



О. О. Воровський,  
В. О. Шапринський,  
Е. В. Шапринський,  
І. М. Садик

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

## ВИБІР СПОСОБУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРАКОЛОСТОМІЧНОЇ ГРИЖІ У ХВОРИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ

**Резюме.** Метою роботи було вирішення проблеми попередження та вибору способу оперативного лікування параколомостомічної грижі у хворих з ожирінням.

**Матеріали та методи досліджень.** Проаналізовані результати лікування 56 (100,0 %) хворих з ожирінням прооперованих із приводу параколомостомічних гриж. За статтю чоловіки становили 27 (56,2 %) осіб, жінки – 29 (29,0 %). В усіх хворих цієї вікової категорії, крім ожиріння, мала місце поєднана супутня патологія: атеросклеротичний і постінфарктний кардіосклероз – у 56 (100,0 %) випадках; ХОЗЛ – у 42 (69,6 %); цукровий діабет – у 18 (26,1 %); церебросклероз – у 17 (24,6 %). Хірургічне лікування ПКСГ виконували за 3 методами: алогерніопластика (алоГП) із залишенням колостоми на колишньому місці, що було проведено 16 (29,0 %) хворим; алоГП з переміщенням колостоми на нове місце – 22 (52,2 %) особам; 18 (18,2 %) – малоінвазивні методи із них 8 (11,6 %) – лапароскопічно-асистованим способом. Середня тривалість лапароскопічної ГП склала  $65,5 \pm 5,5$  хв., при «відкритих» способах –  $(45,5 \pm 5,5)$  хв.

**Результати досліджень.** Проведено аналіз результатів лікування ПКСГ за 3-ма різними методами, де за кількістю хворих групи були ідентичні між собою. За тривалістю операції лапароскопічний метод алоГП був триваліший, потребував застосування загального знеболення та пневмоперитонеума, що можуть стати причиною розвитку ряду небезпечних ускладнень. 2 інші позаочеревинні методи алоГП більш шадні, можуть бути виконанні під спинальною чи епідуральною анестезіями. Проте, саме при даних методах алоГП високий ризик розвитку ускладнень місцевого характеру.

**Висновки.** При лікуванні параколомостомічних гриж у хворих із ожирінням найкращі результати були отримані при лапароскопічній алогерніопластичі. При виведенні колостоми у хворих похилого та старечого віку рекомендовано превентивне алопротезування.

**Ключові слова:** параколомостомічна грижа, ожиріння, аологерніопластика.

### Вступ

Хірургічне лікування післяопераційних гриж черевної стінки залишається незважаючи на значний прогрес в діагностиці та хворих з надлишковою масою тіла цей відсоток значно збільшується [4]. В Україні ожиріння відзначають у 28,5 % пацієнтів, надмірну вагу тіла – у 48 % [2]. Грижа черевної стінки зазвичай пов'язана з ожирінням [9]. Супутнє ожиріння призводить до збільшення розмірів дефекту, розвитку гігантських гриж, які асоціюються зі ще більшою інвалідністю хворих. Комбінація післяопераційної вентральної грижі та ожиріння формує категорію «складних гриж», наявність яких часто змушує відмовлятися від виконання оперативного втручання навіть досвідчених хірургів [3]. Тому що, при

даній ситуації очікуємо незадовільні результати і за високої частоти розвитку гнійно-запальних ускладнень у післяопераційній рані – до 49,2 % випадків. Нагноєння післяопераційних ран обумовлює високу частоту рецидивів захворювання, які сягають, за даними різних авторів, 14-50 %, а після повторних операцій спостерігається збільшення їх кількості від 65 до 80 % [4]. При надлишковій масі тіла відбувається відкладання жирової клітковини у нижній частині живота, що призводить до формування шкірно-жирового «фартуха» («відвислого живота») та створює труднощі для виведення стоми, сприяє розвитку дефекту в даній ділянці (грижа, евентрація). У пацієнтів, де індекс маси тіла більше 30 кг / м, значно частіше спостерігаються некроз шкіри, рецидив грижі



та повторні операції порівняно з підгрупами де даний показник нижчий [1].

Створення стоми — поширена процедура в колоректальній хірургії. Незважаючи на вдосконалені хірургічні методи, ускладнення, пов'язані зі стомією, можуть подовжити період відновлення та погіршити якість життя [6]. Найчастішим довготривалим ускладненням після утворення стоми є параколомостомальна грижа (ПКСГ), яка, на думку деяких авторів, практично неминуха [5]. На розвиток даної патології безперечно впливають такі критерії як ожиріння, розташування стоми та розмір дефекту черевної стінки. Симптоми даної патології можуть проявлятися від легкого болю в животі, виділень з дефекту до проявів обструкції та стенозу. Лікування даної хвороби тільки оперативне, навіть незважаючи на використання сітки рецидиви захворювання сягають до 26 %. Середня тривалість без рецидивного періоду становила 3,9 року [8].

Для зменшення ризику розвитку дефекту в місці стоми багато авторів пропонують профілактичну імплантацію протезу. Були випробувані різні методи профілактики, включаючи декілька сітчастих методик. При порівнянні досліджуваних груп не було зафіксовано суттєвих відмінностей щодо ранових інфекцій або інфекцій в ділянці стоми [7]. Вважають за можливим проводити дане лікування, як «відкритим» способом, так і лапароскопічним або лапароскопічно-відкритим підходами за допомогою внутрішньочеревних методик [10].

Таким чином, проблема попередження та вибору способу оперативного лікування ПКСГ далека від вирішення.

#### Матеріали та методи досліджень

В окрему групу виділили 56 (100,0 %) хворих з ожиріння прооперованих з приводу ПКСГ. За статтю чоловіки становили 27 (56,2 %) осіб, жінки — 29 (29,0 %). Усі хворі були старшої вікової категорії, вік хворих коливався від 60 до 93 років, середній вік становив  $(76,0 \pm 1,5)$  р.

ПКСГ, за класифікацією J.P. Chevrel, A.M. Rath (SWR-classification, 1999p.), малого розміру ( $W_1$ ) мала місце у 6 (8,7 %) випадках, середнього розміру ( $W_2$ ) — у 40 (57,8 %) пацієнтів, великого ( $W_3$ ) — у 15 (81,2 %), гігантського ( $W_4$ ) — у 4 (5,8 %). У всіх хворих мали місце невідправні грижі, із них у 5 (7,2 %) — симптоми защемлення.

У всіх хворих цієї вікової категорії, крім ожиріння, мала місце наступна поєднана супутня патологія: атеросклеротичний і постінфарктний кардіосклероз — у 56 (100,0 %) випадках; ХОЗЛ — у 42 (69,6 %); цукровий діабет — у 18 (26,1 %); церебросклероз — у 17 (24,6 %).

Із анамнезу захворювання хворим були виконані такі операції: резекція сигморектальної ділянки кишки з виведенням однодульної сигмостоми — 30 (52,2 %) хворим; резекція сигмовидної кишки з виведенням дводульної колостоми — 6 (8,7 %); лівобічна геміколектомія з виведенням трансверзостоми в лівому підбер'ї — 14 (29,0 %), після резекції поперечно-ободової кишки з виведенням цекостоми — 6 (8,7 %).

Хірургічне лікування ПКСГ виконували за 3 методами: алогерніопластика (алоГП) із залишенням колостоми на колишньому місці, що було проведено 16 (29,0 %) хворим; алоГП з переміщенням колостоми на нове місце — 22 (52,2 %) особам; 18 (18,2 %) — малоінвазивні методи із них 8(11,6 %) — лапароскопічно-асистованим способом. Середня тривалість лапароскопічної ГП склала  $(65,5 \pm 5,5)$  хв., при «відкритих» способах —  $(45,5 \pm 5,5)$  хв.

#### Результати досліджень та їх обговорення

У всіх 56 (100 %) пацієнтів клінічним проявом ПКСГ було наявність випинання в ділянці стоми з болем або без неї, здуття живота і нудота — у 60 (87,0 %) хворих. У 10-ти (14,5 %) випадках термінальний відділ стоми був стенозований, при цьому виникала клінічна картина часткової механічної кишкової непрохідності. У 24 (34,8 %) хворих спостерігали тенденцію до защемлення даної грижі, пролапс товстої кишки з її перегином та стенозом просвіту, нориці, наявність евентрації, інші порушення її функції.

Застосовували 3 алопластичні методи ГП способи.

1-й спосіб алоГП (без переміщення колостоми). ГМ (гризовий мішок) розкривали розрізом очеревини на межі з виведеною кишкою звільняючи її від зрощень. Звільняли від рубців і зрощень стомований відділ ободової кишки, внаслідок чого його довжина збільшувалась, що давало можливість сформувати нову колостому. ГМ відсікали, за можливістю частково, при відсутності запальних процесів у ньому, край його очеревини підшивали окремими швами до виведеної кишки на  $\approx 3,0$  см нижче від стомального отвору. Потім очеревину відділяли від задньої стінки апоневрозу черевної стінки не менше ніж на 3,0 см по периметру. Якщо виділити очеревину, не пошкоджуючи її цілісність не вдавалося, розсікався апоневроз внутрішнього косоного м'яза та відділявся від м'яза на вказану відстань навколо стоми, поліпропіленову сітку (ППС) розміщували перитонеально (Stopra). Імплантат фіксували по периметру трансабдомінальними швами для уникнення додаткової травматизації та інфікування підшкірної клітковини. Отвір для стоми

не вирізали, а з латерального боку розсікали його до середини на відстань не менше ніж 5-6 см. У цей розріз розміщували кишку, формували стому під контролем пальця в просвіті кишки, підшиваючи до неї очеревину, апоневроз, ППС, м'яз та шкіру одним швом, де довжина "кроку" до наступного шва становила не більше ніж 1,0 см. Стежили, щоб не було контакту ППС зі стінкою кишки, "страхувалися" дублікатурою залишку ГМ. Обов'язково над протезом через окремих розріз ставили дренаж.

2-й спосіб алоГП (реконструкція колостоми на інше місце). Цей спосіб застосовували при ПКСГ значних розмірів, де апоневроз навколо стоми був атрофічно-дегенеративно змінений з контрактурою м'язів і з їх рубцевим переродженням, що були не придатні для будь-якої пластики. ГМ та низведення стомального відділу товстої кишки виконували описаним вище способом. Потім, висікали рубцево-зміннені тканини навколо старої колостоми, відступивши від цього дефекту на 7 – 10 см в краніальному чи в каудальному напрямі після мобілізації на достатню довжину стомального відділу товстої кишки, створювали "тунель" в передочеревинному просторі, де на кінці нього розсікали шкіру і виводили стомальний відділ товстої кишки у новий сформований отвір черевної стінки. Потім проводили превентивну алопластику дефекту черевної стінки на місці колостоми і грижових воріт.

Встановлені недоліки даних методів: 1-й та 2-й способи передбачають травматизацію всіх шарів черевної стінки; не виключається контакт ППС з вивідною кишкою з подальшим розвитком адгезивно-запальних процесів у ній; незважаючи на наявність дренажу зберігалася ймовірність нагноєння післяопераційної рани. Все це стало передумовою для застосування менш інвазивного 3-го способу ГП – лапароскопічної ГП.

При даному 3-му способі виконували зведення країв грижових воріт без звуження просвіту виведеної кишки; краї листків ППС навколо стомального відділу товстої кишки повинні бути без контакту з нею. Це досягалось таким чином: протез був достатнім за розміром (не менше ніж 5,0 см від краю грижових воріт); виконували розріз імплантата з латерального боку для розташування в ньому ділянки вивідної кишки; фіксували протез «кисетним» швом, кінці якого трансабдомінально виводили наззовні з латерального боку «стоми» через насічку на шкірі, краї листків ППС фіксували дужками навколо вивідної кишки, відступивши від краю грижових воріт  $\approx$  на 0,5 см; по краю грижових воріт фіксували ділянки ГМ чи оче-

ревини, відмежовуючи таким чином поліпропіленовий імплантат від стінки вивідної товстої кишки; виконували ліквідацію грижових воріт під контролем пальця в просвіті кишки шляхом затягнення екстракорпорально «кисетного» шва через насічку на шкірі з латерального боку від стоми, вузол якого фіксували надапоневротично. Цей спосіб провадили хворим з дефектами розміром  $W_1 - W_2$ . Відстежили прямопорційну залежність інтенсивності розвитку злукового процесу не від тривалості грижосійства, а від розмірів грижових воріт; 7 (10,1 %) хворим адгезіолізис, виділення дистального та низведення проксимального відділів стомованої кишки вдалось виконати лапароскопічно; 8 (11,6 %) хворим з дефектом  $W_3$  виконали лапароскопічну алоГП композитною сіткою за внутрішньоочеревинною методикою ІРОМ.

24 хворим було виконано профілактичне використання ППС при формуванні стоми, яким виконали колостомію з постійним кінцем в черевній стінці, де в 15 (21,7 %) впродовж 4–6 років ПКСГ не спостерігали. У 9 (13,0 %) випадках спостереження, не охоплювали трьох річний моніторинг після операції.

В ранньому післяопераційному періоді місцеві гнійно-запальні ускладнення мали місце в 6 (8,7 %) випадках. Із них, у групі хворих зі способом «залишенням колостоми на колишньому місці»: сероми – 3 (4,3 %) та нагноєння післяопераційної рани – 1 (1,4 %); у групі хворих зі способом «реконструкції колостоми на інше місце»: сероми – 3 (1,4 %), лігатурна нориця – 1 (1,4 %). При лапароскопічній ГП з розробленою методикою дані ускладнення не спостерігались. Рецидивів захворювання не спостерігали.

Отже, проведено аналіз результатів лікування ПКСГ за 3-ма різними методами, де за кількістю хворих групи були ідентичні між собою. За тривалістю операції лапароскопічний метод алоГП був триваліший, потребував застосування загального знеболення та пневмоперитонеума, що можуть стати причиною розвитку ряду небезпечних ускладнень. 2 інші позаочеревинні методи алоГП більш щадні, можуть бути виконанні під спинальною чи епідуральною анестезією. Проте, саме при даних методах алоГП високий ризик розвитку ускладнень місцевого характеру.

### Висновки

Таким чином, лікування параколоностомічних гриж у хворих із ожирінням найкращі результати були отримані при лапароскопічній алогерніопластикі. При виведенні колостоми у хворих похилого та старечого віку рекомендовано превентивне алопротезування.



ЛІТЕРАТУРА

1. Воровський О. О. Хірургічна тактика при оперативному лікуванні значних дефектів передньої черевної стінки у хворих похилого та старечого віку з ожирінням / О. О. Воровський // Медичні перспективи. — 2012. — Т. XVII, № 1, ч. 2. — С. 166–168. — ISSN 2307-0404.].
2. Лаврик А. С. Тактика хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння та надлишковою масою тіла / А. С. Лаврик, О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук [та ін.] // Хірургія України. — 2011. — № 3 (39). — С. 128 — 129.
3. Лисенко Р. Б. Модифікована абдомінопластика при хірургічному лікуванні хворих зі скалними дефектами черевної стінки / Р.Б. Лисенко // Хірургія України. — 2016. — № 2. — С. 39–44.
4. Фелештинський Я. П. Післяопераційні грижі живота / Я. П. Фелештинський // К. «Бізнес-Логіка», 2012. — С. 199.
5. Шапринський В.О. Хірургічне лікування та профілактика параколомостомічних гриж у хворих похилого та старечого віку. / Шапринський В.О., Воровський О. О., Садик М. І. // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука, (1), 80-85.
6. Bilgin I.A. Management of Complicated Ostomy Dehiscence A Case Study Bilgin, Ismail Ahmet; Bas, Mustafa; Demir, Sehri; et/all. // Journal of
7. Brandsma H.T. Prophylactic Mesh Placement During Formation of an End-colostomy Reduces the Rate of Parastomal Hernia: Short-term Results of the Dutch PREVENT-trial / Brandsma HT, Hansson BM, Aufenacker TJ, et al. // Ann Surg 2017;265:663-9. [Crossref] [PubMed] Ann Surg. 2017 Apr;265(4):663-669. doi: 10.1097/SLA.0000000000001903/
8. Lin Y. W. Roth Parastomal Hernia Repair Outcomes: A Nine-Year / You Wei Lin, Patrick Keller, Daniel L Davenport et al // Experience American Surgeon 2019 July 1, 85 (7): 738-741
9. Raquel Maia. Ventral hernia and obesity: is there a consensus? Annals of Laparoscopic and / Raquel Maia , Hrishikesh Salgaonkar , Davide Lomanto, Asim Shabbir // Endoscopic Surgery. Vol 4 (February 2019) doi: 10.21037/ales.2019.01.07;
10. Shah NR, Craft RO, Harold KL. Parastomal hernia repair. / Shah NR, Craft RO, Harold KL // Surg Clin North Am 2013 Oct;93(5):1185-98. doi: 10.1016/j.suc.2013.06.011. Epub 2013 Jul 24.

**ВИБОР СПОСОБА  
ОПЕРАТИВНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ПАРАКОЛОСТО-  
МИЧЕСКИХ ГРИЖ  
У БОЛЬНЫХ С  
ОЖИРЕНИЕМ**

**О. О. Воровский,  
В. А. Шапринский,  
Е. В. Шапринский,  
И. Н. Садык**

**Резюме.** Целью работы было решение проблемы предупреждения и выбора способа оперативного лечения параколомостомической грыжи у больных с ожирением.

**Материалы и методы исследований.** Проанализированы результаты лечения 56 (100,0 %) больных с ожирением прооперированных по поводу параколомостомических грыж. Мужчины составили 27 (56,2 %) человек, женщины — 29 (29,0 %). У всех больных этой возрастной категории, кроме ожирения, имела место сочетанная сопутствующая патология: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз — у 56 (100,0 %) случаях; ХОБЛ — в 42 (69,6 %); сахарный диабет — у 18 (26,1 %); церебросклероз — у 17 (24,6 %). Хирургическое лечение параколомостомических грыж выполняли 3 методами: аллогерниопластика с оставлением колостомы на прежнем месте проведена 16 (29,0 %) больным; аллогерниопластика с перемещением колостомы на новое место — 22 (52,2 %) больным; у 18 (18,2 %) использованы малоинвазивные методы, из них 8 (11,6 %) — лапароскопически-ассистированным способом. Средняя продолжительность лапароскопической герниопластики составила (65,5 ± 5,5) мин., при «открытых» способах — (45,5 ± 5,5) мин.

**Результаты исследований.** Проведен анализ результатов лечения параколомостомических грыж тремя различными методами, по количеству больных группы были идентичны между собой. По продолжительности операции лапароскопический метод аллогерниопластики был более длительным и нуждался в применении общего обезболивания и пневмоперитонеума, которые могут стать причиной развития ряда опасных осложнений. Два других внебрюшинных метода аллогерниопластики более щадящие, могут быть выполнены под спинальной или эпидуральной анестезией. Однако, именно при данных методах аллогерниопластики высоким является риск развития осложнений местного характера.

**Выводы.** При лечения параколомостомических грыж у больных с ожирением лучшие результаты были получены при лапароскопической аллогерниопластике. При выводе колостомы у больных пожилого и старческого возраста рекомендуется превентивное аллпротезирование.

**Ключевые слова:** параколомостомическая грыжа, ожирение, аллогерниопластика.

CHOOSING A METHOD  
OF SURGICAL TREATMENT  
OF PARAKNOLOSTOMY  
HERNIAS IN PATIENTS  
WITH OBESITY

*O. O. Vorovskiy,  
V. A. Shapriniskiy,  
E. V. Shapriniskiy,  
I. M. Sadik*

**Summary.** The aim of the work was to solve the problem of preventing and choosing the method of surgical treatment of paracolostomy hernia in patients with obesity.

**Materials and research methods.** The treatment results of 56 (100.0 %) patients with obesity operated on for paracolostomy hernia were analyzed. Men made up 27 (56.2 %) people, women - 29 (29.0 %). In all patients of this age category, except for obesity, there was a combined concomitant pathology: atherosclerotic and post-infarction cardiosclerosis — in 56 (100.0 %) cases; COPD - in 42 (69.6 %); diabetes mellitus — in 18 (26.1 %); cerebroscerosis — in 17 (24.6 %). Surgical treatment of paracolostomy hernias was performed by 3 methods: alloernioplasty with colostomy left in the same place was performed in 16 (29.0 %) patients; allohernioplasty with colostomy moving to a new place — 22 (52.2 %) patients; 18 (18.2 %) used minimally invasive methods, of which 8 (11.6 %) using the laparoscopically-assisted method. The average duration of laparoscopic hernioplasty was  $(65.5 \pm 5.5)$  minutes., With «open» methods —  $(45.5 \pm 5.5)$  minutes

**Research results.** The analysis of the results of treatment of paracolostomy hernias with three different methods was carried out; the groups were identical in terms of the number of patients. According to the duration of the operation, the laparoscopic method of alloernioplasty was longer and needed the use of general anesthesia and pneumoperitoneum, which can cause the development of a number of dangerous complications. The other two extraperitoneal methods of allogeneioplasty are more gentle, can be performed under spinal or epidural anesthesia. However, it is precisely with these methods of alogioplasty that the risk of developing local complications is high.

**Conclusions.** In the treatment of paracolostomy hernias in patients with obesity, the best results were obtained with laparoscopic alloernioplasty. When withdrawing a colostomy in patients of advanced and senile age, preventive alloprosthetics are recommended.

**Key words:** *paracolostomy hernia, obesity, allogernyoplasty.*