

УДК 616-007.43:616-08

© О.О. ВОРОВСЬКИЙ

Вінницький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

## Дефекти передньої черевної стінки після лапароскопічних втручань у хворих похилого та старечого віку

O.O. VOROVSKYI

Vinnytsya Regional Hospital for Invalids of Patriotic War

### DEFECTS OF ABDOMINAL FORE WALL AFTER LAPAROSCOPIC INTERVENTION IN THE PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Проаналізовані результати хірургічного лікування 126 випадків із післяопераційними дефектами передньої черевної стінки у хворих похилого та старечого віку. Із них 116 (92,1 %) хворих із післяопераційними вентральними грижами, 8 (6,3 %) – з евісцераціями та 2 (1,6 %) – з евентраціями. Вік хворих склав від 60 до 82 років. Чоловіків було 35 (30,2 %), жінок – 81 (69,8 %). Вивчено та проаналізовано причини утворення троакарних гриж як специфічного ускладнення при лапароскопічних операціях у 13 (11,2 %) хворих похилого та старечого віку. Встановлено, що у хворих похилого та старечого віку причиною конверсій найчастіше стають хронічні форми склеротичного калькульозного холециститу. Рекомендовано застосовувати при конверсіях міні-лапаротомний трансректальний доступ. Наявність післяопераційних вентральних гриж, евісцерацій та евентрацій у хворих похилого та старечого віку є абсолютним показанням до оперативного лікування із застосуванням поліпропіленових імплантатів.

The results of the surgical treatment of the 126 cases with postoperative defects of abdominal forewalls in the patients of elderly and senile age have been analyzed. Among them are 116 (92,1 %) patients with the postoperative abdominal hernias 8 (6,3 %) – with the eviscerations and 2 (1,6 %) – the eventrations in the patients of elderly and senile age have been analyzed. Age of the patients has made from 60 to 82 years. There have been 35 (30,2 %) men, 81 (69,8 %) women. The causes of the troacaris hernias formation as the specific complication in case of laparoscopic operations in 13 (11,2 %) patients of elderly and senile age have been studied and analyzed. There have been determined that in patients of elderly and senile age the cause of conversions are usually the forms of the chronic sclerotic calculus cholecystitis. Minilaparotomy transrecty access has been recommended to use incase of conversions. Availability of the postoperative abdominal hernias, the eviscerations, the eventrations in the patients of elderly and senile age is an absolute evidence to the operative treatment with the use of polypropylene implanters.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** До післяопераційних дефектів передньої черевної стінки (ПДПЧС) відносять післяопераційні вентральні грижі, евісцерації та евентрації.

Слід окремо виділити проблему хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж у хворих похилого та старечого віку. Частота їх виникнення після лапаротомії, за даними різних авторів, складає 3–13 % [7]. Одним із небезпечних післяопераційних ускладнень, які потребують повторного хірургічного втручання, є евісцерація та евентрація, що зустрічаються у 0,13–9,0 % випадків після лапаротомій і складають 16,8 % від усіх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень [2].

На даний час ми бачимо поширення відеоендоскопічних методів лікування хірургічної патології жи-

вота, де найбільш поширеною серед малоінвазивних операцій є лапароскопічна холецистектомія. Проте, окрім традиційних ускладнень лапароскопічної холецистектомії, незабаром визначилась ще одна післяопераційна проблема, яка істотно знижує якість життя, – утворення післяопераційних троакарних гриж. За даними деяких авторів, дана патологія зустрічається у 75 % хворих, старших 50 років [5].

Також слід звернути увагу на таку одну із причин розвитку ПДПЧС, як перехід на “відкритий” спосіб холецистектомії (конверсія). Вважають, що ускладнення, які виникали під час виконання лапароскопічної операції, зумовлюють необхідність зміни оперативного доступу більш ніж у 70 %, що складає 1,4–7,0 % під час оперативного втручання з приводу хронічного калькульозного холециститу та 3,6–30,0 % – із приводу гострого деструктивного холециститу [4].

На даний час спостерігаємо бурхливий розвиток ендоскопічних методів лікування в гінекології. Тому прогнозовано слід очікувати розвитку троакарних гриж у даній групі [3]. Лапароскопічним методом виконують як планові, так і екстрені гінекологічні операції [3], і проблема конверсій має місце, особливо при лікуванні гострої патології.

На третьому місці серед ендоскопічних оперативних втручань є лапароскопічне лікування пахвинних та стегнових гриж. Проте при даному способі часто мають місце ятрогенні ушкодження внутрішніх органів та судин, які призводять до необхідності виконання лапаротомій (конверсій) для їх усунення [1].

Чи не найбільший відсоток виконання конверсій (до 20 %) відзначають під час проведення лапароскопічних втручань на товстій кишці [3].

Основні причини розвитку ПДПЧС при конверсіях у хворих похилого та старечого віку – це недостатнє укріплення передньої черевної стінки без урахування вікових інволюційних процесів у ній, недостатнє проведення лікування супутньої патології та наявність запальних процесів у самій післяопераційній рані. Механічною причиною виникнення даної патології є гостре підвищення внутрішньочеревного тиску (abdominal compartment syndrome) [6].

Таким чином, прогнозування, лікування та профілактика ПДПЧС, що розвинулись внаслідок лапароскопічних втручань, на даний час залишаються актуальною, до кінця не вирішеною проблемою.

**Мета роботи:** покращити результати хірургічного лікування ПДПЧС у хворих похилого та старечого віку, що розвинулись у них після лапароскопічних втручань.

**Матеріали і методи.** За період з 2002 до 2009 р. у групі хворих похилого та старечого віку відеоендоскопічні втручання були виконані у 335 хворих, а саме: лапароскопічна холецистектомія проведена 294 (87,8 %) хворим, трансабдомінальна перитонеальна ендовідеогерніопластика – 29 (8,7 %) хворим, гінекологічні лапароскопічні втручання – 8 (2,4 %), лапароскопічно-асистовані операції на товстій кишці – 4 (1,2 %) пацієнтам.

За статтю чоловіки склали 146 (43,6 %) осіб, жінки – 189 (56,4 %). Вік хворих коливався від 60 до 86 років.

У всіх хворих даної вікової категорії мала місце поєднана супутня патологія: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 294 (100,0 %) хворих; гіпертонічна хвороба – у 106 (36,1 %); хронічні обструктивні захворювання легень – у 84 (28,6 %) пацієнтів; ожиріння – у 52 (17,7 %); цукровий діабет – у 32 (10,9 %) хворих; виразкова хвороба шлунка

та дванадцятипалої кишки – у 24 (8,2 %); цироз печінки – у 12 (4,1 %) пацієнтів; захворювання опорно-рухової системи – у 96 (32,7 %); оклюзивні захворювання судин нижніх кінцівок – у 66 (22,5 %) хворих; посттромбофлебітичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 52 (17,7 %); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. із кохлестибулярним та атаксичним синдромом – у 84 (28,6 %) пацієнтів; аденома передміхурової залози із залишковою сечою більше 50 мл – у 29 (9,9 %) хворих.

Вибір способу анестезії погоджувався при проведенні консилиуму спеціалістів, який в основному залежав від супутньої патології та місця локалізації й розмірів дефекту передньої черевної стінки. Так, при локалізації в епігастральній ділянці передньої черевної стінки застосовували місцеву анестезію. При локалізації в мезо- та гіпогастральній ділянках живота застосовували місцеву або спинномозкову анестезію. При великих та гігантських дефектах застосовували епідуральну анестезію, яку в 2-х випадках поєднували із загальним ендотрахеальним комбінованим наркозом. При потребі пролонгації знеболювання дані види анестезій поєднували з медикаментозною седацією.

Всім хворим попередньо проводили загальноклінічні та біохімічні дослідження, рентгенологічні та ендоскопічні обстеження, які обов'язкові для виконання даного оперативного втручання, з обов'язковим ультрасонографічним та комп'ютерно-томографічним дослідженням передньої черевної стінки. При проведенні цих досліджень звертали увагу на розміри дефекту в передній черевній стінці, вмісту грижового мішка.

За період з 2002 до 2009 рр. у хірургічному відділенні обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни було прооперовано 126 хворих із ПДПЧС. Із них 116 (92,1 %) хворих із післяопераційними вентральними грижами, 8 (6,3 %) – з евісцераціями та 2 (1,6 %) – з евентраціями.

За статтю чоловіки склали 35 (30,2 %) осіб, жінки – 81 (69,8 %). Вік хворих коливався від 60 до 82 років.

Із анамнезу захворювання відомо, що у 26 (22,4 %) хворих грижі сформувались у перші 3 місяці після операції, у 38 (32,8 %) пацієнтів – протягом 6-ти місяців, у 52 (44,8 %) – до року після операції.

У групі хворих із післяопераційними вентральними грижами троакарні грижі склали 13 (11,2 %) випадків. За локалізацією дана патологія мала місце: біля мечоподібного відростка – у 4 (33,3 %) хворих, у припупковій та пупковій ділянках – у 8 (66,7 %) пацієнтів, у правій здухвинній ділянці – один випадок після ендоскопічного видалення кісти правого яєчника. Після відеоендоскопічних втручань, виконаних у

нашому лікувальному закладі, кількість сформованих дефектів мала місце у 6 хворих: біля мечоподібного відростка – у 2 (0,4 %) випадках, у пупкової та в пупкової ділянках – у 2 пацієнтів, що із загальної кількості малоінвазивних втручань склало 0,9 %.

У 16 (7,9 %) хворих даної вікової категорії мали місце післяопераційні вентральні грижі після конверсій. Із них у 8 (66,7 %) пацієнтів причиною конверсій став хронічний склеротичний калькульозний холецистит, у 4-х (25,0 %) хворих – гострий деструктивний калькульозний холецистит, у 2-х (12,5 %) – конверсія мала місце при спробі усунення холелітазу за допомогою лапароскопічної холедохолітомії, в одному – при хронічному склеротично-інфільтративному холециститі мало місце пошкодження стінки дванадцятипалої кишки при розділенні склеротичного інфільтрату; в одному випадку причиною конверсії став посилений злуковий процес під час лапароскопічно-асистованої операції на товстій кишці. 8 (50,0 %) хворим була виконана верхньо-середина лапаротомія, 8 (50,0 %) – міні-лапаротомія в правому підбер'ї, де в 6 (37,5 %) випадках була виконана параректальна міні-лапаротомія та в 2-х (12,5 %) – трансректальна міні-лапаротомія.

В онкологічного хворого була пізня евісцерація в післяопераційному періоді після лапароскопічно-асистованої операції на товстій кишці; у 2-х хворих мала місце евісцерація після конверсій під час виконання ендоскопічних гінекологічних операцій.

### Результати досліджень та їх обговорення.

В утворенні ПДПЧС мають значення як місцеві, так і загальні причини.

До загальних причин, перш за все, слід віднести проблему вікової якісної та кількісної неповноцінності передньої черевної стінки з вираженими патологічними та атрофічно-дегенеративними змінами апоневротичних і м'язових утворів у ділянці грижового дефекту, з різким порушенням мікроциркуляції. Внаслідок цього мають місце діастаз прямих м'язів живота, розширення та стоншення апоневроза білої лінії живота, а також зниження інтенсивності процесів регенерації.

До місцевих причин утворення троакарних гриж біля мечоподібного відростка відносимо проведення троакара діаметром 10 мм біля самого відростка або розширення даного отвору при вилученні жовчного міхура із черевної порожнини; для утворення троакарних гриж пупкової локалізації – це недіагностування малих пупкових гриж (до 5 мм) при доопераційному обстеженні та послаблення апоневротичних волокон пупкового кільця як при проведенні троакара діаметром 10 мм біля нього, так і при розширенні розрізу для видалення жовчного

міхура із черевної порожнини. Також до даної групи причин відносять такі: негерметичне ушивання троакарних отворів або їх ушивання тільки передніми листками апоневроза прямих м'язів живота; наявність ускладнень у ранньому післяопераційному періоді з боку післяопераційної рани – серома, гематома, нориці, нагноєння тощо.

На другому місці до причин утворення ПДПЧС відносять наявність комбінованої супутньої соматичної патології. В даній групі хворих найбільш розповсюдженим поєднанням супутньої патології було: грижа + серцево-судинна недостатність + ожиріння. Саме ожиріння є одним із факторів утворення троакарних гриж при прагненні хірурга до формування косметичного ефекту при ушиванні троакарної рани передньої черевної стінки. В нашій групі у двох пацієнтів при ожирінні IV ст. мало місце потовщення підшкірної жирової тканини до 18 см.

На третьому місці, як причина розвитку даної патології, наявність підвищення внутрішнього черевного тиску при хронічних обструктивних захворюваннях дихальної системи та доброякісній гіперплазії передміхурової залози, що проявляються в післяопераційному періоді у вигляді кашлю та затримки сечовипускання.

Для уникнення вищевказаних причин при обстеженні та підготовці хворого до лапароскопічної холецистектомії проводили ультразвукове та комп'ютерне томографічне обстеження анатомічних структур передньої черевної стінки, де звертали увагу на відстань між прямими м'язами живота. При відстані між прямими м'язами живота від 4 см і більше та при розширенні троакарного отвору до 2-х см і більше застосовували для пластики передньої черевної стінки поліпропіленову сітку за методом sublay.

При накладанні першого троакарного отвору, для уникнення зайвої травматизації білої лінії живота, троакар діаметром 10 мм проводили через пупкове кільце. Перед цим на саме пупкове кільце по боках накладали два П-подібних шви, які використовували як "тримачі" при проведенні троакара. При накладанні другого троакарного отвору при лапароскопічній холецистектомії відступали від мечоподібного відростка за ходом білої лінії живота не менше ніж 3 см, що давало змогу більш якісно виконати пластику троакарного отвору.

У випадках ожиріння, враховуючи вік хворих, не прагнули досягти косметичного ефекту, а виконували достатній розріз шкіри та підшкірної тканини для ефективної пластики передньої черевної стінки. Пупкову ділянку вважаємо одним із слабких місць передньої черевної стінки, тому відмовились від вилучення жовчного міхура через пупковий отвір.

Також заслуговує уваги розвиток ПДПЧС внаслідок виконання конверсій при невдалих спробах лікування жовчнокам'яної хвороби. У зв'язку з цим ми провели аналіз причин конверсій, що були виконані в нашому медичному закладі. Із 13 (4,4 %) виконаних конверсій, що мали місце у хворих, старших 60 років, у 8 (61,5 %) випадках причиною став хронічний склеротичний холецистит. У даній групі хворих післяопераційна грижа спостерігалась у 2 (15,4 %) хворих, де застосовувались в одному випадку верхньо-середина лапаротомія, в другому – параректальна міні-лапаротомія. Причиною даної патології стали запальні процеси в рані, що призвели до розвитку сером та лігатурних нориць. Після виконання трансректальної міні-лапаротомії післяопераційних гриж не спостерігали. Враховуючи високий відсоток конверсій при різних формах хронічного склеротичного калькульозного холециститу, в 2004 році був розроблений спосіб лапароскопічної холецистектомії при хронічному склеротичному холециститі (Деклараційний патент на корисну модель №10364).

У групі хворих, де післяопераційні грижі, евісцерації та евентрації розвинулись внаслідок конверсій, їх ліквідували завдяки застосуванню полі-

пропіленових імплантатів з обов'язковим висіченням у ділянці післяопераційної рани нориць та рубцево змінених тканин. Рецидиву захворювання та летальних випадків не спостерігали.

**Висновки.** Розвиток ПДПЧС після лапароскопічних втручань у хворих похилого та старечого віку зумовлений в основному погрішностями при пластиці передньої черевної стінки без урахування вікових інволюційних процесів та наявності інфекції в ній. Для попередження їх розвитку необхідно виконувати ультразвукове та комп'ютерне томографічне дослідження анатомічних структур передньої черевної стінки. Враховуючи їх результати, можливе прийняття рішення щодо застосування пластики передньої черевної стінки поліпропіленовим імплантатом в доопераційному періоді. Запропоновані способи пластики троакарних отворів, що попереджують розвиток ПДПЧС, при виконанні конверсій рекомендуємо застосовувати міні-лапаротомний трансректальний доступ. Наявність післяопераційних гриж, евісцерацій та евентрацій у хворих похилого та старечого віку є абсолютним показанням до оперативного лікування.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Борисов А.Е., Митин С.Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – Том 165, № 4. – С. 20–22.
2. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Гараев В.Н. и др. Профилактика и лечение эвентраций после релапаротомии // Хирургия. – 2001. – № 12. – С. 14–17.
3. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеолапароскопические операции в хирургии и гинекологии. – К.: Здоров'я, 2000. – 304 с.
4. Ничитайло М.Е., Рубцов Н.Л., Конев В.Г. и др. Причины и способы завершения конверсии при лапароскопической холе-

5. Оскертгов В.И., Литвинов О.М., Скрипчина О.В. Основные причины возникновения троакарных грыж после видеолапароскопической холецистектомии // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 65–66.
6. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Эвисцерация: причины, профилактика, лечение // Клінічна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 47–51.
7. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., Тимошин А.Д. Первый опыт герниопластики по методике I. Lichtenstein // Анналы хирургии. – 1998. – № 5. – С. 49–52.

Отримано 15.09.10