

УДК 617.55-007.43-089.168-089

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

А. Б. Чуков, С. М. Антонюк, В. Б. Ахрамєєв

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці

Ключові слова: післяопераційні вентральні грижі, хірургічне лікування.

Незважаючи на значні успіхи у лікуванні хворих на післяопераційні вентральні грижі, у цій галузі сучасної хірургії залишається чимало ще недостатньо з'ясованих питань. Питомо вага названої патології у структурі загальної захворюваності на грижі живота досягає нині 21–30,7%, що пов'язують із зростанням кількості лапаротомій, тому що до 11% останніх ускладнюються розвитком післяопераційних вентральних гриж [2, 4, 5, 7].

Оперативне втручання з приводу післяопераційних вентральних гриж у більшості хворих виконується в умовах патологічних змін тканин передньої черевної стінки, зумовлених тривалою наявністю грижі та багаторазовим оперуванням у цій зоні. При цьому порушуються товщина і щільність тканин, погіршується васкуляризація їх, утворюються зрощення між грижовим мішком, грижовими воротами та їхнім умістом. Усе це ускладнює виконання радикальних операцій і спричиняє розвиток рецидивів [2].

Матеріал і методи дослідження

У базових відділеннях клініки хірургічних хвороб № 2 ФПО ДонДМУ за період з 2001 по 2003 рік перебували на лікуванні 78 хворих з післяопераційними вентральними грижами. Переважали жінки, їх було 74,3%. Вік більшості хворих (56,3%) перевищував 50 років. Тож наші дані цілком збігаються з даними інших авторів щодо частоти, статі та віку хворих на післяопераційні вентральні грижі. У нас переважали хворі із середніми та великими грижами (60,2%).

Характер попередньої операції має велике значення в патогенезі виникнення післяопераційних вентральних гриж. Це має зв'язок передусім із характером розрізу та кількістю перерізаних нервово-судинних пучків, м'язових волокон, оскільки у відповідній ділянці відбувається денервація і порушення живлення, що зумовлює релаксацію м'язів і порушення регенераторних процесів.

Грижі після апендектомії ми відзначили у 20 випадках (25,6%). Другими за кількістю були грижі

у жінок, які перенесли оперативне втручання на статевих органах з нижньосереднього доступу — 19 (24,3%). Грижі після операцій на шлунку, підшлунковій залозі, кишечнику були в 15 (19,2%) хворих; після втручань з приводу післяопераційних гриж — у 12 (15,4%); після операцій на печінці, жовчному міхурі, жовчних шляхах з доступу в правій підребровій ділянці — у 7 (9,1%); після операцій з приводу вентральних гриж — у 3 (3,8%); після травм живота — у 2 (2,6%) хворих. Таким чином, серед перенесених у минулому операцій здебільшого були такі: з приводу гострого апендициту, гінекологічні операції, втручання на шлунку та кишечнику. У 60 (76,9%) хворих передували ургентні операції.

Усім хворим у передопераційному періоді ми проводили ультрасонографічне дослідження стану тканин передньої черевної стінки в ділянці грижових воріт. При цьому вивчали форму і конфігурацію грижових воріт, щільність тканин, що утворюють грижові ворота на різній відстані від їхнього краю, товщину тканин передньої черевної стінки, ступінь васкуляризації тканин, зважали на наявність чи відсутність зрощень між грижовим вмістом і грижовим мішком.

Оцінення результатів доопераційного ультрасонографічного дослідження дає змогу визначити оптимальний для хворого алгоритм оперативного втручання.

Найоптимальніший термін виконання операції з приводу післяопераційних гриж за відсутності ускладнень — 6–8 місяців після попередньої. За цей час стихає запальний процес у тканинах, який є наслідком операційної травми [1–4, 6, 8, 9]. Якщо грижа виникла внаслідок нагноєння і вторинного загоєння рани, то операцію, на нашу думку, доцільно робити через 10–12 місяців після попередньої. За цей час, окрім стихання запального процесу, буде ліквідовано «дрімаючу» інфекцію. Ми прооперували 66 (84,7%) хворих через 1 рік і пізніше після попередньої операції, 9 (11,5%) хворих — через 3–4 місяці з огляду на часті напади болю в ділянці грижі, зумовлені роз-

витком спайкової хвороби, 3 (3,8%) пацієнтів — через 2–3 місяці у зв'язку із защемленням грижі.

Таким чином, за наявності ускладнень чи їхнього ризику оптимальний термін операції потрібно визначати індивідуально.

Оптимальним методом знеболювання під час втручання із приводу післяопераційних вентральних гриж ми, як і більшість хірургів [1–4, 6, 9], вважаємо ендотрахеальний наркоз із міорелаксантами.

Наводимо нижче опис нового, розробленого нами способу пластики гризових воріт (Свідчення про пріоритет України № 2004010360 від 17.01.2004).

Оперативний доступ до гризових воріт виконуємо широким розрізом з повним видаленням єдиним блоком післяопераційного рубця і надлишків шкіри та підшкірної клітковини, що закінчується повним виділенням гризового мішка до гризових воріт. Вважаємо, що доступ має відповідати засадам радикальності операції і профілактики рецидивів, а косметичні принципи відходять на другий план.

Залежно від локалізації грижі ми в 38 (48,7%) випадках удавалися до поздовжнього доступу, у 17 (21,8%) — до косоного, у 21 (26,9%) — до поперечного, двом хворим (2,6%) виконали Т-подібний доступ.

Напрямок доступу ми обираємо в передопераційному періоді відповідно на підставі ультразвукового дослідження гризових воріт. Як правило, напрямки відповідає найбільшому діаметру воріт. Особливу увагу під час ультразвукового дослідження ми звертаємо на те, є чи немає зрощень гризового вмісту з гризовим мішком і гризовими воротами, що допомагає позначити ділянки черевної стінки, найбільш безпечні, з огляду на можливе ушкодження внутрішніх органів, для грижосічення нанесенням міток на шкірі в зоні передбачуваного розрізу. У наших спостереженнях петлі кишки були припаяні до шкірного рубця в 58 (74,4%) хворих. Щоразу ми вдавалися до розкриття гризового мішка, щоб здійснити ревізію органів черевної порожнини і визначити можливу недіагностовану патологію (пухлини, дивертикули тощо), розрізати спайки, ліквідувати наявну непрохідність. Розрізання спайок вважаємо обов'язковим, якщо є потенційна небезпека виникнення гострої кишкової непрохідності: груба деформація, множинні «двостволки», звуження просвіту кишки. В іншому разі вісцероліз не виконували.

Що стосується щільних конгломератів петель кишок у гризовому мішку, то ми цілком поділяємо думку К. Д. Тоскіна і В. В. Жебровського. Розділити такий конгломерат не завжди можна або це загрожуватиме втратою часу і небезпекою травмування,

ушкодження кишки. Доцільно виконувати резекцію кишки з конгломератом. До вирізання гризового мішка ми підходимо індивідуально, маючи на меті подальше використання його для виконання пластики, зважаємо на співвідношення розмірів — його та гризових воріт.

Мобілізацію країв гризових воріт і вирізування рубцевих тканин по периметру здійснюємо на підставі результатів гістографічних ультразвукових досліджень на відстані до 6 см від краю гризових воріт. При цьому відшаровуємо м'язово-апоневротичний шар від підшкірної жирової клітковини, а з боку черевної порожнини — від припаяних органів, що забезпечує рухливість і піддатливість країв гризових воріт, зменшує натяг тканин і полегшує виконання пластики гризового дефекту.

З метою герметизації черевної порожнини накладаємо безперервний сплетений шов синтетичною ниткою (лавсан, капрон) на очеревину по краю гризових воріт у напрямку найбільшого діаметра гризового отвору так, щоб з боку черевної порожнини стикалися тільки очеревинні листки. На відстані 0,6–0,8 см від утвореного шва циркулярно розрізаємо апоневроз.

М'язи, які до того відтісняло грижове випинання, мобілізуємо, їхні краї зближаємо. Накладаємо вузловий шов на м'язи і внутрішні листки апоневрозу. При цьому в шов захоплюємо один з м'язів, потім краї внутрішніх листків апоневрозу, другий м'яз і зав'язуємо вузол. У такий спосіб зміцнюється і герметизується задній шар передньої черевної стінки, який зазнає найбільшого механічного впливу в разі підвищення внутрішньочеревного тиску. Шви на м'язах та очеревині не збігаються. При цьому напрямки м'язових шарів і лінії швів на очеревині можуть бути паралельними, а можуть не бути. У другому варіанті дуплікатуру внутрішніх листків апоневрозу підшиваємо до задньої поверхні м'язового шару, а в місці перетинання швів на очеревині і на м'язах накладаємо описаний вище шов, що захоплює обидва м'язи і дуплікатуру внутрішніх листків апоневрозу.

Передній апоневротичний шар зміцнюємо з'єднанням зовнішніх листків апоневрозу П-подібними швами з утворенням дуплікатури синтетичними нитками. Пошарово ушиваємо рану синтетичними нитками після видалення надлишків шкіри та підшкірної жирової клітковини.

Основними перевагами пропонованого способу виконання пластики ми вважаємо такі. Його можна застосувати за будь-якої локалізації гризового дефекту, тому що передбачається пошарове відновлення черевної стінки, незалежно від форми, напрямку й розмірів гризових воріт — під час операції м'язи та апоневроз з'єднуються в нап-

рямку природного ходу волокон. Герметичний шов, накладений на очереви́ну, запобігає проникненню органів черевної порожнини між швами, а отже, і розшаруванню передньої черевної стінки, котре неминуче спричинить рецидив грижі.

Міцність безперервного шва на очереви́ні посилюється завдяки захопленню в нього краю грижових воріт. Задля герметичності черевної порожнини також зміцнюємо задні шари черевної стінки дуплікацією внутрішніх листків апоневрозу, фіксацією шва м'язового шару до дуплікатури апоневрозу на задній стінці. До того ж зсув його стосовно очереви́нного шва сприяє не тільки зміцненню м'язового шару, а й перешкоджає його розходженню, що є дуже ймовірним у разі збігу ліній швів на очереви́ні та інших шарах черевної стінки. Дуплікатура переднього апоневротичного шару, виконана П-подібними швами, посилює міцність з'єднання цього шару, який несе велике навантаження у разі підвищення внутрішньочеревного тиску, а також перешкоджає розходженню швів під час позовжних і поперечних еластичних навантажень.

За описаною методикою ми прооперували 66 хворих.

У разі, коли підвищена ригідність тканин у зоні грижових воріт перешкоджає їхньому вільному зведенню, застосування розробленого способу інколи вимагає накладення напружених швів, а вони, як відомо, можуть прорізатися й сприяти рецидиву. У таких ситуаціях (12 хворих) ми застосовували метод вільної пластики грижових воріт автодермальним шматком, обробленим за Яновим.

Аналіз та обговорення результатів

Післяопераційний період у більшості хворих (93,6%) проходив без ускладнень. У 5 (6,4%) хворих відзначено ускладнення в найближчому післяопераційному періоді (серома в рані — 2, пневмонія — 3).

Зіставлення даних доопераційного обстеження з операційними знахідками засвідчує високу ефективність ультрасонографічного методу дослідження хворих із післяопераційними вентральними грижами для об'єктивного оцінення стану тканин передньої черевної стінки. Збіг відзначили у 67 хворих, що становить 85,9%.

Застосування ультрасонографічного дослідження в передопераційному періоді та розробленого на його основі нового способу оперативного втручання сприяло зниженню кількості ускладнень з 9,8 до 6,4%.

Висновки

1. У практиці хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж у сучасних умовах пріоритетними мають бути методи, які об'єктивно оцінюють стан використовуваних для пластики тканин, зокрема ультрасонографічний метод.

2. Розроблений спосіб операції, що ґрунтується на даних ультрасонографічного дослідження у передопераційному періоді, сприяє поліпшенню результатів хірургічного лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі.

3. Застосування розробленого методу забезпечує зниження кількості післяопераційних ускладнень з 9,8 до 6,4%.

Цитована література

1. Белоконев В. И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / В. И. Белоконев, С. Ю. Пушкин, З. В. Ковалева // Хирургия.— 2000.— № 8.— С. 24–26.
2. Власов В. В. Етіологія, патогенез та лікування післяопераційних вентральних гриж: Дис. ... д-ра мед. наук.— Чернівці, 2002.— 435 с.
3. Егиев В. Н. Герниопластика без натяжения в лечении послеоперационных вентральных грыж / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, М. В. Сватковский // Хирургия.— 2000.— № 6.— С. 18–22.
4. Леонов В. В. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. В. Леонов, З. С. Мехтиханов.— Х.: Факт, 2003.— 190 с.
5. Новые подходы к аутодермопластике вентральных грыж / О. В. Галимов, С. А. Муслимов, В. О. Ханов, А. М. Шумкин // Хирургия.— 2000.— № 5.— С. 41–42.
6. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / П. В. Лыс, В. П. Хохоля, З. З. Парацай, В. П. Бурчак // Клини. хирургия.— 1977.— № 7.— С. 30–34.
7. Horeysek G. Abdominal wall hernias // Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd.— 1997.— Vol. 114.— P. 86–90.
8. Koebe J. Anatomy of the abdominal wall—an area at risk for hernias // Zentralbl. Chir.— 1997.— Vol. 122, N 10.— P. 852–854.
9. Lucas C. E. Autologous closure of giant abdominal wall defects / С. E. Lucas, А. М. Ledgerwood // Am. Surg.— 1998.— Vol. 64, N 7.— P. 607–610.

Некоторые аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж

А. Б. Чуков, С. М. Антонюк, В. Б. Ахrameев

В статье приводится анализ причин образования послеоперационных вентральных грыж у 78 больных, находившихся на лечении в базовых отделениях клиники хирургических болезней № 2 ФПО Дон-ГМУ с 2001 по 2003 год. В предоперационном периоде на основании ультрасонографических исследований определяли прочность тканей, образующих грыжевые ворота. Использование выбранных для пластики тканей позволило нам разработать новый оригинальный способ грыжепластики (Свидетельство о приоритете Украины № 2004010361 от 17.01.2004). Ультрасонографическое исследование в предоперационном периоде и разработанный на его основе новый способ оперативного вмешательства позволили добиться снижения послеоперационных осложнений с 9,8 до 6,4%.

Some aspects of surgical treatment of postoperative ventral hernias

A. B. Chukov, S. M. Antoniuk, V. B. Akhramieiev

The reasons of postoperative ventral hernias formation have been analyzed in 78 patients, hospitalized in the basic departments of the Clinic of Surgical Diseases № 2 of Donetsk State Medical University in years 2001–2003. The strength of tissues, forming the hernial gates, was determined in the preoperative period on the basis ultrasonographic investigation. The use of tissues, chosen for plastic, enabled to develop the new original method of hernioplastic (the Information on a priority of Ukraine № 2004010361 from 17.01.2004). The ultrasonographic investigation in the preoperative period and the new method of surgical intervention developed on its basis allowed to achieve the decrease of postoperative complications from 9,8 up to 6,4%.