

# РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

## Ибрагимов Ш.У.

*Ибрагимов Шерзод Умидович – студент,  
лечебный факультет,  
Самаркандский государственный медицинский университет,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** проанализированы результаты хирургического лечения 197 больных с вентральными грыжами, при этом 104 (52,8%) пациентам выполнены симультанные операции по коррекции хирургической патологии органов брюшной полости и передней брюшной стенки. 20,1% больным симультанный этап операции выполнен из отдельного миолапаротомного доступа. Натяжные способы аллопластики выполнены 48,2%, ненапряжные – 51,8%, при этом 26,4% больным выполнена дерматолиподэктомия. Результаты. Абдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде как парез кишечника, задержка мочи, отмечены в основной гр. у 5 (4,8%) больных, в гр. сравнения – 4 (4,3%). Внеабдоминальные осложнения - бронхолегочные и сердечно-сосудистой системы развились у 6 (5,7%) больных основной гр. и также у 6 (6,4%) – гр. сравнения. Развитие компартмент синдрома произошло в 2 наблюдениях по одной в каждой исследуемой группе. Среди раневых осложнений гематомы отмечены в 3 и 1, серомы у 4 и 3, лимфоррея у 1 и 2 и некроз края кожного лоскута по одному случаю в каждой группе. Выводы. Выполнение симультанного этапа операции в целом не повлияло отрицательно на результаты хирургического лечения больных вентральной грыжей и симультанной патологией органов брюшной полости.

**Ключевые слова:** вентральные грыжи, одновременная патология, хирургическая коррекция.

**Введение:** У больных с вентральными грыжами частота сопутствующих хирургических заболеваний брюшной полости колеблется от 11,8 до 46,3%. У больных с грыжами наиболее часто выявляется патология в желчном пузыре, у женщин - в органах малого таза. Подходы к выполнению симультанных вмешательств у больных с грыжами имеют свои особенности, так как расположение органов, в которых имеется патология, может не совпадать с локализацией грыжи. Особые проблемы могут быть обусловлены наличием ожирения, спаечной болезни, хронической и подострой кишечной непроходимости.

В лечении больных с грыжами выбор способа операции, которая не должна повышать внутрибрюшное давление, является ключевым вопросом лечения. Таким требованиям отвечают ненапряжные способы закрытия дефектов в брюшной стенке. Сложной проблемой остается профилактика и лечение абдоминальных и внеабдоминальных осложнений, достигающих 35%, что нередко связано с хирургической агрессией, аспекты которого недостаточно изучены при симультанных операциях. Всё это требует детальной проработки тактико-технических аспектов операции как на этапе грыжесечения, так и на внутрибрюшном этапе и на этапе закрытия брюшной полости.

**Цель исследования:** обоснование тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости, направленной на снижение частоты и тяжести осложнений после симультанных операций.

**Материал и методы исследования.** В период 2014-2019 гг. нами прооперировано 197 больных с вентральными грыжами. Из них 104 (52,8%) пациента составили основную группу, которым были выполнены симультанные вмешательства по поводу заболеваний органов брюшной полости, требующей хирургической коррекции. 93 (47,2%) пациентам выполнена только герниопластика, они составили группу сравнения. Возраст больных на момент выполнения операции был от 16 до 78 лет (средний возраст 49,4±11,8 лет). Преобладали пациенты женского пола: женщины – 108 (54,8%), мужчины – 89 (45,2%). В основной группе женщин было 59 (54,6%), мужчин – 45 (50,6%). В группе сравнения женщины – 49 (45,4%), мужчины – 44 (49,4%). Методы исследования соответствовали клиническим стандартам рекомендованным ВОЗ и МЗ РУз:

- оценка общего состояния, выявление сопутствующих заболеваний и степень их компенсации;
- общеклинические лабораторные исследования;
- ультразвуковое исследование, МСКТ, эндоскопические исследования.

Придерживались классификации SWR J.P. Chevrel и A.M. Rath (утвержденная на XXI Международном конгрессе герниологов в 1999 г.). Грыжи срединной локализации (MWR) составили самую многочисленную группу - 184 (93,4%), боковые грыжи живота (LWR) - 13 (6,6%) больных. У 20 (10,2%) пациентов вентральная грыжа была малых ( $W_1$ ), у 50 (25,4%) - средних ( $W_2$ ), у 69 (35%) – больших ( $W_3$ ), у 58 (29,4%) - огромных ( $W_4$ ) размеров. С послеоперационной вентральной грыжей поступили 174 (88,3%) больных, с впервые обнаруженной – 23 (11,7%). В нашем исследовании подавляющий контингент составили больные – 127 (64,5%) с послеоперационными грыжами срединной локализации больших и огромных размеров. Всего у 104 больных основной группы выявлено 178 симультанных патологий органов брюшной полости, требовавшей хирургической коррекции (у 28 пациентов – 2 симультанные патологии, у 6 – 3). Чаще всего у больных с вентральными грыжами выявлены желчнокаменная болезнь – 29 (27,8%), патология органов малого таза у женщин – 31 (30,7%), спаечная болезнь брюшной полости – 67 (64,4%), ожирение III – IV ст., отвислый живот – 32 (30,7%) и др. (табл. 1). Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%,

интраоперационно – 25,4%. Сводные данные лечения больных с грыжами показали, что с увеличением размеров грыж, возрастало число пациентов, требующих выполнения симультанных вмешательств. При грыжах малых размеров (W1) выявлено 16 (15,3%) симультанных патологий, при W2 – 31 (29,8%), при W3 – 62 (59,6%), а при W4 – 69 (66,3%).

У 65,4% больных основной группы и 61,3% - группы сравнения имелась сопутствующая соматическая патология требовавшая периоперационной подготовки: - заболевания сердечно-сосудистой системы (40,6%); - органов дыхания (11,8%); - сахарный диабет (4,3%); - ожирение III-IV ст. (28,7%) и др. При распределении больных по степени операционно-анестезиологического риска (по ASA) I классу соответствовали 52,8%, II классу – 36,5%, III классу – 10,7% больных. При оценивании операционно-анестезиологического риска мы учитывали не только наличие соматической патологии, но и её клинико-лабораторные признаки. В связи с чем нами разработана программа балльной оценки прогнозирования развития периоперационных осложнений, на что получено свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №DGU 03724 Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. При распределении больных основной группы по модифицированной шкале в сумме более 20 баллов – их относили к группе высокого риска (8 больных), 11 – 20 баллов - среднего риска (34), 0 – 10 баллов - низкого риска (62). Выполнение симультанной операции считали возможным при наличии в сумме менее 10-15 баллов, больным, набравшим более 15 баллов, проводили предоперационную подготовку до стабильного его снижения. В программу предоперационной подготовки включали искусственную гипертензию брюшной полости с использованием специального пояса-бандажа (полезная модель – пневматический пояс-бандаж IAP 2016 0046). При выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в областях брюшной полости. В связи с чем, нами разработана схематическая дистопия, т.е. локализация грыжевого дефекта на брюшной стенке и расположение симультанной патологии в брюшной полости. Характер грыжевого выпячивания оценивали по классификации Chervel J.P. и Rath A.M. а расположение симультанной патологии ориентировалось по топографическому разделению брюшной полости на 9 областей

При расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга каждую патологию оперировали через отдельные доступы.

В целом, в основной группе 21 пациенту (20,1%) этап операции по коррекции хирургической патологии органов брюшной полости выполнен из отдельного доступа. При этом всем 21 больным симультанный этап операции выполнен из минилапаротомного доступа (при необходимости с видеоассистированием). 83 пациентам (79,8%) все этапы операции выполнены из единого герниолапаротомного доступа.

Больным в обеих исследуемых группах выбор герниопластики был дифференцированным. При различных конституциональных особенностях, с учетом риска натяжения тканей, влияющих на течение послеоперационного периода, 49 больным основной группы и 46 – группы сравнения, мы выполнили комбинированную пластику – дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. Это позволяло создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца.

Больным с высоким риском натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления с целью увеличения объема брюшной полости и предупреждения развития компартмент синдрома (44 больным основной гр. и 38-гр. сравнения) пластика передней брюшной стенки выполнялась ненапряжным способом, т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания. У 19 (9,6%) больных с ожирением III степени, когда имелся высокий риск чрезмерного натяжения тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов, мы применили ненапряжную аллопластику с мобилизацией влагиалиц прямых мышц живота по Ramirez.

Преимуществами этой методики является то, что мобилизация влагиалица прямых мышц живота позволяет равномерно распределить и значительно уменьшить давление на ткани при наложении швов. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. 52 больным, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III степени после завершения пластики передней брюшной стенки, также выполняли дерматоллипидэктомию (ДЛЭ), по линии предварительно нанесенной на переднюю брюшную стенку до операции, окаймляющую грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку по Castanares (рис. 4А). Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг. После завершения герниоаллопластики - имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта (рис. 4В) больным в исследуемых группах по показаниям в зависимости от объема операции над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку по Редону, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже.

Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев исследовали следующие параметры:

- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Абдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде как парез кишечника, задержка мочи отмечены в основной гр. у 5 (4,8%) больных, в гр. сравнения – 4 (4,3%). Внеабдоминальные осложнения - бронхолегочные и сердечно-сосудистой системы развились у 6 (5,7%) больных основной гр. и также у 6 (6,4%)

– гр. сравнения. Развитие компартмент синдрома произошло в 2 наблюдениях по одной в каждой исследуемой группе. Среди раневых осложнений гематомы отмечены в 3 и 1, серомы у 4 и 3, лимфоррея у 1 и 2 и некроз края кожного лоскута по одному случаю в каждой группе.

При рассмотрении временных характеристик отмечено, что в отделении реанимации и интенсивной терапии пациенты основной гр. в среднем находились  $1,3 \pm 0,1$  суток ( $1,1 \pm 0,1$  гр. сравнения), после операции  $6,7 \pm 0,3$  суток ( $6,3 \pm 0,5$  гр. сравнения); всего в стационаре –  $10,2 \pm 0,4$  суток ( $9,4 \pm 0,6$  гр. сравнения). В свою очередь средняя длительность операции в основной гр. больных составила  $72,5 \pm 3,4$  мин. ( $61,5 \pm 4,1$  гр. Сравнения. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 2 больных, 1 (0,9%) в основной, также 1 (1,1%) – группе сравнения. Летальный исход у обоих больных возник вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности, причиной которой явилась тромбоэмболия легочной артерии. В отдаленном периоде в сроки от 1 года до 5 лет прослежены результаты операции у 74 (67,3%) больных основной группы и 65 (62,5%) – группы сравнения. Из 139 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (2,5%) больных, в основной группе – 3 (2,8%), в контрольной – 2 (2,1%).

**Выводы:** 1. По данным нашего исследования симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%, чаще всего выявлены желчнокаменная болезнь (27,8%), патология органов малого таза у женщин (30,7%), спаечная болезнь брюшной полости (64,4%), ожирение III – IV ст. отвислый живот (30,7%). При этом симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%. С увеличением размеров грыж, возрастает число пациентов, требующих выполнения симультанных вмешательств, так при  $W_3$  – 59,6%, а при  $W_4$  – 66,3%.

2. При оценивании операционно-анестезиологического риска необходимо учитывать не только наличие соматической патологии, но и её клинико-лабораторные признаки по программе балльной оценки прогнозирования периоперационных осложнений. Выполнение симультанной операции возможно при наличии в сумме менее 10-15 баллов, при сумме более 15 баллов необходимо предоперационная подготовка до стабильного его снижения.

3. При расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга симультанную патологию возможно оперировать через отдельные доступы. В основной группе 20,1% больным этап операции по коррекции хирургической патологии органов брюшной полости выполнен из отдельного минилапаротомного доступа (при необходимости с видеоассистированием), 79,8% пациентам – все этапы операции выполнены из единого герниолапаротомного доступа.

4. Выбор герниопластики должен быть дифференцированным. Натяжные способы аллопластики:

- имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта произведена 47,1% основной гр. и 49,5% – контрольной гр. больных.

Ненатяжные способы:

-имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта 42,3% и 40,9%;

- имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez 10,6% и 9,7% больных основной гр. и гр. сравнения соответственно. 26,4% больным, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III степени и отвислый живот после завершения пластики передней брюшной стенки выполнена дерматолипидэктомия.

5. Осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были сопоставимы:

- абдоминальные осложнения у 4,8% и 4,3%;

- внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно-сосудистой системы) у 5,7% и 6,4%;

-развитие компартмент синдрома 0,9% и 1,1%;

-раневые осложнения у 9,7% и 6,7%;

- летальность 0,9% и 1,1% в основной и группе сравнения соответственно.

6. При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составила в основной гр. –  $10,2 \pm 0,4$  суток ( $9,4 \pm 0,6$  гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных –  $72,5 \pm 3,4$  мин. ( $61,5 \pm 4,1$  гр. сравнения).

7. Выполнение симультанного этапа операции в целом не повлияло отрицательно на результаты хирургического лечения больных вентральной грыжей и симультанной патологией органов брюшной полости. При этом, избавление больного от нескольких заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость выполнения симультанных операций.

### 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 ЛОГОΣ.*
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 ЛОГОΣ, 129-132.*