repair occur, in the authors' opinion, as a result of fixation of the mesh to the deep oblique muscle of the abdomen by blanket suture. It is preferred to insert interrupted sutures with simultaneous fixation of the mesh of muscle-aponeurotic graft.

**Keywords:** abdominal anterior wall hernia; mesh implant; surgeries.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК: 617.55-089-036.11-.53.2-06:616.34-007.271/274-084

*Горбатюк О.М., Момотов А.О., Гончар В.В., Берцун К.Т., Міхнушева О.С.*

### **Профілактика патологічного спайкоутворення та злукової кишкової непрохідності у дітей з ургентною абдомінальною хірургічною патологією**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Київ

**Резюме. Вступ.** Післяопераційний спайковий процес в черевній порожнині і ускладнення, що виникають у зв'язку з ним, займає провідне місце в структурі захворюваності і смертності в ургентній абдомінальній хірургії у дітей. Проте єдиної думки з приводу профілактики даної патології не існує.

**Мета:** оптимізація профілактичних заходів у дітей з гострою хірургічною абдомінальною патологією у дітей з метою зниження кількості післяопераційної спайкової кишкової непрохідності.

**Матеріал і методи.** Під нашим спостереженням знаходилося 36 дітей з післяопераційною злуковою кишковою непрохідністю у віці 3 міс. – 15 років. Хлопчиків було 22, дівчаток – 14. Випадків ранньої кишкової непрохідності було 4, пізньої – 32. Вивчення клініко-лабораторних особливостей патології проводилось з використанням комплексу діагностичних методик – клінічно-лабораторних, рентгенологічних, сонографічних.

**Результати та обговорення.** Найчастішими етіологічними моментами патологічного післяопераційного спайкоутворення і ЗКН у дітей з гострою абдомінальною хірургічною патологією можуть бути механічні (травматичні хірургічні втручання), ішемічні (розлади васкуляризації очеревини і органів черевної порожнини), інфекційні (тривала інфекція в черевній порожнині), хімічні (асептичне запалення очеревини при попаданні лікарських речовин) та інші чинники. Доведено, що комбінація до-, інтра- та післяопераційних профілактичних заходів, що направлені на ліквідацію названих негативних моментів хірургічного лікування дітей, є ефективним підходом у профілактиці післяопераційної злукової кишкової непрохідності.

**Висновки.** ЗКН найчастіше зустрічається у хлопчиків (61,11%) і дітей старше 10 років (50%). Серед причин післяопераційної ЗКН перше місце займає гострий деструктивний апендицит. У абсолютної кількості пацієнтів спостерігається пізня ЗКН (89,88% випадків). З метою профілактики патологічного післяопераційного спайкоутворення необхідно дотримуватися системного підходу з проведенням до-, інтра- і післяопераційних профілактичних протизлукових заходів.

**Ключові слова:** злуки, кишкова непрохідність, профілактика, діти.

#### **Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Злукова кишкова непрохідність (ЗКН) є одним із тяжких ускладнень абдомінальних операцій у дітей. Незважаючи на тривалу історію вивчення питання діагностики та лікування захворювань органів черевної порожнини у дітей, зазначена проблема і надалі залишається однією зі складних і невіршених у дитячій хірургії та не втрачає інтересу науковців і практиків й сьогодні (2, 5, 6, 17). Злуковий процес

супроводжує будь-яке запалення, травму чи ішемічне ураження органів черевної порожнини і очеревини, всяка лапаротомія, навіть здійснена в асептичних умовах, може сприяти патологічному спайкоутворенню (8, 10, 13). Процес утворення злук пов'язаний зі здатністю очеревини виробляти клейкий екссудат, клітинні елементи якого сприяють утворенню колагенових волокон, які разом з фібрином утворюють внутрішньочеревні фібринозні зрощення. У більшості дітей в післяопераційному періоді злуковий процес перебігає у фізіологічних рамках і не викликає ускладнень. Проте в деяких випадках злуки склеюють кишкові петлі і порушують пасаж кишкового вмісту, утворюючи кишкову непрохідність. Вони можуть знаходитись між петлями кишечника, між кишечником і парієтальною очеревиною, парієтальною очеревиною і сальником тощо. Між цими утвореннями можуть формуватися поодинокі злуки, утворюючи странгуляційну непрохідність, або дифузні множинні злуки з утворенням кишкових конгломератів і розвитком обтураційної злукової непрохідності.

Головними чинниками виникнення патологічного злукового процесу називають чисельні фактори, серед яких запальний процес у черевній порожнині, неефективність антибіотикотерапії, травматичність оперативного втручання, застосування неадекватної хірургічної методики, імунні розлади, індивідуальну схильність до спайкоутворення, дисбактеріоз кишечника тощо (3, 5, 10, 13, 17).

У світовій літературі немає рандомізованих, мультицентричних досліджень про частоту ЗКН у дітей. Дані з цього питання можливо отримати лише зі звітів роботи конкретного хірургічного відділення. Проте більшість дослідників наголошують на тому, що питома вага ЗКН складає приблизно 30 - 40% серед інших видів кишкової непрохідності у дітей, а до 60% всіх релапаротомій в теперішній час здійснюється з приводу гострої ЗКН. Остання належить до групи набутих патологічних станів і являється тяжким ускладненням оперативних втручань на органах черевної порожнини у дітей. Відомо, що в 7 - 10% випадків ЗКН у дітей набуває картину рецидивуючої непрохідності. Не дивлячись на постійне удосконалення методів профілактики ЗКН у дітей, до теперішнього часу зберігається летальність при цій патології на рівні 5 - 7% (1-5, 13, 17).

В останні роки в Україні, як і у всьому світі, зростає