



С.А. Миронов<sup>1</sup>, І.С. Ходзінський<sup>1</sup>, М.М. Білан<sup>2</sup>

## МАЛОІНВАЗИВНА ГЕРНІОПЛАСТИКА ПРИ ТРОАКАРНИХ ТА КОНТРАПЕРТУРНИХ ГРИЖАХ З ТРАНСКУТАННОЮ ФІКСАЦІЄЮ: ПЕРШИЙ ДОСВІД

<sup>1</sup>Коропська центральна районна лікарня,

<sup>2</sup>Ічнянська центральна району лікарня

**Ключові слова:** троакарна грижа, алотрансплантат, транскутанна фіксація.

**Ключевые слова:** троакарная грыжа, аллотрансплантат, транскутанная фиксация.

**Key words:** trocar site hernia, allograft, transcutaneous fixation of mesh.

Розглянуто результати лікування 12 хворих. Усі хворі в минулому перенесли лапароскопічну холецистектомію. Грижі виникли у місці введення 10-міліметрового троакара в параумбілікальній ділянці. Усіх хворих прооперовано в плановому порядку, виконано герніопластику з використанням поліпропіленового алотрансплантату за методикою «sublay» малоінвазивним доступом із транскутанною фіксацією алопротезу. Ускладнень не було. За час спостереження рецидивів не виявлено.

Рассмотрены результаты лечения 12 больных. Все больные в прошлом перенесли лапароскопическую холецистектомию. Грыжи возникли в местах введения 10-миллиметрового троакара в параумбиликальной области. Все больные были прооперированы в плановом порядке, выполнена герниопластика с использованием полипропиленового аллотрансплантата по методике «sublay» малоинвазивным доступом с транскутанной фиксацией протеза. Осложнений не было. За время наблюдения рецидивов не выявлено.

The results of treatment of trocar site hernias in 12 patients are reviewed in the article. All patients previously underwent laparoscopic cholecystectomy. Trocar hernia occurred at the site of 10-mm trocar introduction in paraumbilical area. All patients underwent elective hernioplasty using mesh allograft sublay patch through minimally invasive access with transcutaneous fixation. There were no complications. There were no recurrences during observation.

Першу лапароскопічну холецистектомію виконано в 1987 році Mouret [1], подальше широке впровадження в практику лапароскопії зробило переворот у сучасній абдомінальній хірургії. Це зумовлено використанням невеликих розрізів черевної стінки, що характеризуються низьким за інтенсивністю післяопераційним болем, швидким відновленням працездатності і, що найголовніше, значним зниженням частоти виникнення післяопераційних вентральних гриж у порівнянні з традиційним лапаротомним доступом [2,3].

Перше повідомлення про виникнення грижі в місці введення троакару у червну порожнину зробив Fear у 1968 році [4], в той час лапароскопія використовувалась з діагностичною метою в гінекології. Перше подібне повідомлення в хірургії травного тракту було у 1991, автори спостерігали тонкокишкову непрохідність як результат защемлення троакарної грижі невдовзі після лапароскопічної холецистектомії [5]. З того часу було багато публікацій, присвячених цій тематиці, проведено дослідження з метою встановлення точних даних щодо розповсюдженості та визначення факторів ризику виникнення подібних ускладнень. Так, вірогідність виникнення троакарних гриж становить у середньому 0,74% і коливається залежно від типу виконаної операції (від 0,57% при баріатричних втручаннях і до 1,47% в лапароскопічній колоректальній хірургії) [6]. Виявлено наступні фактори ризику виникнення троакарних гриж: жіноча стать, вік пацієнтів, ожиріння та тривалість втручання [7]. Враховуючи подальше поширення в хірургії лапароскопічної методики, навіть така невелика кількість виникнення троакарних гриж заслуговує уваги практичних хірургів. Розвиток даного ускладнення зумовлює необхідність виконання повторного втручання,

травматичність якого нерідко більша за саму лапароскопічну холецистектомію. За даними аналізу останніх досліджень та публікацій, у сучасній хірургії для лікування троакарних гриж застосовують герніопластику поліпропіленовою сіткою способом «onlay», що значно знижує частоту рецидивів, але часто ускладнюється розвитком сером і нагноєнь [8,9]. З метою досягнення хорошого косметичного та функціонального результату нами на базі Коропської ЦРЛ була запропонована та апробовано власну методику лікування таких гриж. Її сутність полягає у використанні малоінвазивної методики зі збереженням основних принципів герніопластики типу «sublay», що значно знижує частоту виникнення сером і нагноєнь післяопераційної рани [8].

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З липня до грудня 2010 року на базі хірургічного відділення Коропської центральної районної лікарні прооперовано 12 хворих (чоловіків було 2, жінок – 10) віком від 42 до 69 років з післяопераційними вентральними грижами. У 10 хворих грижі виникли після лапароскопічної холецистектомії з приводу гострого або хронічного калькульозного холециститу у місці введення 10-міліметрового троакара в параумбілікальній ділянці над пупком. Грижове вип'ячування виникало у верхньому куті рани, що пов'язано з недостатнім візуальним контролем та технічними труднощами під час зашивання дефекту білої лінії. У двох пацієнтів грижі виникли в місці дренажних контрапертур у правій клубовій ділянці (оперативні втручання з приводу розлитого перитоніту різного генезу). Появу грижового вип'ячування відзначено у строк від 4 до 10 місяців після операції. В усіх пацієнтів мали місце



вправні післяопераційні грижі. Розміри грижових воріт за класифікацією J.P. Chevrel (1999) становили:  $W_1$  – у 9 пацієнтів (75%),  $W_2$  – у 3 (25%). Із супутніх захворювань в усіх пацієнтів відзначено ожиріння 2–3 ступеня, цукровий діабет 2 типу – у 2 (16,7%). При виборі даного методу герніопластики керувались наступними критеріями:

- невеликий розмір грижових воріт (до 6 см);
- незадовільний стан тканин передньої черевної стінки, що унеможливило використання аутопластичних методів;
- грижі після перенесеної лапароскопічної холецистектомії мають бути кореговані малоінвазивно.

Усі операції виконували планово, у 7 випадках під ендотрахеальним наркозом, у 5 – під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїну. Усім хворим виконано герніоалопластику поліпропіленовою сіткою методом «sublay». Величина оперативного доступу була мінімально необхідною для обробки грижового мішка та проведення пальцевої ревізії навколишніх тканин. Старий рубець висікали, виділяли грижовий мішок до воріт, які за можливості, не розширювали; апоневроз не мобілізували від підшкірної клітковини. Грижовий мішок розкривали, виконували його ревізію, після чого прошивали та відсікали. Парієтальну очеревину мобілізували від країв грижових воріт на 5–6 см по периметру. В утвореному субапоневротичному просторі виконували пальцеву ревізію білої лінії та навколишніх тканин передньої черевної стінки з метою визначення її стану та міцності для вибору адекватного розміру алопротезу. Використовували поліпропіленові сітки розмірами 6×6, 8×8 см з фіксацією 4–6 поліпропіленовими лігатурами по периметру. Лігатури з субапоневротичного простору проводили через м'язово-апоневротичні тканини, підшкірну клітковину та шкіру у місцях, що відповідали розмірам обраного алопротезу. Вузли формували зі сторони шкіри і занурювали у м'які тканини через окремі розрізи розмірами 2–3 мм і затягували до апоневрозу. Апоневроз над алопротезом зводили край у край окремими вузловими поліпропіленовими швами, рану пошарово зашивали. У випадках середніх гриж підшкірну клітковину дренивали. Усім хворим у передопераційному періоді розпочинали антибіотикопрофілактику цефалоспорином третього покоління з тривалістю до двох діб після втручання. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень використовували низькомолекулярні гепарини протягом 3 діб. З метою знеболення у перші дві доби використовували декскетопрофен 50 мг через кожні 8 год. Хворих активізували в кінці першої доби. У жодному випадку не спостерігали появу сером, нагноєнь, лігатурних нориць. Тривалість перебування в стаціонарі становила від 3 до 8 днів. При спостереженні протягом шести місяців рецидивів не виявлено, усі прооперовані задоволені косметичним ефектом.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Вентральні грижі після лапароскопічної холецистектомії виникають у параумбілікальній ділянці, де проводиться видалення жовчного міхура з додатковим розширенням троакарного отвору та неадекватним його зашиванням. Частіше це спостерігається у хворих з ожирінням, цукровим діабетом та після раннього (до 2 місяців) значного фізичного навантаження. У випадку контрапертурних гриж причиною їх виникнення є неправильно обрана локалізація, напрям і розмір контрапертури, а також внаслідок нагноєння.

Запропонований спосіб двічі використовувався з профілактичною метою можливої появи грижі. Так, під час лапароскопічної холецистектомії, після видалення жовчного міхура з черевної порожнини, при ревізії параумбілікального троакарного доступу виявлено слабкість білої лінії живота та значний діастаз прямих м'язів. У цих хворих виконано герніопластику за описаною методикою. При подальшому спостереженні в обох випадках результат задовільний.

## ВИСНОВКИ

1. Тенденція сучасної хірургії – зменшення операційної травми шляхом використання малих за розмірами доступів.
2. Запропонована методика герніопластики може бути методом вибору при троакарних грижах зі збереженням принципу малоінвазивності та позитивним косметичним ефектом.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Rosen M. Minimally invasive surgery / Rosen M., Ponsky J. // Endoscopy. – 2001. – №33. – P. 358–366.
2. Бебуривили А.Г. Вентральные грыжи после лапароскопической холецистэктомии / Бебуривили А.Г., Земцов Р.В., Зюбина Е.Н., Лозовой А.В. // Эндоскоп. хир. – 2004. – №1. – С. 20.
3. Rabinerson D. Incisional hernias after laparoscopy / Rabinerson D., Avrech O., Neri A., Schoenfeld A. // Obstet Gynecol Surv. – 1997. – №52. – P. 701–703.
4. Fear R.E. Laparoscopy: a valuable aid in gynecologic diagnosis / Fear R.E. // Obstet Gynecol. – 1968. – №31. – P. 297–309.
5. Maio A. CT diagnosis of post laparoscopic hernia / Maio A., Ruchman R.B. // J Comput Assist Tomogr. – 1991. – №15. – P. 1054–1055.
6. A systematic review of laparoscopic port site hernias in gastrointestinal surgery / M. Owens, M. Barry, A.Z. Janjua and D.C. Winter. // The Surgeon. – 2011. – Vol. 9, Issue 4. – P. 218–224.
7. Trocar site hernia after laparoscopic cholecystectomy / Uslu H.Y., Erkek A.B., Cakmak A., Kepenekci I., Sozener U., Kocaay F.A., Turkcapar A.G., Kuterdem E. // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2007. – №17 (5). – P. 600–603.
8. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
9. Результаты лечения троакарных грыж в плановой и экстренной хирургии / Хатьков И.Е., Ходос Г.В., Захарова Е.Г., Курмансеитова Л.И., Махонина Е.М. // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – №3. – С. 6–8.

### Відомості про авторів:

Миронов С.А., зав. хірургічним відділенням Коропської ЦРЛ.

Ходзінський І.С., лікар-інтерн третього року навчання, НМАПО ім. П.Л. Шупика, Коропська ЦРЛ.

Білан М.М., лікар-інтерн третього року навчання, НМАПО ім. П.Л. Шупика, Ічнянська ЦРЛ.

### Адреса для листування:

Ходзінський Іван Степанович, Чернігівська область, Коропський район, пров. Польовий, 36

Тел.: (097) 544 95 42.

E-mail: vanokhod@ukr.net