

УДК 616.381-072.1-06..616.34-007.43

ТУТЧЕНКО М.І., ВАСИЛЬЧУК О.В., ПІОТРОВИЧ С.М., МАМОНОВ О.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, центр хірургії гриж живота, Київ, Україна

ГРИЖА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Резюме. Нами прооперовано 28 пацієнток із троакарними грижами віком від 45 до 68 років. У всіх від 1 до 3 років тому була виконана лапароскопічна холецистектомія. У 26 (92,9 %) з них грижа виникла в ділянці пупка, у 2 (7,1 %) — у бічній ділянці черевної стінки, місці виведення підпечінкового дренажу. У 16 (57,1 %) з них у післяопераційному періоді відмічались гнійно-запальні ускладнення в рані біля пупка. Діастаз прямих м'язів живота I–II ступеня діагностовано у 21 (75 %) хворой. Під час операції у 2 (7,1 %) пацієнток відмічено наявність двох дефектів білої лінії живота в місці встановлення параумбілікального порту. Відсутність у 17 (60,7 %) хворих лігатур апоневрозу в ділянці грижового дефекту свідчила, що дефект білої лінії в місці постановки порту під час першої операції не зашивався.

При оперативному лікуванні 3 (10,7 %) пацієнтам із грижовим дефектом до 2 см та збереженою функцією прямих м'язів живота виконана автопластика за Сапежко. У 25 (89,3 %) хворих за наявності діастазу прямих м'язів та грижового дефекту понад 3 см ми надали перевагу алопластиці з використанням поліпропіленових сітчастих імплантів. У 19 (76 %) з них виконана герніопластика за способом *sublay*, у 6 (24 %) — сітка розміщена преперитонеально. Ускладнень у післяопераційному періоді не було, рецидиву грижі протягом 3 років не відмічено.

На нашу думку, у генезі виникнення гриж після лапароскопічної холецистектомії провідну роль відіграють дві групи чинників — загальні й місцеві.

Загальними причинами є:

- зниження функціональних можливостей прямих м'язів з супутнім їх діастазом;
- вікова детермінована дегенерація, слабкість та атрофія апоневротичних структур з утратою еластичності та регенеративних можливостей.

Місцевими чинниками є:

- неадекватне зашивання (або його відсутність) дефекту передньої черевної стінки;
- гнійно-запальні ускладнення операційної рани.

Ключові слова: троакарна грижа, причини, профілактика.

Вступ

Сучасна хірургія характеризується широким впровадженням малоінвазивних технологій у лікування патологій внутрішніх органів черевної порожнини. Лапароскопічна холецистектомія визнана золотим стандартом при лікуванні калькульозного холециститу, відеолапароскопічні операції все ширше використовуються не тільки в плановій хірургії, але і при невідкладних станах.

Вважається, що основними перевагами лапароскопічних операцій є їх мала травматичність, відсутність парезу кишечника, дихальної недостатності, невеликі за розмірами розрізи для постановки портів, що значно зменшує небезпеку виникнення як гнійних ускладнень із боку операційної рани, так і вірогідність утворення післяопераційних вентральних гриж.

Однак грижі виникають і після лапароскопічних операцій, у місцях встановлення троакарних портів. У багатьох країнах їх називають «троакарні грижі». Проблема троакарних гриж актуальна і недостатньо вивчена в лапароскопічній хірургії [1]. Більшість авторів вважають дану патологію рідкісною, що становить 0,3–1,1 % від загальної кількості післяопераційних вентральних гриж. За даними літератури частота виникнення троакарних післяопераційних гриж біля пупка (після виконання лапароскопічної холецистектомії) становить 0,9 %, в інших ділянках — 0,1 % [1, 2].

© Тутченко М.І., Васильчук О.В., Піотрович С.М., Мамонов О.В., 2013

© «Український журнал хірургії», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

R. Helfrich повідомляє про залежність частоти виникнення грижі від діаметра троакарного отвору на передній черевній стінці — 0,23 % при 10 мм проти 3,1 % при 12 мм.

З 1983 р. виділяють три основні групи причин утворення післяопераційної грижі:

- 1) ранні післяопераційні ускладнення, евентерація або глибоке нагноєння рани;
- 2) атрофічні зміни передньої черевної стінки, збільшення внутрішньочеревного тиску;
- 3) фактори, які впливають на регенерацію і формування післяопераційного рубця [3].

Згідно з дослідженнями Г.И. Гиреева та співавторів (1992, 1997 рр.), у патогенезі серединних апоневротичних гриж живота основне значення має виникнення структурно-метаболических порушень апоневрозу з утворенням дефектів у ділянці піхв прямих м'язів і білої лінії живота та стан прямих м'язів. Зниження функціональних можливостей останніх викликає невідповідність між механічним навантаженням на передню черевну стінку та потенціальними можливостями м'язів і призводить до перевантаження останніх із їх подальшою декомпенсацією. Апоневроз білої лінії під дією внутрішньочеревного тиску та тяги бокових м'язів живота розтягується, тобто виникає діастаз з можливістю подальшого утворення грижі білої лінії живота.

Матеріал та методи

Нами прооперовано 28 пацієнтів із троакарними грижами. Всі хворі були жінки віком від 45 до 68 років. У всіх від 1 до 3 років тому була виконана лапароскопічна холецистектомія. У 16 (57,1 %) з них у післяопераційному періоді відмічались гнійно-запальні ускладнення в рані біля пупка. Діастаз прямих м'язів живота I–II ступеня діагностовано у 21 (75 %) хворої. У 26 (92,9 %) пацієток грижа виникла в ділянці пупка, у 2 (7,1 %) в боковій ділянці черевної стінки, місці виведення підпечінкового дренажу. Згідно з класифікацією J.P. Chevrel, A.M. Rath (SWR-classification, 1999 р.), усі грижі розподілені таким чином — MW1 у 21 (75 %) хворих, MW2 — у 5 (17,9 %), CL1 — у 2 (7,1 %). Відмічено, що особливістю троакарних гриж є невідповідність грижового дефекту розмірам грижового випину.

Результати і обговорення

Під час операції в місці встановлення параумбілікального порту у 2 (7,1 %) пацієток відмічено наявність двох дефектів білої лінії живота. Відсутність у 17 (60,7 %) хворих лігатур апоневрозу в ділянці грижового дефекту свідчила, що дефект білої лінії в місці постановки порту під час першої операції не зашивався.

У 3 (10,7 %) випадках пацієнтам із невеликим грижовим дефектом (до 2 см) та збереженою функцією прямих м'язів живота виконана

автопластика з утворенням дуплікатури апоневрозу за Сапежко. За наявності діастазу прямих м'язів та грижового дефекту понад 3 см, а також у пацієток із боковими грижами (25 хворих) ми віддали перевагу алопластиці з використанням поліпропіленових сітчастих імплантатів. У 19 (76 %) хворих виконана герніопластика за способом sublay, у 6 (24 %) — сітка розміщена преперитонеально.

Ускладнень у післяопераційному періоді не було, рецидиву гриж протягом 3 років не відмічено.

На нашу думку, у патогенезі виникнення гриж після лапароскопічної холецистектомії провідну роль відіграють дві групи чинників — загальні і місцеві.

Загальними причинами є:

- зниження функціональних можливостей прямих м'язів із супутнім їх діастазом;
- вікова детермінована дегенерація, слабкість та атрофія апоневротичних структур з утратою еластичності та регенеративних можливостей.

Місцевими чинниками є:

- неадекватне ушивання (або його відсутність) дефекту передньої черевної стінки;
- гнійно-запальні ускладнення операційної рани.

Висновки

1. Ділянка навколо пупка є зоною ризику з великою вірогідністю виникнення троакарної грижі у пацієнтів похилого та старечого віку.

2. З метою запобігання утворенню троакарних гриж після лапароскопічних операцій дефект апоневротичних структур у місці постановки портів діаметром 10 мм і більше необхідно ретельно зашити.

3. Жовчний міхур із черевної порожнини доцільно видаляти в контейнері через рану під мечеподібним відростком. За наявності великих конкрементів рану розширювати догори з подальшим пошаровим зашиванням тканин.

Список літератури

1. Ничитайло М.Е., Беляев В.В., Галочка И.П., Доманский Т.Н. Троакарные грыжи как осложнение лапароскопических вмешательств // *Клінічна хірургія*. — 2007. — № 11–12. — С. 43–44.
2. Оскертон В.И., Литвинов О.М., Скрипичина О.В. Основные причины возникновения троакарных грыж после видеолaparоскопической холецистэктомии // *Эндоскопическая хирургия*. — 2007. — № 1. — С. 65–66.
3. Тоскин К.Л. Жебровский В.В. Грыжи живота. — М.: Медицина, 1983. — С. 184

Отримано 23.03.13 □

Тутченко Н.И., Васильчук А.В., Пиотрович С.Н., Мамонов О.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца МЗ Украины, центр хирургии грыж живота, Киев, Украина

ГРЫЖА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Резюме. Нами оперированы 28 пациенток с троакарными грыжами возрастом от 45 до 68 лет. У всех от 1 до 3 лет назад была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 26 (92,9 %) из них грыжа возникла в области пупка, у 2 (7,1 %) — в боковой области брюшной стенки, месте вывода подпеченочного дренажа. У 16 (57,1 %) из них в послеоперационном периоде отмечались гнойно-воспалительные осложнения в ране около пупка. Диастаз прямых мышц живота I–II степени диагностирован у 21 (75 %) больной. Во время операции у 2 (7,1 %) пациенток отмечено наличие двух дефектов белой линии живота в месте установки параумбиликального порта. Отсутствие у 17 (60,7 %) больных лигатур апоневроза в области грыжевого дефекта свидетельствовало, что дефект белой линии в месте постановки порта во время первой операции не зашивался.

При оперативном лечении 3 (10,7 %) пациентам с грыжевым дефектом до 2 см и сохраненной функцией прямых мышц живота выполнена аутопластика по Сапезко. У 25 (89,3 %) больных при наличии диастаза прямых мышц и грыжевого дефекта более 3 см мы отдали предпочтение алопластике с применени-

ем полипропиленовых сетчатых имплантатов. У 19 (76 %) из них выполнена герниопластика способом sublay, у 6 (24 %) — сетка размещена преперитонеально. Осложнений в послеоперационном периоде не было, рецидива грыжи на протяжении 3 лет не отмечено.

По нашему мнению, в генезисе возникновения грыж после лапароскопической холецистэктомии ведущую роль играют две группы факторов — общие и местные. Общими причинами являются:

— снижение функциональных возможностей прямых мышц с сопутствующим их диастазом;

— возрастная детерминированная дегенерация, слабость и атрофия апоневротических структур с утратой эластичности и регенеративных возможностей.

Местными факторами являются:

— неадекватное ушивание (или его отсутствие) дефекта передней брюшной стенки;

— гнойно-воспалительные осложнения операционной раны.

Ключевые слова: троакарная грыжа, причины, профилактика.

Tutchenko M.I., Vasylichuk O.V., Piotrovych S.M., Mamonov O.V.

National Medical University named after O.O. Bogomolets of Ministry of Public Health of Ukraine, Abdominal Hernia Surgery Center, Kyiv, Ukraine

HERNIA AS COMPLICATION OF LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS

Summary. We have operated trocar hernia in 28 patients, aged 45–68 years old. All these patients previously underwent laparoscopic cholecystectomy, ranging from 1 to 3 years. In 26 patients (92.9 %) the hernia appeared in the periumbilical region, in 2 patients (7.1 %) — in the lateral abdominal wall area, the subhepatic drainage output area. In 16 patients (57.1 %) we observed purulent inflammatory complications in the periumbilical lesion area. The straight abdominal muscles diastasis of the 1st — 2nd degrees was diagnosed in 21 patients (75 %). During the operation, while establishing the periumbilical port, 2 patients (7.1 %) were noticed to have two defects of the abdominal linia alba. The absence of aponeurosis ligatures in 17 patients (60.7 %) evidences that the linia alba defect in the port positioning area wasn't sutured during the first operation.

In operative intervention autoplasty after Sapezhko was performed in 3 patients (10.7 %) with hernia defects less than 2cm and preserved functioning straight abdominal muscles. In 25 patients (89.3 %) with present straight muscles diastasis and

hernia defect larger than 3 cm, we preferred an autoplasty with polypropylene netlike implants. In 19 patients (76 %) hernioplasty by the sublay method was performed, in 6 patients (24 %) the network was performed preperitonally.

There were no complications in the postoperation period as well as recurrences of the hernia throughout 3 next years.

We consider that the hernia genesis after the laparoscopic cholecystectomy is caused by 2 main factor groups: general and local.

The general causes are:

— decreased functional capabilities of the straight muscles with their diastasis;

— age determined degeneration, weakness and atrophy of the aponeurosis structures with elasticity and regeneration loss.

The local causes are:

— inadequate suturing (or no suturing at all) of the anterior abdominal wall defect;

— purulent-inflammatory complication of the operation injury.

Key words: trocar hernia, causes, prevention.