

УДК 616-007.43-089

DOI: 10.36979/1694-500X-2023-23-1-104-109

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

О.Ж. Токтогулов, Т.Н. Калыбеков, А.С. Токтосунов

Аннотация. Многими исследователями отмечается увеличение числа больных с послеоперационными вентральными грыжами, их рост обусловлен рядом факторов: возникновение раневых осложнений, технические погрешности в ушивании ран, несоблюдение рекомендаций после операции и другие. Лечение послеоперационных грыж оперативное, при этом используются аутопластика и различные синтетические материалы, но какова эффективность симультанных операций при послеоперационных грыжах в сочетании с желчнокаменной болезнью, остается до конца не решенным вопросом. Представлены результаты и возможность выполнения симультанных операций при послеоперационных грыжах в сочетании с желчнокаменной болезнью. Под наблюдением находились 61 больной с послеоперационными грыжами, из них женщин – 46, мужчин – 15. Возраст колебался от 23 до 72 лет, но большинство было старше 50 лет. В обследовании использованы: анамнез, результаты объективного исследования и лабораторно-инструментальные (УЗИ, КТ). Из 61 больного 34 с послеоперационными грыжами оперированы изолированно, а у 27 – грыжесечение в сочетании с холецистэктомией. В обеих группах в лечении послеоперационных грыж применялись методы аутопластики и полипропиленовая сетка в зависимости от состояния тканей брюшной стенки и размера грыж. При изолированном грыжесечении использована аутопластика и сетка (группа сравнения), осложнение возникло у одного из 34 оперированных, а при симультанных операциях тоже у одного пациента из 27 (основная группа) человек. В обеих группах для выбора пластики послеоперационных грыж использовали определение коэффициента интенсивности напряжения брюшной стенки путем сонографии и антропометрии. Пластику грыжевых ворот полипропиленовой сеткой выполняли в двух вариантах: укрепление грыжевых ворот полное замещение с сохранением объема брюшной полости. Симультанные операции незначительно увеличивают продолжительность операции и сроки стационарного лечения, но позволяют избавить пациента от 2-х патологий. При послеоперационных грыжах возможно выполнение симультанных операций, когда имеется сочетание с желчнокаменной болезнью, но с обязательным учетом результатов дооперационного обследования.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи; желчнокаменная болезнь; симультанная операция; осложнения.

ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ВЕНТРАЛДЫК ГРЫЖА ЖАНА ӨТТӨГҮ ТАШ ООРУСУНА БИР УБАКТА ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

О.Ж. Токтогулов, Т.Н. Калыбеков, А.С. Токтосунов

Аннотация. Көптөгөн изилдөөчүлөр операциядан кийинки вентралдык грыжа менен ооругандардын санынын көбөйгөнүн белгилешет, алардын өсүшү бир катар факторлор менен шартталган: жараттын кабылдап кетиши, жаратты тигүүдө техникалык катаалар, операциядан кийинки сунуштарды аткарбоо жана башкалар. Операциядан кийинки чуркуларды аутопластика жана ар кандай синтетикалык материалдарды колдонуу менен дарылоо оперативдүү болуп саналат, бирок кесилген грыжаларда өттөгү таш оорусу менен айкалышта бир убакта жасалган операциялардын натыйжалуулугу кандай экендиги чечилбеген маселе бойдон калууда. Операциядан кийинки грыжаларга өттөгү таш оорусу менен айкалышта бир убакта операцияларды жасоонун натыйжалары жана мүмкүнчүлүктөрү келтирилген. Операциядан кийинки грыжа менен 61 бейтап байкоого алынган, алардын 46сы аялдар, 15и эркектер. Жашы 23 жаштан 72 жашка чейин, бирок көпчүлүгү 50 жаштан жогоркулар. Изилдөөдө төмөнкүлөр колдонулган: анамнез, объективдүү изилдөөнүн натыйжалары жана лабораториялык-инструменталдык изилдөө (УЗИ, КТ). Операциядан кийинки чурку менен ооруган 61 бейтаптын 34үнө өзүнчө операция жасалса, 27 бейтапка чурку кесүү өттөгү таш оорусу менен айкалыштырылган. Операциядан кийинки чуркуларды дарылоодо эки топ тең ич капталындагы ткандардын абалына жана чуркулардын көлөмүнө жараша аутопластика ыкмаларын жана полипропилен торун колдонушкан. Изоляцияланган грыжа оңдоодо аутопластика жана тор колдонулган (салыштыруу тобу), операция жасалган 34 бейтаптын биринде, ал эми бир убакта жасалган операцияларда да 27 бейтаптын (негизги топ) биринде татаалдашкан. Эки тайпада тең кесилген грыжаларды оңдоону тандоо үчүн карын дубалынын чыңалуусунун интенсивдик факторун ультрография жана антропометрия аркылуу аныктоо колдонулган. Полипропилен сетка менен грыжа тешигинин пластикасы эки вариантта жасалган: грыжа тешигин бекемдөө жана ич көңдөйүнүн көлөмүн сактоо менен толук алмаштыруу. Бир убакта жасалган операциялар операциянын узактыгын жана стационардык дарылоонун узактыгын бир аз узартты, бирок бейтапты 2 патологиядан арылтууга мүмкүндүк берет. Операциядан кийинки грыжаларда өттөгү таш оорусу менен айкалышканда, бирок операцияга чейинки текшерүүнүн жыйынтыгын милдеттүү түрдө эске алуу менен бир убакта операция жасоого болот.

Түйүндүү сөздөр: операциядан кийинки вентралдык грыжа; өттөгү таш оорусу; симултандык операция; кабылдап кетүүлөр.

SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA AND CHOLELITHIASIS

O.Zh. Toktogulov, T.N. Kalybekov, A.S. Toktosunov

Abstract. Many researchers note the increase in the number of patients with postoperative ventral hernias; their growth is caused by several factors: occurrence of wound complications, technical errors in wound closure, non-observance of recommendations after surgery, and others. Treatment of postoperative hernias is operative, with the use of autoplasty and various synthetic materials, but what is the effectiveness of simultaneous operations in postoperative hernias combined with cholelithiasis remains an unresolved question. In this article presented the results and substantiate the possibility of simultaneous operations on postoperative hernias in combination with cholelithiasis. The observation period included 61 patients with postoperative hernias, including 46 women, and 15 men. Age ranged from 23 to 72 years, but most were over 50 years old. The examination used: anamnesis, the results of an objective study, and laboratory and instrumental (ultrasound, CT). 34 of the 61 patients, with incisional hernias, were operated on isolatedly, and in 27 patients, herniotomy was combined with cholecystectomy. In both groups, autoplasty and polypropylene mesh were used in the treatment of postoperative hernias depending on the condition of the abdominal wall tissues and the size of the hernias. In isolated herniotomy, autoplasty and mesh (comparison group) were used; the complication occurred in one of 34 operated, and in simultaneous surgeries also in one of 27 (main group). In both groups, for the choice of repair of incisional hernias, the determination of the intensity factor of the abdominal wall tension by sonography and anthropometry was used. Herniotomy with polypropylene mesh was performed in two versions: strengthening of the hernial orifice and complete replacement while maintaining the volume of the abdominal cavity. Simultaneous operations increased slightly the operation time and length of hospital treatment but permit to relieve a patient from 2 pathologies. In the case of postoperative hernia, it is possible to perform simultaneous operations, when there is a combination with cholelithiasis, but with obligatory consideration of the postoperative examination results.

Keywords: postoperative ventral hernia; cholelithiasis; simultaneous operation; complications.

Введение. Послеоперационные вентральные грыжи занимают одно из ведущих мест в абдоминальной хирургии и при этом все исследователи отмечают неуклонный их рост, который связан со многими факторами: поздним поступлением больных с деструктивными формами заболеваний, у которых после операции часто возникают раневые осложнения, с техническими погрешностями в момент операции и использованием шовного материала, а также с недоучётом результатов обследования и состояния брюшной стенки [1, 2]. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) тоже распространённая патология, не имеющая тенденций к снижению и очень часто сочетающаяся с рядом других хирургических заболеваний [3, 4].

В литературе представлены сведения о возможности выполнения симультанной операции, которая имеет ряд преимуществ, посвященных заболеваниям органов малого таза, в основном урологическим. Что касается послеоперационных грыж, то они представлены в небольшом количестве наблюдений и судить об их эффективности затруднительно [5, 6].

Материал и методики обследования. Под наблюдением находились 61 больной с послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы в хирургических

отделениях ГКБ № 1 г. Бишкека с 2015 по 2021 г. включительно. За этот период операции по поводу различных локализаций выполнены у 179 больных, из них с послеоперационными грыжами – у 61 (34,1 %), т. е. более одной трети из числа поступивших. Основные клинические показатели представлены в таблице 1.

Наиболее часто поступали женщины (46 чел. – 75,4 %), мужчин – 15 (24,6 %) и больные старше 50 лет. Давность существования послеоперационных грыж колебалась от 6 месяцев до 15 лет, но наибольшую группу составили пациенты со сроком от 2 до 5 лет.

Из анамнеза установлено, что из 46 женщин 41 оперирована по поводу заболеваний органов малого таза (кесарево сечение, кисты яичников, внематочная беременность, пельвиоперитонит), а у остальных 5 женщин операции выполнены по поводу заболеваний органов брюшной полости. У мужчин ранее произведены операции по поводу язвенной болезни, осложнённой перфорацией язвы, язвенной болезни желудка, осложнённой кровотечением, аппендицита, спячной кишечной непроходимости и травм органов брюшной полости. В результате осмотра малые послеоперационные грыжи обнаружены у 8, среднего размера – у 21, большие – у 32 и гигантские грыжи выявлены у 14 пациентов,

Таблица 1 – Характеристика пациентов, включенных в исследование

Параметры	Основная группа, n = 27		Группа сравнения, n = 34	
	абс. число	%	абс. число	%
Пол: мужчин/женщин	7/20		8/26	
Возраст, лет	54,2 ± 7,19		56,7 ± 6,42	
Размеры грыж:				
малые (до 5 см)	5	18,5	6	17,6
средние (от 5 до 10 см)	9	33,4	9	26,5
большие (от 10 до 30 см)	7	25,9	11	32,4
гигантские (более 30 см)	6	22,2	8	23,5
Неосложненные	5	18,5	6	17,6
Невправимые	20	74,1	27	79,5
Ущемленные	2	7,4	1	2,9
Рецидивные	6	22,2	7	20,6
Сопутствующие заболевания	17	62,9	20	58,8
Сроки существования грыж:				
от 6 мес. до 2 лет	6	22,2	5	14,7
от 2 лет до 5 лет	12	44,4	14	41,2
от 5 лет до 10 лет	5	18,5	10	29,4
более 10 лет	4	14,9	5	14,7
Локализация по средней линии живота в:				
эпигастрии	6	22,2	7	20,6
мезогастррии	11	25,9	9	26,5
гипогастррии	3	40,7	14	41,2
других отделах	7	11,2	4	11,7

при этом учитывали не только величину грыжевого выпячивания, но и размеры грыжевых ворот. Сопутствующие заболевания обнаружены у 37 из 61 (60,6 %) пациента, это чаще гипертоническая болезнь, КБС, общий атеросклероз.

В обследовании использовали анамнез, данные осмотра и объективного исследования, общий анализ крови, печеночные тесты и УЗИ для уточнения характера заболеваний (хронический калькулезный холецистит), характер содержимого грыжевого мешка (сальник, кишечник), а также УЗИ использовано для выявления осложнений в послеоперационном периоде и оценки течения раневого процесса.

Показаниями для выполнения холецистэктомии одновременно с грыжесечением служили указания на периодически появляющийся приступ печёночной колики, тупую боль в правом подреберье после приёма пищи, а при УЗИ выявлялись признаки хронического холецистита и конкременты в желчном пузыре.

В процессе наблюдения нами выделены 2 группы:

1-я группа – пациенты, которым выполнена симультанная операция (27 чел.) – это была основная группа;

2-я группа – 34 человека, операции которым были выполнены изолированно по поводу послеоперационной вентральной грыжи, это была группа сравнения, которая позволяла оценить результаты симультанной операции.

В лечении послеоперационных грыж в обеих группах использована аутопластика и применение синтетических протезов в 2-х вариантах: 1 – для укрепления брюшной стенки, 2 – полное замещение грыжевых ворот с сохранением объёма брюшной полости.

Для выбора пластики использовали методику Хитарьяна и соав. [7] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки. При величине коэффициента напряжения до 2,09 выполняли пластику местными тканями, а если выше 2,10, использовали полипропиленовую сетку с полным замещением грыжевых ворот с сохранением объёма брюшной полости. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом.

Таблица 2 – Типы операций

Тип пластики	Основная, n = 27		Группа сравнения, n = 34	
	абс. число	%	абс. число	%
Аутопластика	9	33,4	18	53,0
Сетка для укрепления грыжевых ворот	11	40,7	8	23,5
Сетка для полного замещения ворот с сохранением объёма брюшной полости	7	25,9	8	23,5
Итого	27	100,0	34	100,0

Результаты исследований статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин, ошибки ряда (m), степень достоверности вычисляли по t-критерию таблицы Стьюдента.

Результаты. В основной группе, где выполнялись симультанные операции, холецистэктомия выполнялась из доступа по Фёдорову в правом подреберье, и у 12 – трансректально. Операцию начинали с холецистэктомии, а затем переходили на грыжесечение. Холецистэктомия в основном выполнялась от шейки и очень редко (3 чел.) от дна. Ложе желчного пузыря дренировали. Если грыжа располагалась по средней линии живота в верхне-срединном отделе, то холецистэктомию и грыжесечение осуществляли из единого доступа, а если в нижне-срединном отделе, то из 2-х самостоятельных (таблица 2).

В лечении пациентов обеих групп с послеоперационными вентральными грыжами выполняли аутопластику – это метод Сапежко, и чаще использовали эту методику в группе сравнения, но в процессе работы мы убедились, что создать полноценную дубликатуру не всегда удается, особенно при рецидивных грыжах, поэтому при слабости брюшной стенки, атрофии мышц и апоневроза применяли полипропиленовую сетку для укрепления ушитых грыжевых ворот [8]. Сетку брали таким размером, чтобы с каждой стороны шва она охватывала не менее 2–3 см и фиксировали к апоневрозу. В основной группе эта методика применена у 12 из 27, а в группе сравнения – у 8.

Более сложной пластикой было сохранение объёма брюшной полости и здесь на основании коэффициента напряжения брюшной стенки в обеих группах применены два способа: первый, это полное замещение грыжевых ворот

полипропиленовой сеткой, которую выкраивали по размеру ворот и фиксировали сетку по периметру непрерывным швом, но через 4–5 шов захлестывали, что предотвращало прорезывание. Эти методы использованы по 3-м наблюдениям в каждой группе.

В основной группе у 4, а в группе сравнения – у 5 после выделения грыжевого мешка, вскрытия его и вправления содержимого полость ушивали, затем апоневроз на всем протяжении грыжевых ворот освобождали от сращений на 2–3 см, полипропиленовую сетку помещали под апоневроз и фиксировали П-образными швами со всех сторон. Подкожную клетчатку дренировали микроиригатором с целью удаления раневого экссудата, который удаляли не позднее 3–4-х суток, так как длительное его стояние способствует инфицированию.

Мы, как и С.В. Харитонов и соав. [9], придавали большое значение УЗ-контролю в послеоперационном периоде и при выявлении скопления жидкости в области раны выполняли пункцию. Послеоперационный период протекал благоприятно, в ближайшие 3-е суток лишь у 3-х больных отмечено повышение температуры, но не выше 37,5 °С, отхождение газов на 2-е сутки и стул – на 3–4-е сутки. Лишь по одному наблюдению в каждой из групп выявлен инфильтрат, который к моменту выписки излечен.

Анализ результатов оперативного лечения показал, что типы операции были равнозначными в обеих группах, и осложнение в основной группе обнаружено у 1 пациента, и у 1 – в группе сравнения. Следовательно, частота осложнений при выполнении симультанной операции не превышала осложнений, возникших в группе сравнения. Мы также обратили внимание на продолжительность операции, которая в основной

группе незначительно превышала время исполнения и составила $101,5 \pm 1,12$ минуты, в то время как при изолированной операции – $93,2 \pm 1,27$ минуты. Срок стационарного лечения больных основной группы составил $8,5 \pm 0,37$ койко-дня, а в группе сравнения – $8,3 \pm 0,41$. Следовательно и сроки пребывания в стационаре не составляли достоверных различий ($P > 0,05$).

Обсуждение. Одной из первостепенных проблем в абдоминальной хирургии является улучшение результатов лечения больных с послеоперационными грыжами и ЖКБ, так как эти оба заболевания занимают одно из ведущих мест. В литературе широко обсуждаются симультанные операции, но послеоперационным ventральным грыжам не уделено достаточного внимания и, кроме того, нет единого взгляда на выбор метода пластики [10].

В своей работе мы убедились, что при послеоперационных ventральных грыжах метод аутопластики себя не оправдывает, особенно при рецидивных грыжах, так как у этих больных всегда наблюдается слабость брюшной стенки с атрофией мышц и апоневроза и наложение любого варианта дубликатуры не предотвращает рецидива болезни. В лечении послеоперационной грыжи должны быть широко использованы методы с применением сетчатых протезов [6, 10]. После операций, выполненных по поводу ventральных грыж, нередко возникает парез кишечника [2, 5], который усугубляет течение послеоперационного периода и является причиной сердечно-сосудистых осложнений и дыхания, а также рецидива болезни, но нам удалось избежать этого осложнения в связи с использованием рекомендаций Хитарьяна и соав. [7] для выбора метода пластики.

При сочетании послеоперационной ventральной грыжи с ЖКБ необходимо применить симультанные операции, так как оставление операции по поводу ЖКБ чревато возникновением острого холецистита, что усложняет выполнение операции после грыжесечения, а оставление грыжесечения на последующую операцию имеет риск ущемления. Все исследователи, кто выполнял симультанные операции, рекомендуют начать с менее инфицированного органа

[3, 6], но при сочетании ЖКБ и ventральной грыжи выполнить эти требования невозможно.

Заключение. Послеоперационные ventральные грыжи и желчнокаменная болезнь – редкое сочетание заболеваний, требующее оперативного лечения. Применение симультанных операций при сочетании этих заболеваний оправдано и не ведет к увеличению частоты осложнений и сроков стационарного лечения. Первым этапом должна выполняться холецистэктомия, а затем пластика грыжевых ворот и более эффективное применение полипропиленовой сетки.

Поступила: 23.06.22; рецензирована 07.07.22;
принята: 11.07.22.

Литература

1. Артыков К.П. Симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости / К.П. Артыков, Р.Р. Рахматуллаев, А.П. Рахматуллаев // Вестник Авиценны Таджикского государственного медицинского университета. 2015. № 2. С. 114–118.
2. Ермолов А.С. Послеоперационные ventральные грыжи – нерешенные вопросы хирургической тактики / А.С. Ермолов, В.Т. Коршвили, Д.А. Благовестнов // Хирургия. 2018. № 10. С. 81–86.
3. Alshaer M. Subtotal cholecystectomy for «difficult gallbladders» systematic review and meta-analysis / M. Alshaer, G. Grolvante, K. Thomas // JAMA Surg. 2015. Vol. 150, № 2. P. 159–168.
4. Shen T.C. The risk of depression in patients with choledocholithiasis before and after cholecystectomy: a population based cohort study / T.C. Shen, H.C. Lai, V.B. Huang // Medicine (Baltimore). 2015. Vol. 94. № 10. P. 631–634.
5. Ниязбеков К.Н. Симультанные операции при заболеваниях щитовидной железы и желчнокаменной болезни / К.Н. Ниязбеков, М.Н. Макеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, 2018. № 1. С. 81, 86.
6. Кукешова М.Н. Симультанные эндовидеолaparоскопические операции в гинекологии / М.Н. Кукешова, Б.С. Асылбекова, А.Т. Талайбекова // Здоровоохранение Кыргызстана. 2020. № 3. С. 63–70.
7. Хитарьян А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при оперативном лечении ventральных грыж / А.Г. Хитарьян,

- М.Р. Мишоян, Эл-Сахли [и др.] // Патент 2001, RU, А61/17/00, № 219271.
8. *Азимов Р.Х.* Титановые сетчатые импланты в герниологии / Р.Х. Азимов, М.К.М. Аль-Ареки, Т.З. Ахмедов // Хирургия. М., 2019. № 12. С. 126–132.
 9. *Харитонов С.В.* Закономерность неосложнённого раневого процесса у больных со срединной вентральной грыжей после различных видов пластики передней брюшной стенки / С.В. Харитонов, Н.А. Кузнецов, И.Д. Немов, Зинякова М.В // Хирургия. 2013. № 1. С. 47–50.
 10. *Курбанов У.А.* Симультанная холецистэктомия в ходе абдоминопластики / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова [и др.] // Вестник Авиценны Таджикского государственного медицинского университета. 2015. № 2. С. 7–11.