

хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С.85-87. 7. Мизаушев Б.А., Эфендиев И.Х., Кубалов И.А. и др. Аутодермальная погружная пластика лоскутным методом при больших послеоперационных грыжах живота // Вестник хирургии. – 2003. – Т. 162, № 3. – С. 95-96. 8. Kingsnorth A.N., Porter C., Bennett D.H. The benefits of a hernia service in a public hospital // Hernia. – 2000. – N 4. – P. 1-5. 9. Тутченко М.І., Слонецький Б.І., Лисенко В.М. та ін. Місце герніопластики без натягу в хірургії защемленої грижі черевної стінки // Клін. хірургія – 2003. – № 11. – С. 32. 10. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3-5.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ МcBURNEY-ВОЛКОВИЧА

В.В.Власов, В.Г.Мартинюк

Резюме. Вивчено результати лікування грижі, що виникла після оперативного доступу McBurney-Волковича у 80 хворих віком 41-73 роки. Причиною виникнення грижі було гнійне запалення рани. Пластику великих і гігантських гриж доцільно виконувати без натягу із застосуванням різноманітних латок.

Ключові слова: оперативний доступ McBurney-Волковича, післяопераційна грижа, аутодермопластика, алопластика.

PECULIARITIES OF TREATING HERNIA OF LARGE SIZES AFTER McBURNEY-VOLKOVYCH'S OPERATIVE ACCESS

V.V.Vlasov, V.G.Martiniuk

Abstract. The authors have studied the results of treating hernia that developed after McBurney-Volkovych's operative approach in 80 patients aged 41-73. A suppurative inflammation was the cause of the development of hernia. It is advisable to perform hernioplasty of large and giant hernias without intention, using various flaps.

Key words: McBurney-Volkovych's access, post-operative hernia, autodermoplasty, alloplasty.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Regional Hospital (Khmelnits'kyi)

Надійшла в редакцію 04.08.2004 р.

© Власов В.В., Суходоля А.І., Ахтемійчук Ю.Т., Микитюк С.Р.

УДК 616.34-007.43-089

СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОЛАПАРОТОМІЇ

В.В.Власов, А.І.Суходоля, Ю.Т.Ахтемійчук, С.Р.Микитюк

Кафедри хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – д.м.н. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук) Буковинського державного медичного університету, Хмельницька обласна лікарня

Стегнова грижа (СГ) защемлюється частіше у людей літнього і старечого віку, що негативно впливає на прогноз та наслідки лікування [1]. Збільшення кількості випадків пізньої госпіталізації хворих на защемлену стегонову грижу (ЗСГ) спричинює зростання резекцій тонкої кишки (ТК) до 10,8 % [2, 3]. Летальність при ЗСГ становить 2,3-6,4 %, а у людей літнього і старечого віку – до 8,9 % [4]. Тому при лікуванні ЗСГ у цієї

категорії хворих важливу роль відіграє адекватність вибору оперативного доступу (ОД).

Широкого розповсюдження при лікуванні СГ отримав "пахвинний спосіб". Пахвинний доступ безпечний, анатомічно обґрунтований, дозволяє високо перев'язати і видалити грижовий мішок (ГМ), сприяє надійному закриттю грижових воріт (ГВ) з боку глибокого стегонового кільця.

У процесі хірургічного лікування ЗСГ часто виникають труднощі, пов'язані з малими розмірами операційної рани (ОР), що зумовлено топографо-анатомічними особливостями будови пахвинного проміжку (ПП) у людей різної статури і статі (вузький та низький ПП, широкий прямий м'яз живота) з надмірно розвинутою підшкірною жировою клітковиною. Означені чинники обмежують маніпуляції в рані. У разі додаткового проведення середньої лапаротомії (СЛ) хворим літнього і старечого віку з вираженою поєднаною патологією збільшується травматичний вплив, що погіршує наслідки лікування. Зазначене зумовило появу методик розширення пахвинної герніолапаротомії (ПГЛ). Метод розширення пахвинного доступу за Кукуджановим (1969) полягає в тому, що при ЗСГ після розсічення поверхневих шарів пахвинної ділянки, апоневроза зовнішнього косого м'яза живота (ЗКМЖ) розсікають поперечну фасцію (ПФ), очеревину (О) захоплюють защемлений орган. ОР розширяють подовженням ПГЛ латерально з розволокненням чи пересіченням внутрішнього косого (ВКМЖ) і поперечного (ПоМЖ) м'язів живота. В інших випадках розсікають сухожилкові частини цих м'язів медіально і вгору. При виконанні пахвинного передочеревинного доступу А.С.Коган і др. [5] після розтину черевної стінки (ЧС) паралельно і на 4-5 см вище пахвинної зв'язки широко оголюють піхву прямого м'яза живота (ПМЖ), розріз продовжують латерально на апоневроз ЗКМЖ. Біля латерального краю піхви ПМЖ розсікають апоневрози ВКМЖ та ПоМЖ. Черевні м'язи розшаровують, а ПФ розсікають по всій довжині ОР. Для виконання ПГЛ І.Літман (1982) пропонує розсікати всі шари ЧС через ГВ завдовжки 6-10 см.

Відомі методики розширення ПГЛ супроводжуються розшаруванням і розсіканням м'язів передньої ЧС з наступним їх атрофічно-дегенеративним переродженням та руйнуванням фасціальних вузлів ЧС, збільшує ймовірність утворення нової грижі на місці ОД.

Мета дослідження. Покращити наслідки хірургічного лікування хворих на ЗСГ та розробити удосконалену техніку розширення ПГЛ.

Матеріал і методи. Методика розширення ПГЛ розроблена на 23 свіжих трупах чоловічої і жіночої статі та застосована при лікуванні 19 хворих на СГ, з них жінок – 17. Середній вік хворих становив $66 \pm 15,3$ років (4/5 хворих – літнього та старечого віку) і коливався в межах від 23 до 91 року. 16 хворих

на ЗСГ прооперовано ургентно, 3 – планово з приводу фіксованої СГ (2) та комбінації СГ з пахвинною (1). Правобічна грижа була в 12 випадках, лівобічна – 7. Усім хворим виконано загальноприйнятій комплекс доопераційного обстеження. Додатково застосовували ультрасоно- та доплерографію для проведення диференційної діагностики та вибору тактики подальшого лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. До розширення ПГЛ вдавалися в ситуаціях, коли вміст ГМ ковзнув у черевну порожнину (після самостійного вправлення ЗСГ під час премедикації чи релаксації хворого) та безрезультатній спробі виявити його через шийку ГМ, при обмеженій рухливості ділянки ТК в рані (коротка брижа), при необхідності ревізії ретроградно защемленої ділянки ТК та виконання резекції ТК.

Запропонована нами методика, яка полягає у виконанні спеціальних розрізів без пересікання м'язів передньої ЧС, забезпечує збільшення розмірів ОР герніолапаротомного доступу в 1,5-2 рази. Розширена ПГЛ може бути використана під час операції з приводу ЗСГ і пахвинної грижі, коли необхідно провести ревізію чи резекцію органа ЧП без застосування СЛ (у хворих літнього і старечого віку з вираженою поєднаною патологією). Вона дозволяє не тільки вправити в ЧП вміст грижі і провести якісну адекватну ревізію органів ЧП, а й виконати декомпресію ТК чи її резекцію з накладанням міжкишкового анастомозу, максимально зберігаючи при цьому анатомічну цілісність структур ПП.

Техніка розширення ПГЛ (рисунки). Пошарово розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковию, апоневроз ЗКМЖ на 2 см вище і паралельно пахвинній зв'язці. Виділяють круглу зв'язку матки (сім'яний канатик), беруть на тримач і відводять латерально. Розсікають ПФ, виділяють ГМ і його переміщують у ПП. Розсікають ГМ і захоплюють защемлений орган, проводять його ревізію. Вище на 1,5-2 см від лобкового горбика розсікають пахвинний серп та передню стінку піхви ПМЖ медіально і краніально, на 2/3 ширини ПМЖ (А). Край передньої стінки піхви ПМЖ розводять, латеральний край ПМЖ гачком Фарабефа зміщують медіально, додатково оголюючи ПФ та О (Б), які розсікають медіально (В). Розводять краї ПФ та О, значно розширюють пахвинну герніолапаротомну рану (Г). Після ревізії та вправлення грижового вмісту ЧП або, за необхідності, виконання ре-

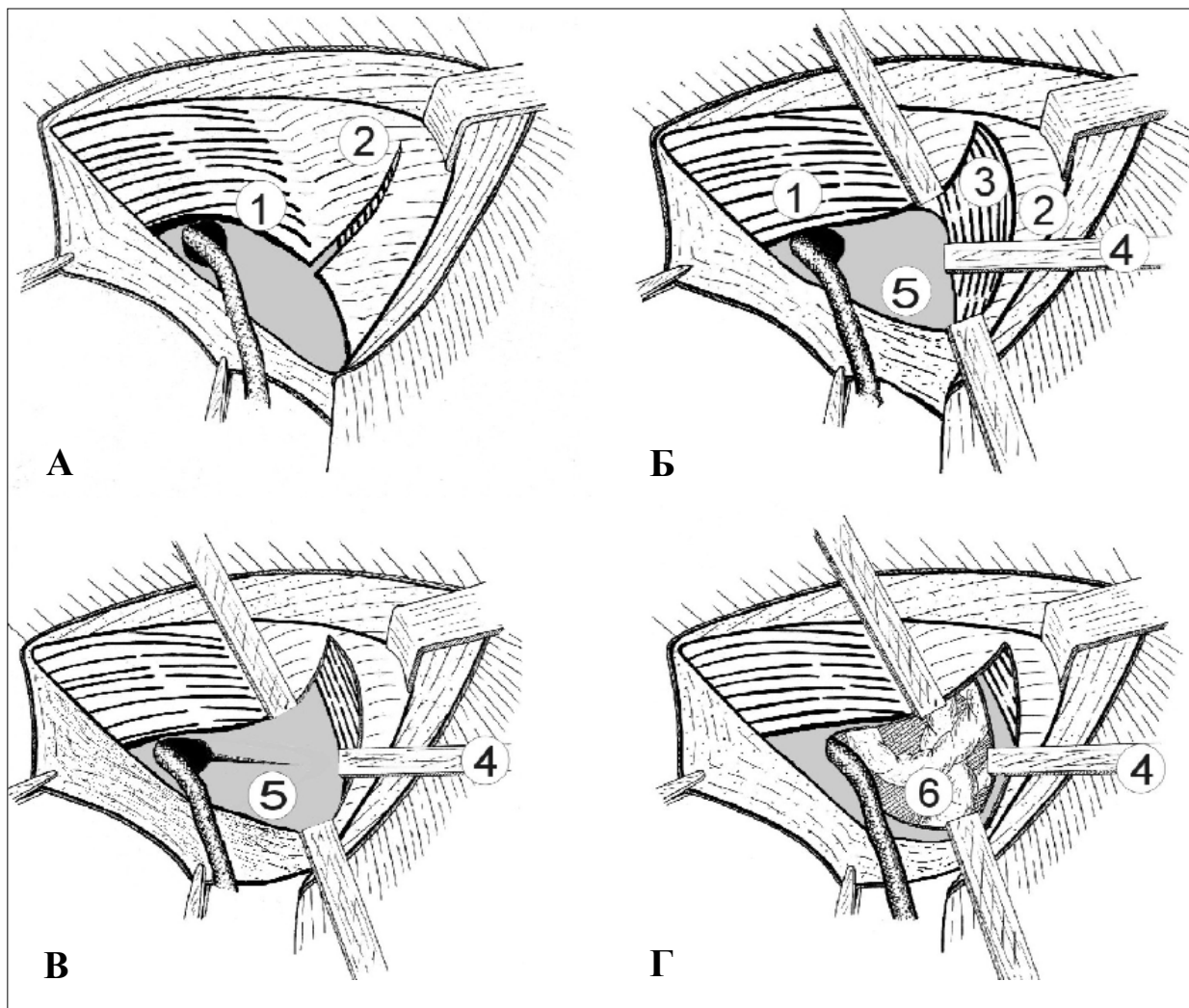


Рис. Схема розширення пахвинної герніолапаротомії. А – Розтин пахвинного серпа і передньої пластинки піхви прямого м'яза живота. Б – Зміщення прямого м'яза живота медіально. В – Розтин поперечної фасції і очеревини. Г – Загальний вигляд розширеної герніолапаротомії

1 – пахвинний серп; 2 – передня пластинка піхви прямого м'яза живота; 3 – прямий м'яз живота; 4 – гачок Фарабефа; 5 – поперечна фасція; 6 – герніолапаротомна рана.

зекції ураженого органа (петлі ТК, сальника), декомпресії ТК, накладання міжкишкового анастомозу, рану пошарово зашивають. Дана методика розширеної ПГЛ запобігає появі нового слабкого місця передньої ЧС. Це пов'язано з тим, що передня стінка піхви ПМЖ достатньо міцна, крім того частина шва перекривається ПМЖ і може протистояти внутрішньочеревному тиску. До того ж дефект піхви ПМЖ після зашивання заміщується рубцевою тканиною. Грижа на місці розширення не виникає.

По завершенню ревізії защемленого органа в 4 випадках було виконано резекцію ТК, в 6 – пасма сальника, в 1 – апендектомію. Тричі, піс-

ля підтвердження життєздатності кишки при пристінковому защемленні (Ріхтера), виконано перитонізацію по лінії странгуляційної борозни. Пластику ГВ виконано за методикою Руджі-Парлавеччо та з використанням синтетичних трансплантатів. Усі хворі одужали. Хворих оглянуто через 1-5 років, скарг не було, грижі в ділянці розширення ПГЛ не виявлено.

Висновки. 1. Застосування пахвинного доступу та можливість його розширення шляхом герніолапаротомії при лікуванні защемленої стегнової грижі дозволяє виконати адекватну ревізію защемлених органів і, за необхідності, виконати резекцію тонкої кишки без зас-

тосування серединної лапаротомії. 2. Методика розширення пахвинної герніолапаротомії без розсікання м'язів черевної стінки малотравматична і не спричинює утворення грижі на місці оперативного доступу.

Перспективи наукового пошуку. Отримані результати дають підґрунтя для вдосконалення існуючих та розробки нових оперативних доступів і прийомів при лікуванні защемленої стегнової грижі у хворих літнього та старечого віку.

Література

1. Антонюк С.М., Ахрамеєв В.Б., Головня П.Ф. и др. Новое в лечении ущемленных бедренных грыж // *Матер. I Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота"*. – К., 2003. – С. 18-19. 2. Раззадорин С.С., Корнус В.В., Шальков Ю.Л. Ущемленные грыжи: оценка непосредственных исходов // *Харківська хірургічна школа*. – 2004. – № 1-2. – С. 95-96. 3. Фомин П.Д., Заплавский А.В., Иванчов П.В. и др. Актуальные вопросы хирургической тактики при непроходимости кишечника // *Харківська хірургічна школа*. – 2004. – № 1-2. – С. 68-69. 4. Фелештинский Я.П. Хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста с бедренной грыжей // *Клін. хірургія*. – 1997. – № 11-12. – С. 23-24. 5. Коган А.С., Веронский Г.И., Таевский А.В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. – Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1991. – 176 с.

СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОЛАПАРОТОМІЇ

В.В.Власов, А.І.Суходоля, Ю.Т.Ахтемійчук, С.Р.Микитюк

Резюме. Розроблена методика розширення пахвинної герніолапаротомії (ПГЛ) без розсікання м'язів збільшує операційну рану в 1,5-2 рази, дозволяє провести ревізію защемленого органа, за необхідності, його резекцію без застосування серединної лапаротомії. Розширена ПГЛ застосована при лікуванні 19 хворих на защемлену (16) та фіксовану (3) стегнову грижу. Вік хворих становив 23-91 рік. Хворим виконано резекцію тонкої кишки (4), великого сальника (6), апендектомію (1) з пахвинного доступу. Всі хворі одужали. Запропонована методика не викликає загрози утворення грижі на місці доступу і може бути використана під час операції з приводу защемленої стегнової і пахвинної грижі.

Ключові слова: стегнова грижа, пахвинний доступ, розширена пахвинна герніолапаротомія.

A TECHNIQUE OF ENLARGED INGUINAL HERNIOLAPAROTOMY

V.V.Vlasov, A.I.Sukhodolia, Yu.T.Akhtemiichuk, S.R.Mykityuk

Abstract. A technique of enlarged inguinal herniolaparotomy (IHL) without dissecting the muscles expands the operative wound 1.5-2 times, makes it possible to perform a revision of an incarcerated organ and if necessary its resection without employing median laparotomy. Enlarged IHL was used in the treatment of 19 patients with incarcerated (16) and fixed (3) femoral hernia. The patients' age ranged from 23 to 91 years. The patients underwent enterectomy (4), omentum resection (6), appendectomy (1) from the inguinal approach. All the patients recuperated. The proposed technique does not threaten the formation of hernia at the site of approach and may be used during an operation for incarcerated femoral and inguinal hernia.

Key words: femoral hernia, inguinal access, enlarged inguinal herniolaparotomy.

M.I.Pyrohov National Memorial Medical University (Vinnytsia),
Regional Hospital (Khmelnyskyi),
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 05.08.2004 р.