

СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ГРИЖОВОГО ДЕФЕКТУ ПУПКОВОЇ ГРИЖІ

В.В.Власов, С.В.Калиновський

Кафедра хірургії ФПО (зав. – проф. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна клінічна лікарня

Резюме. Наведено авторський спосіб розширення пупкового кільця при лікуванні невправимої пупкової грижі. Спосіб обґрунтований теоретично (за допомогою КТ передньої черевної стінки у 54 хворих на пупкову грижу), експериментально (на 15 нефіксованих трупах дорослих людей) і клінічно (хірургічне лікування 12 пацієнтів з невправимою пупковою грижею).

Ключові слова: пупкова грижа, гризовий дефект, розширення.

Протягом ХХ століття пластика гризових дефектів (ГД) була найпоширенішою операцією у світовій хірургії [1]. Пупкові грижі (ПГ) привертають менше уваги хірургів через помилковість судження про нібито остаточне вирішення цієї проблеми [2]. У спеціальній літературі досить мало досліджень, присвячених цій темі [1, 3]. У хірургів-початківців, яким не «світять» кардіохірургія, трансплантація органів, мікрохірургія, великі онкологічні операції, може скластися хибне враження, що грижосічення – це проста операція [2]. Однак при виконанні оперативного втручання хірурги деколи стикаються з певними технічними труднощами, не описаними в сучасній літературі. Одним із таких моментів є неможливість вправити вміст гризового мішка (ГМ) фіксованої (защемленої) ПГ через відносно невеликий діаметр ГД. Це змушує хірурга розширяти ГД. Частіше розширення здійснюється краніально або каудально вздовж білої лінії живота (БЛЖ), або в бік від ГД в межах БЛЖ до медіальних країв обох прямих м'язів живота (ПМЖ). Проте розмір рани, обмежений шириною БЛЖ, не завжди достатній для вправлення гризового вмісту. А це, як правило, призводить до резекції великого сальника або розширення рани вертикально вздовж БЛЖ, що послаблює передню черевну стінку (ПЧС).

Мета дослідження: теоретично та експериментально обґрунтувати спосіб розширення пупкового кільця, випробувати його ефективність при оперативному лікуванні невправимої ПГ.

Матеріал і методи. Для визначення анатомо-фізіологічних особливостей ПЧС за допомогою КТ вивчено будову ПЧС у 54 хворих на ПГ. Вимірювали ширину ГД ПГ, БЛЖ та ПМЖ. Виді-

лені такі групи пацієнтів за шириною БЛЖ: до 1 см, 1,1-2 см, 2,1-3 см, 3,1-4 см і більше 5 см. На 15 нефіксованих трупах дорослих людей відпрацьована техніка розширення ГД ПГ, що передбачає виконання двох дугоподібних розрізів передньої та задньої пластинок піхв ПМЖ в протилежних напрямках. Відтворений в експерименті спосіб авторського розширення ГД (патент № 71375 від 10.07.12) впроваджений у клінічну практику. Для визначення його ефективності нами проведено аналіз хірургічного лікування 208 хворих на ПГ, у 12 з яких використали авторський спосіб розширення ГД ПГ через труднощі вправлення вмісту ГМ в черевну порожнину та необхідності виконання симультанної операції.

Результати дослідження та їх аналіз. Серед пацієнтів, обстежених за допомогою КТ, жінок (39) було більше ніж чоловіків (15) у всіх вікових групах. Мінімальний діаметр ГД у хворих, обстежених за допомогою КТ, становив 0,8 см, максимальний – 4,6 см. Відповідно до класифікації European Hernia Society (EHS) [4] переважали пацієнти (32; 59,26%) з ПГ малих розмірів (розміри ГД < 2 см). У 20 (37,04 %) обстежених ГД були середніх розмірів (від 2 до 4 см). Лише у 2 хворих на ПГ ГД були великих розмірів (> 4 см). У 6 обстежених розміри ГМ значно перевищували розміри ГД (рис. 1).

При розподілі хворих на ПГ за статтю та шириною БЛЖ встановлено, що на рівні пупка ширина БЛЖ не буває меншою за 1 см. Зовсім незначна кількість обстежених (4; 7,41 %) мала ширину БЛЖ 1,1-2 см на цьому рівні. Більшість хворих мали БЛЖ ширшу за 2 см (92,59 %). Серед цих хворих переважали жінки (таблиця).

Найбільша ширина БЛЖ, виміряна за допо-

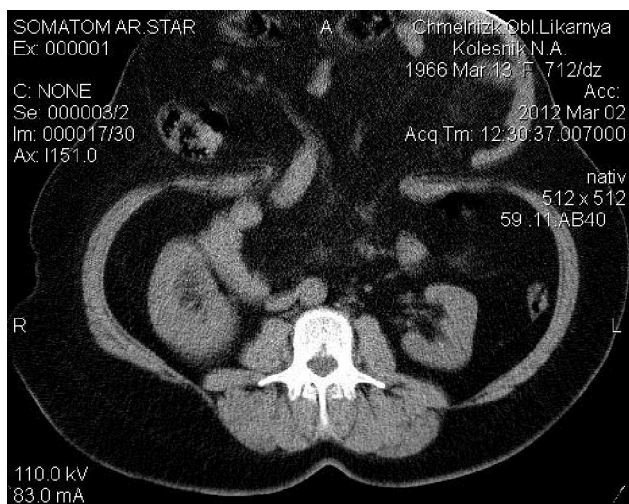


Рис. 1. Пупкова грижа гігантських розмірів у хворой К. Розміри грижового мішка значно перевищують діаметр грижового дефекту. Комп'ютерна томограма.

могою КТ, становила 5,6 см. Аналіз залежності ширини БЛЖ і ПМЖ встановив, що ширина ПМЖ не має достеменної різниці в осіб з різною шириною БЛЖ.

При дослідженні ширини ПМЖ за допомогою КТ встановлено, що вони мають майже однакову ширину з обох боків. Мінімальні значення ширини ПМЖ становили 2,1-2,3 см, максимальні – 9,98 см (зліва) та 10,09 см (справа). Середня ширина ПМЖ на рівні пупка становила $6,66 \pm 1,58$ см.

При проведенні експериментальної частини дослідження на нефіксованих трупах нами розроблена техніка бічного розширення ГД. Серед трупів чоловічої і жіночої статі переважала біла лінія живота I типу (за Т.Ф.Лавровою [5]), з максимальним розширенням у ділянці пупка. Найбільше було трупів (65,2%) з шириною БЛЖ в ділянці пупка 2,1-3 см. Ширина ПМЖ на рівні пу-

пка була приблизно однаковою з обох боків ($6,48 \pm 0,87$ см).

Отже, у хворих на ПГ, враховуючи результати попередніх морфологічних досліджень і КТ, можливо було б розширити ГД до розмірів БЛЖ (від 2 см до 5,6 см) та ще на 5-6 см (при односторонньому розширенні) або приблизно на 10-12 см (при виконанні двобічного розширення). Загалом можна отримати герніолапаратомну рану у пацієнта ГД малого розміру (за класифікацією ЕНС до 2 см) але великим за розмірами ГМ приблизно від 12 до 17 см. При цьому теоретично міцність ПЧС не послабиться, а хірург отримає простір для виконання необхідних маніпуляцій: можливої резекції кишки, некротизованого пасма великого сальника або виконання симультанного оперативного втручання (наприклад, холецистектомії).

Від лівого краю пупкового кільця до медіального краю лівого ПМЖ поперечно розтинали апоневроз БЛЖ. Розтин у вигляді дуги з центром на серединній лінії і краніальним спрямуванням продовжується на передню пластинку піхви ПМЖ. Краї передньої пластинки ПМЖ розводяться вбік, медіальний край ПМЖ гачком Фарабефа відводиться латерально, тим самим утворюється доступ до задньої пластинки піхви ПМЖ. Задня пластинка піхви ПМЖ розсікається у вигляді дуги з центром на серединній лінії і каудальним спрямуванням (рис. 2). Розводячи краї задньої пластинки піхви ПМЖ і очеревини, утворюється лапаротомна рана достатніх розмірів ($7,2 \pm 4,15$ см) для вправлення в черевну порожнину грижового вмісту.

Дане розширення проводили як з одного боку, так і з обох боків. У цьому випадку герніолапаратомна рана ще збільшувалася в розмірах. Встановлено, що ПМЖ можна відвести в бік за допомогою гачка Фарабефа приблизно на 2/3 його ширини. Отже, при проведенні експеримен-

Таблиця
Розподіл хворих на пупкову грижу, обстежених за допомогою КТ, за статтю та шириною білої лінії живота

Ширина БЛЖ	Чоловіки		Жінки		Усього		Ширина ПМЖ, см
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
До 1 см	-	-	-	-	-	-	-
1,1-2 см	2	3,7	2	3,7	4	7,4	$5,74 \pm 1,46$
2,1-3 см	7	12,96	10	18,52	17	31,48	$6,39 \pm 1,31$
3,1-4 см	4	7,42	12	22,22	16	29,6	$6,44 \pm 1,38$
Більше 4 см	2	3,7	15	27,78	17	31,48	$6,91 \pm 1,44$
Усього	15	27,78	39	72,22	54	100	$6,66 \pm 1,58$

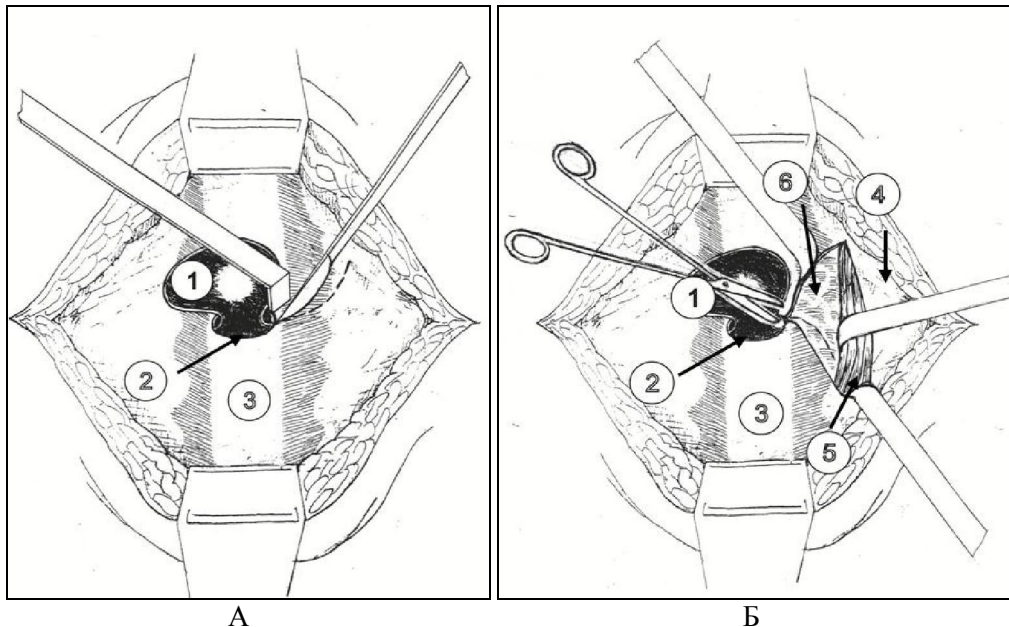


Рис. 2. Етапи (А, Б) авторського способу розширення грижового дефекту пупкової грижі: 1 – грижовий мішок; 2 – грижовий дефект; 3 – біла лінія живота; 4 – передня пластинка піхви прямого м'яза живота; 5 – прямий м'яз живота; 6 – задня пластинка піхви прямого м'яза живота.

тальної частини виявлено, що якщо ГД ПГ, що має менші розміри, ніж ширина БЛЖ, можна безпечно розширити до розмірів БЛЖ та на 2/3 від ширини ПМЖ з одного боку або з двох боків (7 до 11 см). При цьому розширенні не пошкоджуються м'язи, важливі кровоносні судини, не знижується міцність ПЧС, бо створюється перемінний доступ. При аналізі хірургічного лікування 208 пацієнтів, хворих на ПГ, більшості пацієнтів (160; 61,8%) грижові випини були вправимими в черевну порожнину. Але у четвертій частині (25,5%) хворих вправити грижу перед операцією не вдалося, а в решті (33; 12,6 %) грижа вправлялася частково. У 18 пацієнтів розміри ГМ значно перевищували діаметр ГД. Під час операції для полегшення вправлення грижового вмісту вдавалися до розширення ГД по БЛЖ в 6 випадках. Пластика ГД у цих пацієнтів виконана за методикою Сапежка (2) та алопластично з преперитонеальним розташуванням у 4 пацієнтів сіткового імплантата (СІ). У разі алопластики ГД дане розширення призвело до збільшення розмірів СІ, оскільки він має заступати за краї рани на 3-4 см.

У 12 випадках виконували авторський спосіб розширення ГД. Серед цих пацієнтів у більшості (11) виконано однібічне (правобічне або лівобічне) розширення. Лише в одному випадку у зв'язку з необхідністю виконання симультанної холецистектомії виконано двобічне розширення ГД. Рану після розширення зашивали у зворотній

послідовності. Спочатку вікрилом (монокрилом) зашивали очеревину (після попереднього її відшарування). У 8 пацієнтів у передочеревинний простір встановлювали і фіксували СІ. Зашивали задню пластинку піхви ПМЖ до ГД, забирали гачок. Відведений раніше ПМЖ укладали на місце. Потім поліпропіленовою чи полідаксоновою ниткою зашивали рану передньої пластинки піхви ПМЖ. У 4 пацієнтів через механічне пошкодження очеревини під час операції зашивали одночасно очеревину і задні листки піхви ПМЖ, СІ укладали в ретромускулярний простір. Серед пацієнтів, яким виконували розширення ГД ПГ, в післяопераційному періоді ускладнень не було. Хворі оглянуті упродовж 3 років. Виявлено рецидив грижі у 2 пацієнтів, яким виконано розширення ГД по БЛЖ з наступною автопластиком за методикою Сапежка. Серед пацієнтів, яким виконано авторську методику розширення, рецидиву грижі не виявлено.

Висновки. 1. Неможливість вправлення грижового вмісту пупкової грижі передбачає обов'язкове розширення грижового дефекту. 2. Авторський спосіб розширення грижового дефекту пупкової грижі формує операційний доступ від 7 до 11 см, забезпечує вільне вправлення грижового вмісту в черевну порожнину і (при потребі) виконання симультанних операцій без послаблення передньої черевної стінки. 3. Розширення грижового дефекту пупкової грижі передбачає застосування алопластики.

Література

1. Саенко В.Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В.Ф.Саенко, Л.С.Белянский, Н.Н.Манойло / *Клін. хірургія*. – 2001. – № 6. – С. 59-63. 2. Шутулко А.М. Некоторые геронтологические аспекты хирургического лечения паховых и пупочных грыж / А.М.Шутулко / *Клін. геронтол.* – 2006. – № 6. – С. 3-6. 3. Muschaweck U. Umbilical and epigastric hernia repair / U.Muschaweck // *Surg. Clin. North. Am.* – 2003. – Vol. 83, № 5. – P. 1207-1221. 4. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F. [et al.] / *Hernia*. – 2009. – Vol. 13, № 4. – С. 407-414. 5. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.

СПОСОБ РАСШИРЕНИЯ ГРЫЖОВОГО ДЕФЕКТА ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

Резюме. Приведен авторский способ расширения пупочного кольца при лечении невправимой пупочной грыжи. Способ обоснован теоретически (с помощью КТ передней брюшной стенки у 54 больных пупочной грижей), экспериментально (на 15 нефиксированных трупах взрослых людей) и клинически (хирургическое лечение 12 пациентов с невправимой пупочной грижей).

Ключевые слова: пупочная грыжа, грыжовой дефект, расширение.

A METHOD OF DILATING AN UMBILICAL HERNIA DEFECT

Abstract. An author's method of dilating the umbilical ring, when treating irreducible umbilical hernia, is submitted. The method is substantiated theoretically (by means of a CT-scan of the anterior abdominal wall in 54 patients with umbilical hernia), experimentally (on 15 nonfixed cadavers of adult persons) and clinically (surgical treatment of 12 patients with irreducible umbilical hernia).

Key words: umbilical hernia, hernia defect, dilatation.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)
Regional Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла 22.10.2012 р.

Рецензент – проф. І.Я.Дзюбановський (Тернопіль)