DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-07

УДК: 616.381-007.43-089.844-089.819

ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАРАКОЛОСТОМІЧНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Пархоменко К. Ю.

Харківський національний медичний університет (проспект Науки, 4, м. Харків, Україна, 61000)

Відповідальний за листування:
e-mail: pku70@ukr.net

Статтю отримано 20 серпня 2020 р.; прийнято до друку 24 вересня 2020 р.

Анотація. Мета дослідження - вивчити технологічні особливості та результати симультанної лапароскопічної герніопластики параколомостомічних гриж при наявності поєднаної абдомінальної патології. Були проаналізовані результати оперативного лікування 11 пацієнтів (4 (36%) жінок і 7 (64%) чоловіків віком від 42 до 69 років) із параколомостомічними грижами, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР "ОКЛ" з 2016 по 2020 роки. Клініко-анамнестично та інструментально даних за пролонгацію онкологічного захворювання виявлено не було у всіх пацієнтів. Із 11 пацієнтів, окрім параколомостомічної грижі, у 3 (27%) були наявні пахові грижі, у 8 (73%) - післяопераційні вентральні грижі. У 3 (27%) пацієнтів із грижами мав місце ще холецистолітіаз. Усім хворим була виконана лапароскопічна герніоалопластика параколомостомічної грижі. Троє пацієнтів симультанно була виконана також TAPP з приводу пахових гриж, а 1 хворому - лапароскопічна холецистектомія та TAPP. Шести пацієнтам із післяопераційними вентральними грижами симультанно виконувалась IPOM за стандартними методиками, а 2 - за власною методикою. Із вказаних вище, 2 хворим, що страждали на холецистолітіаз, окрім герніоалопластик була виконана лапароскопічна холецистектомія. У 4 (36%) пацієнтів додатково було здійснено вісцероліз у зв'язку з наявністю вираженого злуккового процесу у черевній порожнині. Суттєвого впливу на розвиток ускладнень та тривалість госпіталізації симультанних герніоалопластик TAPP та IPOM, а також лапароскопічної холецистектомії виявлено не було. Середня тривалість стаціонарного лікування становила 9,2 ліжко-дня. Дослідження доводить доцільність широкого виконання симультанних оперативних втручань з приводу гриж передньої черевної стінки, а також надання переваги лапароскопічним методам.

Ключові слова: параколомостомічна грижа, поєднана абдомінальна патологія, герніопластика.

Вступ

Неухильне старіння населення планети (згідно даних ВООЗ), прямопропорційно впливає на збільшення кількості пацієнтів із поєднаною патологією. Хірургічна патологія не є винятком у даному випадку. Від 20 до 30% хірургічних пацієнтів страждають на два та більше поєднаних захворювань черевної стінки, черевної порожнини та позаочеревинного простору, що потребують оперативного лікування. Можливість під час проведення одного втручання позбавитись від декількох захворювань є привабливою для пацієнтів, бо значно скорочує фінансові витрати на лікування, та давно є темою активних дискусій серед практикуючих хірургів [3, 5, 7].

Одним із найбільш розповсюджених прикладів поєднаної патології, що потребує оперативного лікування, є грижі різної локалізації, за наявності яких нерідко виявляють іншу патологію черевної порожнини. Слід сказати, що кількість пацієнтів із грижами неухильно зростає із року в рік ще й тому, що збільшується кількість оперативних втручань на органах черевної порожнини, які виконуються з приводу різноманітних захворювань. Так, внаслідок різних (екологічних, соціально-економічних, генетичних, тощо) причин щорічно за даними ВООЗ зростає кількість хворих на рак товстої кишки, і зараз становить близько 510 000 випадків на рік. Навіть при своєчасному зверненні до хірурга та можливості опера-

тивного лікування втручання може завершитись накладанням стоми на передню черевну стінку. Звичайно, якщо в подальшому лікування онкологічного захворювання завершується успішно та відсутні ознаки його пролонгації, у ряда пацієнтів можливе виконання реконструктивної операції. Проте, на жаль, не завжди є всі технічні умови для виконання успішної реконструкції (не вистачає довжини культі для формування анастомозу). Будь-яка соціально розвинена людина усвідомлює, що стома значно погіршує якість життя, навіть при відсутності пролонгації онкологічної патології. У 30-78% стомованих пацієнтів зустрічається параколомостомічна грижа [9], яка ще більше погіршує якість життя, та може викликати біль, труднощі при прикріпленні калоприймача, странгуляцію петель кишківника та ін. (рис. 1). Так, не менше 30% пацієнтів із параколомостомічною грижею потребують оперативного лікування [2, 6].

Метою дослідження було вивчити технологічні особливості та результати симультанної лапароскопічної герніопластики параколомостомічних гриж при наявності поєднаної абдомінальної патології.

Робота виконана в рамках планової науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету "Розробка хірургічних технологій діагностики та лікування захворювань і травм органів травної системи із використанням гібридних (відкри-

Рис. 1. Параколомостомічна грижа, що значно погіршує якість життя та робить майже неможливим прикріплення калоприймача.

тих та мініінвазивних) операцій" (державний реєстраційний номер 0119U002909).

Матеріали та методи

Були проаналізовані результати оперативного лікування 11 пацієнтів із параколомостомічними грижами, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР "ОКЛ" з 2016 по 2020 роки, з них - жінок - 4 (36%), чоловіків - 7 (64%) віком від 42 до 69 років. Клініко-анамнестично та інструментально даних за пролонгацію онкологічного захворювання виявлено не було у всіх пацієнтів. З моменту стомування минуло у середньому від 4 років і 6 місяців до 6 років (пацієнти зняті з онкологічного обліку). У 10 пацієнтів мала місце сигмостома, у 1 - трансвезостома.

Із 11 пацієнтів, окрім параколомостомічної грижі, у 3 (27%) були наявні пахові грижі (за класифікацією L.M. Nyhus [10]: II типу - у 2 пацієнтів та III типу - у 1 пацієнта), у 8 (73%) - післяопераційні вентральні грижі (W2-3), причому в трьох випадках невправимі. У 3 (27%)

пацієнтів із грижами (у 1 - із параколомостомічною та паховою, у 2 - із параколомостомічними та післяопераційними вентральними) мав місце ще холециститаз.

Усім хворим була виконана лапароскопічна герніопластика параколомостомічної грижі (рис. 2, 3).

Трьом пацієнтам симультанно була виконана також трансабдомінальна передочеревинна герніопластика (trans-abdominal preperitoneal plastic - TAPP) з приводу пахових гриж, а 1 хворому - лапароскопічна холецистектомія та TAPP. Шести пацієнтам із післяопераційними вентральними грижами симультанно виконувалась внутрішньочеревна фіксація протезу (intraperitoneal onlay mesh - IPOM) за стандартними методиками, а 2 - за власною методикою. Із вказаних вище, 2 хворим, що страждали на холелітіаз, окрім герніопластик була виконана лапароскопічна холецистектомія. У 4 (36%) пацієнтів додатково було здійснено вісцероліз у зв'язку з наявністю вираженого злукового процесу у черевній порожнині [1, 4, 8].

У передопераційному періоді всі хворі були обстежені згідно існуючим протоколам: загальноприйняті лабораторні та біохімічні дослідження крові; інструментальні дослідження: електрокардіографія, спірометрія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини, дослідження функції зовнішнього дихання, мультиспіральна комп'ютерна томографія; консультації суміжних спеціалістів.

Результати. Обговорення

Показаннями до операції з приводу параколомостомічної грижі були біль у ділянці випинання; значна деформація передньої черевної стінки, яка робила не можливою герметичність та правильність прикріплення калоприймача; порушення функціонування стоми внаслідок грижі.

У 2 пацієнтів під час вісцеролізу спостерігалась помірна кровотеча, яка була зупинена електрокоагуляцією. Необхідності у конверсії та інших особливостей не було.

У післяопераційному періоді в одному випадку спостерігалась гематома калитки, яка не потребувала додаткових хірургічних маніпуляцій, та в одному - запалення троакарної рани, яке ліквідовано консервативно.

Суттєвого впливу на розвиток ускладнень та тривалість госпіталізації симультанних герніопластик TAPP та IPOM, а також лапароскопічної холецистектомії виявлено не було. Середня тривалість стаціонарного лікування становила 9,2 ліжко-дня.

Рис. 2, 3. Етапи лапароскопічної герніопластики параколомостомічної грижі.

У розвитку параколомостомічної грижі мають значення всі ті фактори, що й у розвитку вентральної грижі: нагноєння післяопераційної рани, наявність цукрового діабету, підвищене фізичне навантаження після операції, ожиріння, блювання чи закрепи. Ще декілька років назад оперативне лікування параколомостомічної грижі було можливе лише за рахунок власних тканин та транспозиції стоми, що у 50% (за даними літератури) призводило до гнійно-септичних ускладнень та рецидивів. Зараз здебільшого виконується пластика аллотрансплантатом, причому технічні можливості дозволяють вдосконалити її за рахунок лапароскопії, що дозволило скоротити можливість виникнення ускладнень до 8% [2, 6].

Безпосередні результати алопластики параколомостомічних гриж одночасно з герніопластикою гриж іншої локалізації свідчать про доцільність симультанних операцій. У таких випадках відеолапароскопічні методики дають можливість гарної візуалізації та широкий простір для оперативних дій. У пацієнтів, які раніше лікувалися з приводу онкологічного захворювання черевної порожнини, це ще й можливість додатково переконатися у

відсутності пролонгації або рецидиву онкопатології.

Висновки та перспективність подальших розробок

1. Дослідження доводить доцільність широкого виконання симультанних оперативних втручань з приводу гриж передньої черевної стінки, а також надання переваги лапароскопічним методикам. Таким чином пацієнт запобігає ризику повторного оперативного втручання та загального знеболення.

На жаль, зараз кількість симультанних операцій в абдомінальній хірургії, зокрема, при герніопластиках гриж різної локалізації, значно менша, ніж розповсюдженість поєднаної патології, яка вимагає хірургічного лікування. Вивчення технічних особливостей таких операцій із застосуванням лапароскопічного доступу або гібридних операцій, їх вплив на безпосередні та віддалені результати, уніфікація доступів для отримання оптимальних умов для здійснення кількох оперативних втручань на різних органах є перспективним напрямком подальших досліджень.

Список посилань

1. Ачкасов, Е. Е., & Мельников, П. В. (2015). Современные тенденции в хирургии паховых грыж: мировая практика. *Хирургия*, 10, 88-93.
2. Гончаров, А. Л., Разбирин, В. Н., Шалаева, Т. И., Чернер, В. А., Разбирин, Д. В., Гурова, О. В., & Асланян, А. С. (2016). Профилактика параколомостомической грыжи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 10, 52-56. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161052-56>
3. Кригер, А. Г., Федоров, А. В., & Колыгин, А. В. (2013). *Медико-экономический стандарт сочетанных операций. Общероссийская Общественная Организация "Российское общество хирургов"*. Взято с <http://www.xn----9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn--p1ai/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yeconomicheskii-standart-sochetanyh-operacii.html>
4. Сажин, А. В., Климиашвили, А. Д., & Кочияй, Э. Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная и тотальная экстраперитонеальная паховая герниопластика, преимущества и недостатки. *Российский медицинский журнал*, 21 (6), 46-49. Взято с <https://cyberleninka.ru/article/n/laparoskopicheskaya-transabdominalnaya-preperitonealnaya-i-totalnaya-ekstraperitonealnaya-pahovaya-gernioplastika-preimushchestva>
5. Тимебулатов, В. М., Мехдиев, Д. И., Тимебулатов, Ш. В., Сагитов, Р. Б., Ямапов, Р. А., & Гайнулина, Э. Н. (2016). Симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 3, 40-44. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016340-44>
6. Фролов, С. А., Родоман, Г. В., Москалев, А. И., Калашникова, И. А., & Голубева, М. Ю. (2017). Предоперационная маркировка и отдаленные осложнения кишечных стом. В Актуальные вопросы колопроктологии, Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. *Колопроктология*, 3 (61) (приложение), 89-90. Взято с <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj7zbN0ZenuAhVlwsKHW5BCBMQFjAlegQIDxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ruproctology.com%2Fjour%2Farticle%2Fdownload%2F1475%2F1475&usg=AOvVaw3HvCogmsN5ugy43dxcmitz>

7. Aquina, C. T., Iannuzzi, J. C., Probst, C. P., Kelly, K. N., Noyes, K., Fleming, F. J., & Monson, J. R. T. (2014). Parastomal Hernia: A Growing Problem with New Solutions. *Dig. Surg.*, 31, 366-376. <https://doi.org/10.1159/000369279>
8. Ece, I., Yilmaz, H., Yormaz, S., & Sahin, M. (2017). Clinical outcomes of single incision laparoscopic surgery and conventional laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair. *J. Minim. Access Surg.*, 13 (1), 37-41. doi: 10.4103/0972-9941.181394
9. Kalpesh, J. (2010). Laparoscopic paracolostomy hernia repair: a retrospective case series at a tertiary care center. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.*, 20 (6), 395-8. doi: 10.1097/SLE.0b013e3182009ae7
10. Nyhus, L. M. (2004). Classification of groin hernia: milestones. *Hernia*, 8 (2), 87-88. doi: 10.1007/s10029-003-0173-6

References

1. Achkasov, E. E., & Melnikov, P. V. (2015). Sovremennyye tendentsii v hirurgii pahovyih gryj: mirovaya praktika [Modern trends in inguinal hernia surgery: world practice]. *Hirurgiya - Surgery*, 10, 88-93.
2. Goncharov, A. L., Razbirin, V. N., Shalaeva, T. I., Cherner, V. A., Razbirin, D. V., Gurova, O. V., & Aslanian, A. S. (2016). Profilaktika parakolostomicheskoy gryji [Prevention of paracolostomy hernia]. *Hirurgiya. Jurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 10, 52-56. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161052-56>
3. Kriger, A. G., Fedorov, A. V., & Kolygin, A. V. (2013). Mediko-ekonomicheskii standart sochetannyh operatsiy [Medical and economic standard of combined operations]. *Obscherossiyskaya Obschestvennaya Organizatsiya "Rossiyskoe obshchestvo hirurgov"* [All-Russian Public Organization "Russian Society of Surgeons"]. Vzyato s <http://www.xn----9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn--p1ai/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yeconomicheskii-standart-sochetanyh-operacii.html>
4. Sajin, A. V., Klimiashvili, A. D., & Kochiy, E. Laparoskopicheskaya transabdominalnaya preperitonealnaya i totalnaya ekstraperitonealnaya pahovaya gernioplastika, preimushchestva i nedostatki [Laparoscopic transabdominal

- preperitoneal and total extraperitoneal inguinal hernioplasty, advantages and disadvantages]. *Rossiyskiy meditsinskiy jurnal - Russian medical journal*, 21 (6), 46-49. Vzyato s <https://cyberleninka.ru/article/n/laparoskopicheskaya-transabdominalnaya-preperitonealnaya-i-totalnaya-ekstraperitonealnaya-pahovaya-gernioplastika-preimuschestva>
5. Timerbulatov, V. M., Mehdiyev, D. I., Timerbulatov, SH. V., Sagitov, R. B., YAmalov, R. A., & Gaynullina, E. N. (2016). Simultannyye operativnyie vmeshatelstva na organah bryushnoy polosti i zabryushinnogo prostranstva [Simultaneous surgical interventions on the organs of the abdominal cavity and retroperitoneal space]. *Hirurgiya. Jurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 3, 40-44. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016340-44>
 6. Frolov, S. A., Rodoman, G. V., Moskalev, A. I., Kalashnikova, I. A., & Golubeva, M. YU. (2017). Predoperatsionnaya markirovka i otdalennyye oslojneniya kishechnykh stom. V Aktualnyie voprosy koloproktologii, Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mejdunarodnyim uchastiem [Preoperative labeling and long-term complications of intestinal stomas. In Topical issues of coloproctology, Materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 3 (61) (appendix), 89-90. Vzyato s <https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj7zbnOzenuAhVlwlsKHW5BCBMQFjAlegQIDxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ruproctology.com%2Fjour%2Farticle%2Fdownload%2F1475%2F1475&usg=AOvVaw3HvCgomsN5ugy43dxcmitz>
 7. Aquina, C. T., Iannuzzi, J. C., Probst, C. P., Kelly, K. N., Noyes, K., Fleming, F. J., & Monson, J. R. T. (2014). Parastomal Hernia: A Growing Problem with New Solutions. *Dig. Surg.*, 31, 366-376. <https://doi.org/10.1159/000369279>
 8. Ece, I., Yilmaz, H., Yormaz, S., & Sahin, M. (2017). Clinical outcomes of single incision laparoscopic surgery and conventional laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair. *J. Minim. Access Surg.*, 13 (1), 37-41. doi: 10.4103/0972-9941.181394
 9. Kalpesh, J. (2010). Laparoscopic paracolostomy hernia repair: a retrospective case series at a tertiary care center. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.*, 20 (6), 395-8. doi: 10.1097/SLE.0b013e3182009ae7
 10. Nyhus, L. M. (2004). Classification of groin hernia: milestones. *Hernia*, 8 (2), 87-88. doi: 10.1007/s10029-003-0173-6

FEATURES OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY OF PARACOLOSTOMY HERNIAS IN PATIENTS WITH COMBINED ABDOMINAL PATHOLOGY

Parkhomenko K. Yu.

Annotation. The aim of the study is to study the technological features and results of simultaneous laparoscopic hernioplasty of paracolostomy hernias in the presence of combined abdominal pathology. We analyzed the results of surgical treatment of 11 patients with paracolostomy hernias who were treated in the surgical department of the Municipal non-commercial enterprise of the Kharkov regional council "Regional Clinical Hospital" from 2016 to 2020, of whom - women - 4 (36%), men - 7 (64%), aged from 42 to 69 years old. Clinical, anamnestical and instrumental data for the prolongation of cancer were not identified in all patients. Out of 11 patients, in addition to paracolostomy hernia, 3 (27%) had inguinal hernias, 8 (73%) had postoperative ventral hernias. 3 (27%) patients with hernias also had cholecystolithiasis. All patients underwent laparoscopic hernioalloplasty of paracolostomy hernia. 3 patients underwent simultaneous TAPP for inguinal hernias, and 1 patient underwent laparoscopic cholecystectomy and TAPP. 6 patients with incisional ventral hernias underwent simultaneous IPOM according to the standard method, and 2 - according to the own method. Of the above, 2 patients suffering from cholecystolithiasis, in addition to hernioalloplasty, underwent laparoscopic cholecystectomy. In 4 (36%) patients, viscerolysis was additionally performed due to the presence of an adhesive process in the abdominal cavity. Simultaneous hernioalloplasty TAPP and IPOM, as well as laparoscopic cholecystectomy, had no significant effect on the development of complications and the duration of hospitalization. The average length of inpatient treatment was 9.2 bed-days. The study proves the expediency of widespread simultaneous surgical interventions for hernias of the anterior abdominal wall, as well as the preference for laparoscopic techniques.

Keywords: paracolostomy hernia, combined abdominal pathology, hernioplasty.