



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Рахманов Косим Эрданович - д.м.н.,
доцент
Арзиев Исмоил Алиевич – к.м.н.,
доцент
Мухиддинов Темурбек Жахонгир
угли - магистр

Received 20th Nov 2023,
Accepted 25st Dec 2023,
Online 16th Jan 2024

Abstract: По данным отечественной и зарубежной литературы 15-20 % больных, перенесших грыжесечения, в ближайшие годы после операции подвергаются повторным оперативным вмешательствам по поводу других хирургических заболеваний.

Key words: Желчеистечение, Лимфорея, Гематома

Самаркандский Государственный
Медицинский университет

INTRODUCTION

По данным отечественной и зарубежной литературы 15-20 % больных, перенесших грыжесечения, в ближайшие годы после операции подвергаются повторным оперативным вмешательствам по поводу других хирургических заболеваний.

Это определяет актуальность проблемы симультанных операций. Следует обратить внимание на нерациональность выполнения только грыжесечения при ВГ, если у больного имеется сочетанное заболевание органов брюшной полости. В случае выполнения только грыжесечения, повторная операция по поводу абдоминальной патологии часто сводит на нет результаты герниопластики.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что современные тенденции в лечении больных ВГ и симультанными хирургическими заболеваниями органов брюшной

полости и предотвращении осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах основаны на восстановлении функции брюшной стенки, физической реабилитации после операции и достижении косметического эффекта. Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. В связи с вышеизложенным представляется актуальным разработка эффективных методов и принципов хирургического лечения, больных с большими и гигантскими пупочными и послеоперационными вентральными грыжами в сочетании с другой патологией органов брюшной полости. Разработка симультанных и реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке у больных с вентральными грыжами требует комплексного подхода, состоящего из многих составляющих задач в рамках одной проблемы.

Целью исследования является улучшение качества лечения больных с вентральной грыжей, путем снижения частоты и тяжести осложнений после симультанных и реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 197 больных симультанной патологией органов брюшной полости и брюшной стенки, поступивших в хирургическое отделение 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института.

В зависимости от тактики предоперационной подготовки и выбора хирургического вмешательства пациенты условно разделены на две группы: В 2012-2015 гг. оперировано 93 (47,2%) больных, которые составили группу сравнения. С 2016 по 2019 гг. под нашим наблюдением находились 104 (52,8%) больных, которые вошли в основную группу.

Предоперационная подготовка пациентов обеих групп проводилась по стандартной методике. Физический статус пациентов группы сравнения оценивали по классификации ASA. У всех больных учитывали наличие сопутствующих соматических заболеваний. В алгоритм предоперационной подготовки мы включили те пункты, которые непосредственно влияют на выявленные и корригируемые факторы риска.

У 191 больного была одна сопутствующая хирургическая патология органов брюшной полости, у 6 больных две. Всем пациентам в исследуемых группах были произведены симультанные операции.

Результаты исследования. Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев использовали следующие параметры:

- Абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода.
- Внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода.
- Раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения вентральных грыж сопутствующей хирургической патологией органов брюшной полости, техники выполнения хирургического вмешательства и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. У 197 пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ,

лишь у 4 больных (3 и 1 пациент в группах исследования) отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно.

Абдоминальные осложнения отмечены у 10 (5,1%) больных. В раннем послеоперационном периоде абдоминальные осложнения после симультанных операций можно разделить на два: осложнения со стороны основного этапа операции и осложнения со стороны симультанного этапа операции. Со стороны основного этапа операции у 5 (2,5%) больных (3 в группе сравнения и 2 в основной группе) после герниоаллопластики наблюдали парез кишечника и 1 (0,5%) больного из группы сравнения также после герниоаллопластики отмечено задержка мочи. У 2 (2,1%) больных из группы сравнения причиной пареза кишечника и задержки мочи было повышенное внутрибрюшное давление.

Со стороны симультанного этапа операции у 4 (2,0%) больных отмечены абдоминальные осложнения. Из них у 3 (2 и 1) после холецистэктомии отмечено наружное желчеистечение по страховочному дренажу. Желчеистечение самостоятельно остановилось на 7-15 сутки после операции. У 1 (1,1%) больной из группы сравнения отмечено нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии из печени, которая проявилось повышением температуры тела и гнойными выделениями по страховочному дренажу, которая находится в остаточной полости.

В раннем послеоперационном периоде внеабдоминальные осложнения имелись у 13 (6,6%) больных в обеих исследуемых группах. Бронхолегочные осложнения отмечены в 3 (3,2%) случаях в группе сравнения и у 2 (1,9%) пациентов в основной группе. Сердечно-сосудистые осложнения наблюдались у 5 (5,4%) пациентов группы сравнения и 1 (0,96%) больного в основной группе. Развитие САК (компаратмент) произошло у 2 (2,1%) пациентов группы сравнения. Причина и прогнозирование внеабдоминальных осложнений подробно были описаны в III главе диссертационной работы.

Среди раневых осложнений послеоперационные гематомы отмечены в 3 (3,2%) и 1 (0,96%) случаев соответственно, серомы у 8 (8,6%) и 3 (2,9%) больных, лимфорея у 5 (5,4%) и 2 (1,9%), нагноение раны у 2 (2,1%) больных в группе сравнения и некроз края кожного лоскута в 3 (3,2%) и 1 (0,9%) случаях (табл. 1).

Таблица 1.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Группа сравнения (n=93)		Основная группа (n=104)		Итого (n=197)	
	аб	%	аб	%	аб	%
	с.		с.		с.	
Абдоминальные осложнения						
Парез кишечника	3	3,2	2	1,9	5	2,5
Задержка мочи	1	1,1			1	0,5
Желчеистечение	2	2,1	1	0,96	3	1,5

Нагноение остаточной полости	1	1	1,			1	0,
Внеабдоминальные осложнения							
Бронхолегочные осложнения	3	2	3,	2	9	1,	5
Сердечно-сосудистые осложнения	5	4	5,	1	9	0,	3,
Компартмент-синдром	2	1	2,			2	1,
Раневые осложнения							
Гематома	3	2	3,	1	9	0,	2,
Серома	8	6	8,	3	9	2,	5,
Лимфоррея	5	4	5,	2	9	1,	3,
Нагноение раны	2	1	2,			2	1,
Некроз края кожного лоскута	3	2	3,	1	9	0,	2,

Следует отметить, что в среднем на одного больного группы сравнения приходилось 2-3 осложнения в виде сочетания бронхо-легочных или (и) сердечно-сосудистых с раневыми осложнениями. В целом в группе сравнения было 17 (18,3% из 93) больных с различными осложнениями. В основной группе было 9 (8,6% из 104) больных с различными осложнениями. По сравнительному признаку по количеству осложнений получено достоверное улучшение в основной группе (рис. 1).

На этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой.

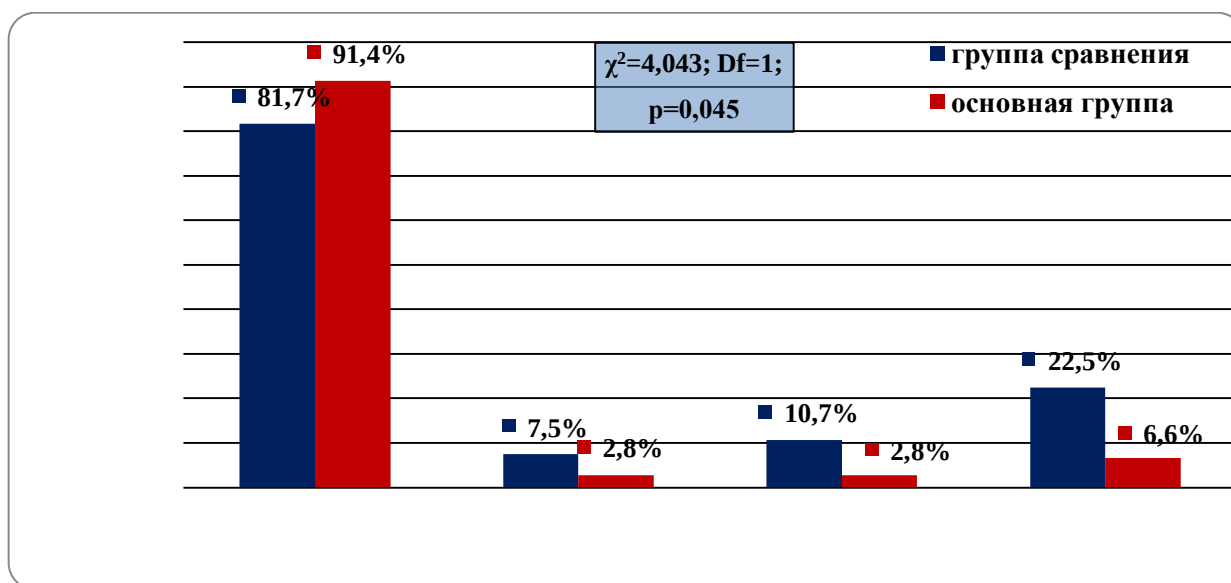


Рис. 1. Распределение больных по частоте осложнений после симультанной операции

Таким образом, наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось у больных в группе сравнения. Наименьшее количество сердечно-легочных и местных осложнений после операции отмечено в основной группе больных.

При сравнении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов. Так, в ОРИТ пациенты группы сравнения в среднем находились $1,7 \pm 0,1$ суток против $1,3 \pm 0,1$ суток в основной группе ($P < 0,01$); после операции $11,7 \pm 0,5$ суток против $6,7 \pm 0,3$ суток ($P < 0,001$); всего - $15,7 \pm 0,6$ суток против $10,2 \pm 0,4$ суток ($P < 0,001$). В свою очередь средняя длительность операции сократилась с $63,4 \pm 4,1$ до $49,7 \pm 3,4$ минут в основной группе ($P < 0,05$), а необходимый период дренирования с $5,9 \pm 0,4$ до $3,5 \pm 0,3$ минут в основной группе ($P < 0,001$) (табл. 2).

Таким образом, применение алгоритма с прогнозированием периоперационных осложнений и совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения больных вентральной грыжей сопутствующем хирургической патологией позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 18,3% до 8,6% ($p=0,045$), а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения, периоды реабилитации и общие сроки стационарного лечения после различных вариантов герниопластики.

Таблица 2.

Течение послеоперационного периода больных в исследуемых группах

Показатели	Группа сравнения	Основная группа	T-критерий, P
До операции (сутки)	$4,0 \pm 0,6$	$4,2 \pm 0,2$	0,32; $P > 0,05$
ОРИТ (сутки)	$1,7 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,1$	2,83; $P < 0,01$
После операции (сутки)	$11,7 \pm 0,5$	$6,7 \pm 0,3$	8,57; $P < 0,001$

Всего (сутки)	15,7±0,6	10,2±0,4	7,63; P<0,001
Длительность операции, мин	98,5±4,1	72,5±3,4	2,57; P<0,05
Сроки удаления дренажа по Редону (сутки)	5,9±0,4	3,5±0,3	4,80; P<0,001
Сроки удаления страховочного дренажа из брюшной полости (сутки)	3,9±0,4	3,5±0,3	0,43; P<0,001

Отдаленные результаты проанализированы у 151 (76,6%) больного из 197 оперированных больных по поводу вентральной грыжи и сопутствующей симультанной патологии органов брюшной полости (табл. 3). Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 5 лет. При этом судьбу 74 (92,7%) больных в группе сравнения и 65 (79,3%) в основной группе удалось проследить в сроки более от 1 года до 5 лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива грыжи.

Таблица 3.

Сроки изучения отдаленных результатов у оперированных больных

Группа больных	Всего оперированы	Изучены отдаленные результаты	Сроки наблюдения, лет		
			до 1 года	1-3 года	3-5 лет
Группа сравнения (2012-2015)	93	69	5	44	20
		74,2%	7,2%	63,8%	28,9%
Основная группа (2016-2019)	104	82	17	40	25
		78,8%	20,7%	48,8%	30,5%
Итого	197	151	22	84	45
		76,6%	14,6%	55,6%	29,8%

Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства по поводу симультанных операций, является частота осложнений в отдаленном послеоперационном периоде. Со стороны симультанного этапа операции в отдаленном послеоперационном периоде у 1 (1,4%) больного из группы сравнения после полузакрытой эхинококкэктомии из печени наблюдали гнойный свищ на месте дренажной трубки, которая была оставлена в остаточной полости печени. В остальных случаях со стороны симультанного этапа операции осложнений не наблюдали.

Эффективность основного этапа операции, является частота рецидивов грыжи. При изучении характера рецидива изучены сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства.

Из 151 больного, обследованных в отдаленные сроки, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (3,3%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 5,8% (4 больных), а в основной группе – 1,2% (1 пациент) (табл. 4). Эти результаты были получены благодаря применению вышеперечисленных мер профилактики рецидивов заболевания с переходом на дифференцированный выбор хирургического вмешательства индивидуально для каждого больного, а также дополнение операции при необходимости выполнением дерматолипидэктомии больным с ожирением.

Таблица 4.

Частота рецидивов вентральных грыж

Исследуемые группы		Вид операции						Всего, n=151	
		Натяжные способы пластики				Ненатяжные способы пластики			
		Аутопластика		Аллопластика					
Группа сравнения (n=69)	Прослежено	12		57		0		69	
	Рецидив		25,0%	1	1,7%		0,0%		5,8%
Основная группа (n=82)	Прослежено	11		55		16		82	
	Рецидив		9,1%	0	0,0%		0,0%		1,2%
Итого (n=151)	Прослежено	23		112		16		151	
	Рецидив		17,4%	1	0,9%		0,0%		3,3%

Частота рецидива вентральной грыжи после аутопластики составила 3 (25,0% из 12 прослеженных пациентов) случая в группе сравнения и 1 (9,1% из 11 прослеженных пациентов) в основной группе. Всего было 4 (17,4%) рецидива. После аллогерниопластики в группе сравнения рецидив отмечен в одном (1,7% из 57 пациентов) случае с ушиванием дефекта апоневроза (натяжная пластика). В основной группе этого осложнения среди этой категории пациентов не отмечено.

В целом, совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж за счет дифференцированного подхода позволило сократить частоту рецидива заболевания с 5,8% до 1,2%.

При динамическом наблюдении больных группы сравнения с ожирением показатели массы тела существенных изменений не претерпели. Однако дополнение герниопластики абдоминопластикой положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения.

В исследуемых группах исходно у 15 человек (7,6%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных группы сравнения отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии.

Таким образом, комплексный подход к хирургическому лечению больных вентральной грыжей сопутствующей хирургической патологией позволил сократить частоту специфических отдаленных послеоперационных осложнений, а также в целом улучшить объективные и субъективные критерии оценки качества жизни этой категории пациентов.

Выводы: Совершенствование тактико-технических аспектов позволило: в 47,1% случаев в основной группе выполнить симультанную операцию из отдельных два доступа и тем самым сократить частоту выполнения симультанных операций через один доступ до 52,9%, а продолжительность операции с $98,5 \pm 4,9$ до $72,5 \pm 2,9$ минут (t -критерий $=4,23$; $p < 0,001$).

Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения ВГ с симультанной хирургической патологией органов брюшной полости позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 18,3% до 8,6% ($p = 0,045$), в том числе раневых с 22,5% до 6,6% и внеабдоминальных с 10,7% до 2,8%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов герниопластики.

Список литературы

1. Delaney L.D., Thumma J., Howard R., Solano Q., Fry B., Dimick J.B., Telem D.A. & Ehlers A.P. (2022). Surgeon Variation in the Application of Robotic Technique for Abdominal Hernia Repair: A Mixed-Methods Study. The Journal of surgical research, 279, 52–61. Advance online publication. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.05.008/> (дата обращения: 23.06.2022).
2. Mitura K., Romańczuk M., Kisielewski K. & Mitura B. (2022). eTEP-RS for incisional hernias in a non-robotic center. Is laparoscopy enough to perform a durable MIS repair of the abdominal wall defect?. Surgical endoscopy, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09365-w>
3. Boudjema K., Locher C., Sabbagh C., Ortega-Deballon P., Heyd B., Bachellier P., Métairie S., Paye F., Bourlier P., Adam R., Merdrignac A., Tual C., Le Pabic E., Sulpice L., Meunier B., Regimbeau J.M., Bellissant E. & METASYNC Study group (2021). Simultaneous Versus Delayed Resection for Initially Resectable Synchronous Colorectal Cancer Liver Metastases: A Prospective, Open-label,

- Randomized, Controlled Trial. *Annals of surgery*, 273(1), 49–56.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003848>.
4. Ibragimov S. (2020). REFLECTIONS AND THOUGHTS OF MEDIEVAL SCIENTISTS ON THE IMPORTANCE OF A HEALTHY LIFESTYLE. *InterConf*.
 5. Breuing K., Butler C.E., Ferzoco S., Franz M., Hultman C.S., Kilbridge J.F. & Ventral Hernia Working Group. (2010). Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*, 148(3), 544-558.
 6. Van der Linden F.T. & Van Vroonhoven T.J. (1988). Long-term results after surgical correction of incisional hernia. *The Netherlands Journal of Surgery*, 40(5). 127-129.
 7. Ibragimov S. (2022). CONJUGATED TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS IN ADULTS FROM 26 TO 80. *Grail of Science*, (12-13), 658-659.
 8. Ibragimov S. (2021). HEART DAMAGE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. *Збірник наукових праць ЛОГОС*.
 9. Shankaran V., Weber D.J., Reed R. Lawrence, I.I. & Luchette F.A. (2011). A review of available prosthetics for ventral hernia repair. *Annals of surgery*. 253(1). 16-26.
 10. Ibragimov S. & Makhmudova A. (2020). Legal culture-the basis for the rule of law. *Збірник наукових праць ЛОГОС*, 129-132.

CENTRAL ASIAN
STUDIES