

УДК 617.55-007.43-07-089

В.В. Власов, С.В. Калиновський, О.М. Слободян*

*Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Хмельницька обласна лікарня, *ВДНЗ "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці*

ДІАГНОСТИКА ТА ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МНОЖИННІ ПЕРВИННІ ГРИЖОВІ ДЕФЕКТИ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

Резюме. У роботі проаналізовано результати лікування 290 хворих на грижу білої лінії живота. Серед пацієнтів переважали жінки (74,5%). Середній вік хворих склав $57,68 \pm 11,7$ років. Серед обстежених пацієнтів 33 (11,4%) хворих мали множинні грижові дефекти білої лінії живота. Визначена необхідність додаткового комплексного доопераційного обстеження цих пацієнтів з використанням ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії. Запропоновано способи алопластики (з переважним передочеревинним розташуванням сіткового імплантату) множинних грижових дефектів білої лінії живота залежно від їх локалізації. Відстань між грижовими дефектами, що не перевищує 4-5 см, дозволяє виконати їх пластику з одного операційного доступу.

Ключові слова: грижа білої лінії живота, грижовий дефект, алопластика, сітковий імплантат.

Пластика грижових дефектів (ГД) передньої черевної стінки, а серед них гриж білої лінії живота (ГБЛЖ), є частою операцією у плановій хірургії [1]. У хворих, яких оперують з приводу нескладних форм грижі, часто виникають рецидиви. Причиною цього є патогенетично не обґрунтований вибір способу закриття ГД [2], неврахування хірургом наявного діастазу прямих м'язів живота (ПМЖ) або наявності додаткових ГД білої лінії живота (БЛЖ), які трапляються досить часто. Так, у 4,2% випадків автори відзначають поєднання пупкової грижі (ПГ) і ГБЛЖ [3]. А.В. Федосеев (2013) вказує, що у 40,4% хворих на ПГ виявляють декілька ГД БЛЖ вище або нижче пупка [3]. Для хірурга важливо виявити їх до операції. У цьому стають у нагоді інструментальні методи дослідження: УЗД та КТ [4].

Мета дослідження: покращити якість і результати лікування хворих на множинні первинні ГД БЛЖ.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 290 хворих на ГБЛЖ. Джерелами отриманої інформації були медичні картки стаціонарних хворих і спеціально розроблені карти спостереження за хворими. Серед пацієнтів переважали жінки – 216 (74,5%). Вік хворих – у межах від 19 до 82 років, середній вік $57,68 \pm 11,7$ років. За розмірами ГБЛЖ розподілялися згідно з класифікацією EHS (2009): на грижу малого розміру (ширина ГД БЛЖ < 2 см), середнього (ширина ГД

2,1 – 4 см) та великого (ширина ГД > 4,1 см) [5]. При поступленні всіх хворих обстежували клінічно, лабораторно, виконували УЗД і КТ органів черевної порожнини та передньо-бічної стінки живота (ПБСЖ), ФЕГДС, забезпечували консультації суміжних спеціалістів.

Серед обстежених пацієнтів 33 (11,4%) хворих мали множинні ГД БЛЖ: поєднання ПГ і ГБЛЖ діагностували у 21 хворого, у 12 – виявили множинні ГД БЛЖ. Використання розроблених нами алгоритмів оптимізації діагностики первинної ГБЛЖ дозволило виокремити дану категорію пацієнтів та діагностувати всі ГД до початку операції. Пластику множинних ГД БЛЖ використовували лише із застосуванням сіткових імплантатів (СІ) з переважним розташуванням передочеревинно.

Результати дослідження та їх обговорення. Провідною скаргою хворих під час госпіталізації є наявність грижового випинання в ділянці пупка або по ходу БЛЖ. Серед 33 пацієнтів з множинними ГД БЛЖ лише 14 (42,4%) звернулись з цією скаргою до лікаря. У інших (19), які скаржились на наявність ПГ або ГБЛЖ, «додаткові» ГД були виявлені під час обстеження. Так, у 5 (15,2%) хворих такі ГД були діагностовані при огляді пацієнта в положенні лежачи з піднятим головним кінцем, під час напруження м'язів черевного преса. У 1 пацієнтки виявили ще один ГД шляхом пальпації.

Переважаю більшість (11, або 33,3%) «додаткових» ГД діагностували за допомогою УЗД, яке призначали усім пацієнтам. Дане дослідження дозволило до операції чітко визначити розміри ГД, ширину БЛЖ і виявити інші ГД у ній, а також можливу супутню патологію з боку органів черевної порожнини. У 2 пацієнок з супутнім аліментарним ожирінням III ступеня, у яких УЗД ПБСЖ було не інформативним, «додаткові» ГД діагностовано за допомогою КТ. У 24 (72,7%) хворих множинні ГД БЛЖ локалізувались в одній із ділянок ПБСЖ: у пупковій (17) або надчеревній (7)q). У 9 пацієнтів ГД розташовувались в обох ділянках.

Відповідно до класифікації EHS (2009) у хворих на множинні ГБЛЖ «основні» ГД (тобто ті, на які скаржились пацієнти) мали середні розміри – 20 (60,6%). Малі ГД виявлені у 8 (24,2%), а великі – у 5 (15,2%) пацієнтів. Розміри «додаткових» ГД (що були виявлені під час обстеження) були переважно малими (28). Лише у 5 хворих виявили «додаткові» множинні ГД БЛЖ середніх розмірів.

У 27 хворих відстань між ГД не перевищувала 4 см (середня відстань $4,35 \pm 0,93$ см). Пластику ГД у цих пацієнтів виконали з одного поперечного доступу, який проектували в ділянці більшого за розмірами ГД (рис. 1. А). Серед них у 24 хворих розміри ГД БЛЖ перевищували розміри дефекту ПГ.

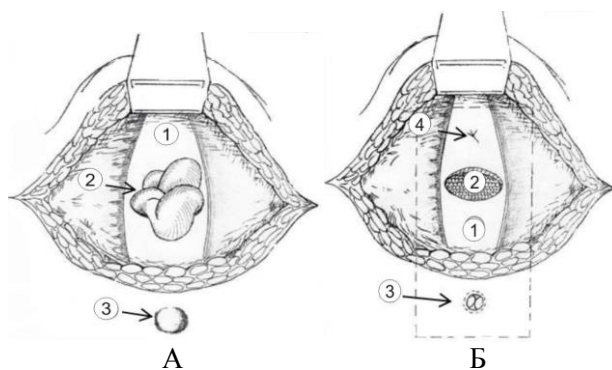


Рис. 1. Схема лікування поєднаних гризових дефектів білої лінії живота і пупка (А) сітковим імплантатом (Б). 1 – біла лінія живота; 2 – гризовий дефект білої лінії живота; 3 – гризовий дефект пупка; 4 – краніальний шов фіксації сіткового імплантату (позначений пунктирною лінією)

Виділяли гризовий мішок (ГМ) до основи. Занурювали його в черевну порожнину, проводили мобілізацію передочеревинного простору на 4-5 см від країв ГД. Далі тупим шляхом відшарувували очеревину від внутрішньої поверхні БЛЖ, доходячи до ГМ ПГ. За допомогою пінцета, затискачів обходили цей ГМ з усіх боків, відділяли від

гризових воріт і занурювали в черевну порожнину. Мобілізацію передочеревинного простору проводили на 4-5 см каудальніше від нижнього краю пупкового кільця (ПК).

У передочеревинному просторі розташовували СІ, який за розмірами заходив на 4-5 см у боки краніально від більшого за розмірами ГД БЛЖ та на 4-5 см нижче від нижнього краю ПК (рис. 2.Б). Фіксували СІ поліпропіленовою лігатурою 2/0 двома швами. Відступивши на 1 см від верхнього (краніального) краю СІ, прошивали його лігатурою. Далі лігатуру проводили через апоневроз БЛЖ вище на 2,5-3 см від ГД. За допомогою затискача типу Мікуліча захоплювали нижній край ПК, що полегшувало фіксацію СІ. Відповідно до проекції нижнього краю ПК кільця на СІ накладали поліпропіленову лігатуру, якою фіксували останній до нижнього краю ПК, направляючи нижній край СІ до утвореного ложа. У подальшому зашивали встик краї ГД БЛЖ, підхоплюючи у шов СІ.

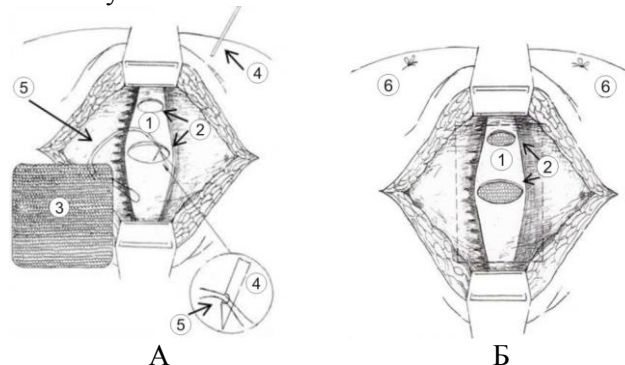


Рис. 2. Схема лікування поєднаних гризових дефектів пупка і білої лінії живота з використанням «скорняжної» голки (А), фіксація сітки (Б): 1 – біла лінія живота; 2 – гризовий дефект білої лінії живота; 3 – сітковий імплантат; 4 – «скорняжна» голка; 5 – лігатура для фіксації сіткового імплантату; 6 – шви фіксації сіткового імплантата

Якщо у хворих розміри ГД ПГ були більшими за дефект БЛЖ (3) або при виявленні у хворих «додаткових» ГД, які розташовувались вище від «основного» дефекту БЛЖ (2), для фіксації СІ застосовували спеціальну («скорняжну») голку для проведення лігатур, якою фіксували краніальний кінець СІ. Виконували поперечний доступ до більшого за розмірами ГД. Гострим шляхом відділяли стінки ГМ від країв ГД. Вправляли ГМ у черевну порожнину. Далі при виявленні додаткових ГД тупим шляхом відшарувували очеревину від БЛЖ, заходячи за верхній край останнього ГД на 2-3 см. За допомогою пінцета, затискачів обходили ГМ з усіх сторін, вивільняли гризовий вміст, занурювали у черевну порожнину. Викро-

ювали СІ необхідних розмірів (заходив на 4-5 см за верхній край верхнього і нижній край нижнього ГД та на 4-5 см у різні боки від ширшого за розмірами ГД).

Верхній край СІ по краях прошивали двома поліпропіленовими лігатурами 2/0. Її кінці по черзі проводили через апоневроз БЛЖ, підшкірно-жирову клітковину та шкіру за допомогою «скорняжної» голки (рис. 2.А) таким чином: вколювали голку з боку шкіри, проколюючи шкіру, підшкірно-жирову клітковину, апоневроз БЛЖ. У передочеревинному просторі проводили голку до ГД БЛЖ. У голку просилиювали поліпропіленову лігатуру, якою був прошитий край СІ, і нитку проводили через апоневроз і шкіру. Аналогічно виконували проведення лігатури, якою був прошитий інший край СІ. Асистент підтягував по черзі обидві лігатури, а хірург розправляв СІ у передочеревинному просторі. Далі прошивали один з кінців лігатур через шкіру. Вузли зав'язували до співставлення СІ із задньою поверхнею апоневрозу БЛЖ (рис. 2.Б), розташовуючи між шкірою і першим вузлом марлевий валик. Зашивали краї «основного» ГД встик із підхопленням до шва СІ.

У 6 пацієнтів, у яких відстань між ГД БЛЖ перевищувала 5 см, пластика їх з одного доступу була технічно важкою через неможливість адек-

ватно мобілізувати передочеревинний простір, тому виконана з окремих поперечних доступів.

Для профілактики місцевих ускладнень застосовували наклеювання на операційне поле плівки «Ioban», промивання рани 0,02% розчином декасана, ретельний гемостаз за допомогою діатермокоагуляції, монофіламентний шовний матеріал. Для профілактики післяопераційних ускладнень перед операцією хворим призначали антибіотики групи цефалоспоринів II покоління з метронідазолом. Для попередження ТЕЛА застосовували низькомолекулярні гепарини.

Ускладнень після операції не було. Середній термін перебування в стаціонарі становив $6,4 \pm 4,25$ днів. Пацієнтів оглядали впродовж перших 3 років після операції. Через 2,5 років виявлений 1 (3,03%) рецидив грижі після алопластики ГД з використанням 2 окремих доступів у пацієнтки з діастазом ПМЖ II ступеня.

Висновки. 1. Хворим на первинну грижу білої лінії живота необхідне ретельне обстеження. 2. Множинні грижі білої лінії живота потребують одночасної пластики грижових дефектів сітковим імплантатом. 3. Якщо відстань між цими грижовими дефектами невелика (4-5 см), то можлива пластика їх з одного доступу через більший грижовий дефект.

Список використаної літератури

1. Holihan J.L. Adverse events after ventral hernia repair: the vicious cycle of complications / J.L. Holihan, Z. Alawadi, R.G. Martindale // *J. Am. Coll Surg.* – 2015. – № 221 (2). – P. 478-485.
2. Польовий В.П. Грижі живота / В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, В.В. Власов. – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 300 с.
3. Пупочные грыжи и патогенетическое обоснование выбора метода их коррекции / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, С.С. Авдеев [и др.] // *Анналы хирургии.* – 2013. – № 6. – С. 5-10.
4. Corsale L. Diagnosis and treatment of epigastric hernia. Analysis of our experience / L. Corsale, E. Palladino // *Minerva Chir.* – 2000. – № 55 (9). – P. 607-610.
5. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / F.E. Muysoms, M. Miserez, F. Berrevoet [et al.] // *Hernia.* – 2009. – № 13 (4). – P. 407-414.
6. Kohler G. Sutured repair of primary small umbilical and epigastric hernias: concomitant rectus diastasis is a significant risk factor for recurrence / G. Kohler, R.R. Luketina, K. Emmanuel // *World J. Surg.* – 2015. – № 39 (1). – P. 121-126.

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГРЫЖАМИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 290 больных грыжей белой линии живота. Женщин было больше (74,5%). Средний возраст больных составил $57,68 \pm 11,7$ лет. Среди обследованных пациентов 33 (11,4%) имели множественные грыжевые дефекты белой линии живота. Определена необходимость дополнительного комплексного дооперационного обследования этих пациентов с использованием ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Предложены способы аллопластики (с преимуще-

ственным предбрюшинным расположением сетчатого имплантата) множественных грыжевых дефектов белой линии живота в зависимости от их локализации. Расстояние между грыжевыми дефектами, которое не превышает 4-5 см, позволяет выполнить их пластику из одного операционного доступа.

Ключевые слова: грыжа белой линии живота, грыжевой дефект, аллопластика, сетчатый имплантат.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH MULTIPLE HERNIA DEFECTS OF LINEA ALBA

Abstract. The results of treatment of 290 patients with hernias of linea alba were analyzed. Women dominated (74.5%). The average age of the patients was $57,68 \pm 11,7$ years. 33 (11.4%) patients had multiple hernia defects of linea alba. The necessity of additional complex preoperative examination of patients by means of ultrasound diagnostic and CT was indicated. The methods of alloplasty (with preperitoneal positioned reticular graft) of multiple hernia defects of linea alba depending on their location were suggested. The distance between the

hernia defects, which is not more 4-5 cm allows to perform one way surgical plastic approach.

Key words: linea alba, hernia, hernia defect, alloplasty, reticular graft.

M.I. Pyrogov Vinnitsa National Medical University (Vinnitsa);
HSEI of Ukraine "Bukovinian State Medical University" (Chernivtsi)

Надійшла 21.01.2016 р.

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