

УКД 616.346.2-002.1-089.87-089.168-06:616.34-007.43-89

В. В. Власов

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Буковинська державна медична академія,
Хмельницька обласна клінічна лікарня

Ключові слова: стінка живота, доступ Мак Бурнея, грижа, хірургічне лікування, аутодермальна пластика.

Резюме. Автор узагальнює досвід хірургічного лікування 45 пацієнтів з післяопераційними грижами після апендектомії. Вважається, що лікування гриж в нижній латеральній частині стінки живота після апендектомії повинно бути індивідуальним та диференційованим.

Операція включає відновлення шару передньої стінки живота при допомозі аутодермальної стрічки та латки для зміцнення лінії швів у випадку великих та рецидивних гриж.

Після застосування цього методу рецидивів не спостерігалось.

Нижні бічні післяопераційні вентральні грижі (ПОВГ) є досить частим ускладненням апендектомії. Вони зустрічаються у 20-40% хворих з післяопераційними грижами [3, 6]. Питання хірургічного лікування цієї патології висвітлено в літературі недостатньо. Як правило, для пластики грижових воріт ПОВГ після апендектомії більшість хірургів використовує місцеві тканини [2, 4, 5]. До теперішнього часу не має класичних способів пластики при ПОВГ нижніх бічних відділів стінки живота [2, 6, 7, 8]. Багато хірургів вважають розроблені ними способи бездоганними і використовують їх для лікування ПОВГ всіх локалізацій. Такий підхід призводить до рецидиву захворювання близько у 20% хворих [1, 6].

З 1979 року в клініці прооперовано 321 хворий з ПОВГ різної локалізації, серед них грижі після апендектомії спостерігалися у 45 (14%). Чоловіків було 20, жінок — 25. Грижі спостерігалися у хворих віком від 19 до 70 років. Хворі працездатного віку становили більшість (75%). За соціальним положенням грижі частіше були у службовців (18). У більшості хворих (33) появи грижі передувало гнійне запалення післяопераційної рани, зумовлене деструктивним процесом в червоподібному відростку та технічними і тактичними помилками в лікуванні. Сім хворих не змогли вказати причину виникнення грижі. У 38 хворих (84,4%) грижа утворилася протягом першого року, а у 51,1% — у перші 6 місяців після апендектомії. До року з грижою ходило більшість хворих (25), з них перші 6 місяців тільки 7 чоловік. Четверта частина хворих носила грижу від одного до 3-х років.

На місці розрізу Мак Бурнея грижа утворилася у 39 хворих, Ленандера-Каммерера — у 1, серединної лапаротомії — у 5 хворих. Рецидивні грижі спостерігалися у 6 хворих, одна з яких оперувалася з приводу ПОВГ двічі. За розмірами переважали грижі середніх і великих розмірів. Гігантські ПОВГ спостерігалися у 3 хворих.

Більшість хворих прооперована під ендотрахеїним наркозом з міорелаксантами і лише 4 хворим було застосовано місцеву інфільтраційну анестезію та нейроролептаналгезію. Значна кількість хворих, прооперованих під наркозом з міо-

релаксантами, зумовлена зручностями цього виду знеболення. Це дозволяє виключити свідомість хворого, негативний вплив дії м'язів живота та його органів під час операції на ділянку операційного поля, дає можливість для повноцінної ревізії порожнини очеревини і виключає помилки, пов'язані з нею.

Місцева інфільтраційна анестезія та нейролептаналгезія використана у хворих, які мали малу за розмірами грижу (3) та протипоказання до ендотрахеального наркозу (1).

У хворих віком понад 40 років спостерігалися супутні захворювання серця, легень, обміну речовин, судин нижніх кінцівок.

Хворі скаржилися на постійні ниючі болі в місці грижі, неможливість, через біль, виконувати фізичну роботу вдома та на виробництві, часті защемлення змушували їх звертатися в хірургічний стаціонар. При обстеженні розмір грижового дефекту коливався від 3 x 2 см до 15 x 18 см.

У виконанні хірургічного втручання, як правило, беруть участь 3-4 хірурги, що зумовлено необхідністю виготовлення аутодермального деепітелізованого трансплантата, зручностями при виділенні грижового мішка та скорочення операційного часу. При виконанні операції звертаємо увагу на положення хворого на операційному столі. Хворому надається таке положення: поворот на лівий бік під кутом 15-20 градусів та положення Тренделенбурга під кутом близько 15 градусів, що дозволяє перемістити кишечник в протилежний бік від операційної рани, полегшити тут маніпуляції, зменшити ризик пошкодження кишечника при виділенні грижового мішка та розділенні спайок.

Під ендотрахеальним наркозом двома огинаючими розрізами видаляється надлишок шкіри. Не розкриваючи порожнини очеревини, виділяється від оточуючих тканин грижовий мішок. На цьому етапі операції необхідно враховувати, що під час першої операції (апендектомії) використовувалася перемінний розріз черевної стінки Мак Бурнея — Волковича — Д'яконова. Це важливо пам'ятати при відділенні грижового мішка від апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Надмірне видалення грижового мішка без врахування його анатомії може спричинити збільшення тканинного дефекту. В подальшому відділяється грижовий мішок від внутрішнього косого та поперечного м'язів живота. В процесі операції виконується гемостаз. Грижовий мішок розкривається, розділяються зрощення між внутрішньою поверхнею грижового мішка, органами живота та великим сальником. Надлишки очеревини грижового мішка висікаються. Очеревина зашивається.

До вибору методу пластики грижового дефекту підходимо диференційовано. Важливими факторами при цьому виборі є величина грижового дефекту, рецидиви в анамнезі та дані динамометрії країв рани грижового дефекту в момент їх зведення.

Перед пластикою грижі, після доступу Мак Бурнея, ми маємо два грижових дефекти (в апоневрозі зовнішнього косого м'яза живота — зовнішній і в м'язово-апоневротичній частині внутрішнього косого та поперечного м'язів — внутрішній), які за розмірами і просторовим положенням часто не збігаються. При зашиванні грижі обов'язковим є відновлення анатомо-функціональної цілості стінки живота з врахуванням ходу волокон структур, що зшиваються.

Грижі малих і середніх розмірів (дані динамометрії від 0,6 до 1,0 кг) зашивалися пошарово. Спочатку зашивали вузловими швами дефект в м'язово-апоневротичній частині внутрішнього косого та поперечного м'язів. Далі формували дублікатуру з апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота.

Грижі середніх і деколи великих розмірів (дані динамометрії від 1,1 до 1,7 кг) також зашивалися пошарово з використанням аутодермальної деепітелізованої (за В. Н. Яловим) стрічки для імобілізації лінії швів внутрішнього грижового дефекту. Відступивши на 2,5-3 см від краю внутрішнього грижового дефекту, утвореного поперечним та внутрішнім косим м'язами живота, проводи-

мо аутодермальну стрічку крізь м'язи перпендикулярно до ходу їх волокон. Таких стрічок може бути декілька. У випадку застосування двох і більше стрічок слідкуємо, щоб місця їх проведення не збігалися. В протилежному випадку відбувається роз'єднання волокон м'язів з утворенням нового дефекту. На м'язи накладаємо вузлові шви, які зав'язуємо після зведення м'язів за допомогою аутодермальних стрічок, кінці яких потім зшиваються між собою в помірному натягу. Далі формуємо дублікатуру з апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота.

Лікування гриж великих і гігантських розмірів (дані динамометрії $> 1,7$ кГ) вимагало, крім пошарової пластики з імобілізацією лінії швів внутрішнього грижового дефекту, використовувати аутодермальну деепітелізовану (за В. Н. Яновим) латку, яка підшивалася між зашитою очеревиною і поперечним м'язом. Це пов'язано з сильним натягом м'язів, що зшиваються, і порушенням їх цілості шляхом розволокнення. Інколи бувають випадки, коли краї грижового дефекту, утвореного м'язами або апоневрозом, звести неможливо. Насильне їх зведення веде до значної травматизації зшитих тканин, різкого підвищення внутрішньочеревного тиску та рецидиву грижі в майбутньому. Якщо грижовий дефект не вдається закрити простим стягуванням швів та аутодермальними стрічками, також використовуємо аутодермальну латку. Краї латки повинні заходити за край внутрішнього грижового дефекту, приблизно не менше 1 см. Аналогічно, при необхідності, вшивається аутодермальна латка в дефект апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Кінці аутодермальних стрічок зшиваються між собою в помірному натягу, що дозволяє зменшити протидію зведених (зшитих) поперечного та внутрішнього косоного м'язів живота на шви. Дефект в апоневрозі зовнішнього косоного м'язів живота зашивається шляхом утворення дублікатури, в стик, або закривається аутодермальною латкою. Операція закінчується обов'язковим дрениванням підапоневротичного простору.

Грижовий дефект на місці доступу Ленандера-Каммерера зашито шляхом утворення дублікатури, яка була підкріплена аутодермальною латкою.

ПОВГ на місці серединної лапаротомії зашивалися шляхом утворення дублікатури апоневрозу з одночасною імобілізацією лінії шва грижового дефекту аутодермальною стрічкою, проведеною за зовнішній край піхви прямих м'язів живота (патент РФ № 2061410).

Важливого значення надаємо профілактичному дрениванню рани. Для дренивання в останні роки використовуємо трубки, які у випадках дренивання великих підшкірних кишень та підапоневротичного простору виводимо через контрапертури. В тих випадках, коли є необхідність дренивати надапоневротичний простір (ожиріння, інфіковані лігатури тощо) дренажі виводимо через операційну рану у вигляді частоколу. З метою запобігання вогнищевих процесів в рані під час перев'язок в дренажі вводимо поліетилєн-гліколеві мазі (левоміколь, діоксиколь, левосин тощо). Дренажі видаляємо після припинення витікання ранового трансудату.

Післяопераційний період ускладнився серомою (3), загноєнням рани (4), інфільтратом (4). Таким чином, процент ранових ускладнень становить 24. У одній хворій післяопераційний період ускладнився гострою спайковою кишковою непрохідністю, що потребувало невідкладної серединної лапаротомії, розсічення спайок і деторзії. В одному випадку спостерігалось загострення хронічної пневмонії.

За описаною методикою прооперовано 33 хворих (84,6%) з ПОВГ після доступу Мак Бурнея. Віддалені результати вивчені на 37 хворих в строки від 6 місяців до 10 років. Рецидив грижі спостерігався у 4 хворих (10,8%). Рецидив виник у 3 хворих, у котрих була виконана пластика дублікатурою (за типом Сапезко). Та в одному випадку, де гігантська грижа була ліквідована пошаровою пластикою з дублікатурою апоневрозу, і мав місце значний натяг зшитих тканин.

Висновки. 1. Хірургічне лікування нижніх бічних післяопераційних гриж живота в своїй меті повинно мати анатомо-функціональне відновлення стінки жи-

вота. 2. Відновлення стінки живота при нижніх бічних післяопераційних грижах мусить бути індивідуальним та диференційованим, з врахуванням розмірів грижі, рецидивів в анамнезі, стану і натягу тканин, що зшиваються. 3. При усуненні грижових дефектів великих розмірів та рецидивних гриж, поряд з пошаровою пластикою, потрібно застосовувати іммобілізацію лінії шва підкріплену латкою з деепітелізованої аутошкіри.

Література. 1. Барков А. А. Отдалённые результаты лечения послеоперационных грыж // Хирургия. — 1972. — № 2. — С. 81-86. 2. Гришин И. Н., Шпаковский Н. И., Аскальдович Г. И., Рылюк А. Ф. Оперативное лечение послеоперационных вентральных грыж после аппендэктомии // Хирургия. — 1984. — № 12. — С. 17-20. 3. Мазурик М. Ф., Демьянюк Д. Г., Мазурик С. М. Послеоперационные вентральные грыжи // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 113-116. 4. Матяшин И. М., Балтайтис Ю. В., Яремчук А. Я. Осложнения аппендэктомии. — Киев: Здоров'я, 1974. — С. 224. 5. Маят В. С. Послеоперационные грыжи. // Многотомное руководство по хирургии. — Л.: Медгиз, 1960. — том. VII. — С. 190-195. 6. Скutelьский Н. М., Душан Д. У., Параконьяк Н. В., Соловьёва Д. И. Послеоперационные вентральные грыжи // Хирургия. — 1982. — № 10. — С. 57-60. 7. Jameson L., Chassin M. D. Operative strategy in General Surgery (An Expositive, Second Edition) Springer-Verlag, 1994. — P. 890. 8. Onishi K., Maruyama Y., Yataka M. Endoscopic harvest of the tensor fasciae latae muscle flap // Br. J. Plast. Surg. — 1997. — V. 50. № 1. — P. 58-60.

SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS CONSEQUENT UPON APPENDECTOMY

V. V. Vlasov

Abstract. The author generalized experience in the surgical treatment of 45 patients with postoperative hernias occurring after appendectomy.

It is considered that the treatment of hernias on the lower lateral abdominal wall after appendectomy must be individual and differentiated.

The operation includes layer restoration of the anterior abdominal wall with the help of an autodermal ribbon and patch for the strengthening of the stitch line in case of large and relapsed hernias.

Relapses were not observed after applying this method.

Key words: abdominal wall, Mc Burnea area of access, hernia, surgical treatment, autodermal plastics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi).
