

СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

О. Ю. Гербали*, А. В. Косенко

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», б-р Ленина, д. 5/7, г. Симферополь, 295006, Россия

Аннотация

Цель. Оптимизировать лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами, деформацией передней брюшной стенки и желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. Исследованы 36 больных с осложненными формами послеоперационных вентральных грыж, деформацией передней брюшной стенки и желчнокаменной болезнью в возрасте 36–74 лет, соотношение мужчины/женщины 12:24. По классификации Тоскина — Жебровского грыжи малых размеров были у 3 (8,3%) больных, грыжи средних размеров — у 12 (33,3%) больных, грыжи обширных размеров — у 15 (41,7%) больных и гигантские у остальных 6 (16,7%) пациентов. По SWR-classification грыжи срединной локализации наблюдались у 14 (38,9%) пациентов, боковой локализации — у 7 (19,4%), сочетанной локализации — у 15 (41,7%) больных. Все больные прооперированы. Применяли как аутопластические, так и протезирующие методики операций. Различные варианты деформации передней брюшной стенки устранялись с помощью абдоминопластики. Всем больным симультанно выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 11 (30,5%) больных. Преобладали стойкие серомы (6–54,5% больных). У 3 (27,2%) пациентов — нагноение раны, у 1 (9,1%) — ранняя послеоперационная кишечная непроходимость. Послеоперационная пневмония наблюдалась у одного больного.

Заключение. Успех в оперативном лечении данной категории больных находится в тесной связи с индивидуальным дифференцированным подходом в выборе метода операции и ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, деформации брюшной стенки, холецистэктомия

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Гербали О.Ю., Косенко А.В. Симультанные вмешательства у больных с осложненными формами послеоперационных вентральных грыж и деформаций передней брюшной стенки. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2019; 26(1): 88–93. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-1-88-93>

Поступила 12.11.2018

Принята после доработки 15.01.2019

Опубликована 25.02.2019

SIMULTANEOUS INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA AND ANTERIOR ABDOMINAL WALL DEFORMATIONS

Oksana Yu. Gerbali*, Aleksandr V. Kosenko

Medical Academy n.a. S.I. Georgievsky, Vernadsky Crimean Federal University,
Lenina ave., 5/7, Simferopol, 295006, Russia

Abstract

The aim is to optimize the treatment of patients with postoperative ventral hernias, anterior abdominal wall deformations and cholelithiasis.

Materials and methods. 36 patients with complicated forms of postoperative ventral hernias, anterior abdominal wall deformation and cholelithiasis aged 36–74 years, under the 12:24 male/female ratio were studied. According to the classification of Toskin — Zhebrovsky, small-sized, medium-sized, extensive and gigantic hernias were observed in 3 (8.3%), 12 (33.3%), 15 (41.7%) and 6 (16.7%) patients, respectively. According to the SWR-classification, the hernia of the median, lateral and combined localization was observed in 14 (38.9%), 7 (19.4%) and 15 (41.7%) patients, respectively. All patients were operated. Both autoplasmic and prosthetic techniques of operations were used. Various forms of the anterior abdominal wall deformation were eliminated with the help of abdominoplasty. Laparoscopic cholecystectomy was performed simultaneously in all patients.

Results. Postoperative complications occurred in 11 (30.5%) patients, with persistent seroma prevailing (6–54.5% of patients). In 3 (27.2%) patients wound suppuration was observed, in 1 (9.1%) — early postoperative intestinal obstruction. Postoperative pneumonia was observed in one patient.

Conclusion. Success in the surgical treatment of such patients is determined by whether an individualized differentiated approach was used in choosing the method of surgery and the management of patients in the postoperative period.

Keywords: postoperative ventral hernia, abdominal wall deformations, cholecystectomy

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Gerbali O.Yu., Kosenko A.V. Simultaneous Interventions in Patients with Complicated Forms of Postoperative Ventral Hernia and Anterior Abdominal Wall Deformations. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2019; 26(1): 88–93. (In Russ., English abstract). <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-1-88-93>

Submitted 12.11.2018

Revised 15.01.2019

Published 25.02.2019

Введение

Проблема хирургического лечения симультанной патологии является актуальной в настоящее время. По данным ВОЗ, наличие у многих пациентов сочетанных хирургических заболеваний составляет 20–30% [1]. В практической хирургии существуют трудности при выборе тактики комплексного хирургического лечения, а также ведения послеоперационного периода у больных с различными, довольно частыми сочетаниями таких заболеваний, как желчнокаменная болезнь (ЖКБ), послеоперационные грыжи брюшной стенки (ПГБС), ожирение [2, 3]. Часто эти заболевания отягощают течение друг друга, сопровождаются осложнениями в послеоперационном периоде и приводят к повышению частоты неблагоприятных исходов [4].

Накоплены данные о том, что ожирение ассоциируется с нарушениями моторики желудочно-кишечного тракта, дисбалансом местных интестинальных гормонов и иммунными нарушениями, осложняющими течение многих заболеваний желчного пузыря, гастродуоденальной зоны и брюшной стенки [5]. Пациенты, страдающие ожирением, составляют от половины до двух третей всех больных с ПБГ [6]. Проведение симультанных операций у больных с ожирением характеризуется определенными сложностями как в технике проведения операций, так и ведении послеоперационного периода. Избыточная масса тела предрасполагает к сердечно-легочным осложнениям [7]. Комбинация коморбидных заболеваний органов ЖКТ формирует категорию сложных больных, подобные комбинации часто заставляют отказываться от оперативного вмешательства даже опытных хирургов. И здесь главным направлением является принцип дифференцированного индивидуального подхода к выбору метода операции. Ведь неправильный выбор оперативного вмешательства может привести к повышению внутрибрюшного давления, а соответственно, к сердечно-легочным осложнениям [8].

Остается проблематичным лечение осложненных форм ПБГ при наличии колостом; кишечных и панкреатических свищей; у больных с повышенным риском инфекционных, сердечно-сосудистых и легочных осложнений; при наличии в зоне рубцов окололигатурных гранул и микроабсцессов, а также очагов острого и хронического воспаления [9, 10]. Стремление оптимизировать лечение больных с симультанной патологией при осложненных формах ПБГ и деформаций передней брюшной стенки определило цель нашей работы.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с ПБГ, деформацией передней брюшной стенки и желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы

Представлен опыт лечения 36 больных с осложненными формами ПБГ, деформацией передней брюшной стенки и ЖКБ. Мужчин было 12 (33,3%), женщин 24 (66,7%). Возраст больных колебался от 36 до 74 лет. Распределение больных по критериям классификации J. P. Chevrel и A. M. Rath (2000) [1] представлено в табл. 1.

Таблица 1. Распределение больных ПБГ по критериям классификации J. P. Chevrel и A. M. Rath
Table 1. Distribution of patients with postoperative ventral hernias based on J. P. Chevrel and A. M. Rath classification criteria

Критерии классификации	Больные с ПБГ (n=36)
1. По локализации	
Срединная (M)	14 (38,9%)
Боковая (L)	7 (19,4%)
Сочетанная (ML)	15 (41,7%)
2. Ширина грыжевых ворот	
W1 (до 5 см)	3 (8,3%)
W2 (5–10 см)	12 (33,3%)
W3 (10–15 см)	15 (41,7%)
W4 (более 15 см)	6 (16,7%)
3. Частота рецидивов	
R0	16 (44,5%)
R1	7 (19,4%)
R2	4 (11,1%)
R3	8 (22,2%)
R4	1 (2,8%)

В работе применен алгоритм клинического обследования и выбора метода лечения больных с осложненными ПБГ, включающий в себя: оценку величины и характера грыжи; выявление сопутствующих хирургических заболеваний и соответственно планирование симультанных операций; планирование объема предоперационной подготовки, а также методов профилактики прогнозируемых послеоперационных осложнений; выбор наиболее рационального метода операции. Пластические операции с послойной адаптацией краев грыжевого де-

фекта мы относим к радикальным («натяжная пластика»). Варианты операций без сближения краев грыжевого дефекта считали паллиативными («ненатяжная пластика»). У всех больных различные виды герниопластики сочетались с классической абдоминопластикой и лапароскопической холецистэктомией.

Результаты и обсуждение

У 36 больных наблюдались следующие осложнения: ущемления у 2 (5,6%) больных; невраивимость грыжи с клиническими проявлениями частичной кишечной непроходимости — у 10 (27,8%) больных; мацерации и изъязвления в зоне грыжевого выпячивания — у 6 (16,7%) пациентов, лигатурные свищи — у 4 (11,1%) пациентов; воспалительные инфильтраты — у 8 (22,2%) больных. Очаги хронического воспаления, выявленные на УЗИ — у 3 (8,3%) больных, абсцесс брюшной стенки — 1 (2,7%) пациент, кишечные свищи в зоне грыжи — у 2 (5,6%) пациентов.

Как следует из табл. 2, симультанные заболевания терапевтического профиля наблюдались у подавляющего большинства больных, что учитывалось в длительности и качестве предоперационной подготовки.

Таблица 2. Симультанные заболевания терапевтического профиля

Table 2. Simultaneous diseases of therapeutic profile

Заболевания	n (%)
Гипертоническая болезнь (I, II, III)	23 (63,9)
Ишемическая болезнь сердца	16 (44,4)
Инфаркт в анамнезе	2 (5,6)
Пороки сердца	1 (0,3)
Хронические обструктивные заболевания легких (бронхит, пневмония, бронхиальная астма)	11 (30,6)
Ожирение	36 (100,0)
Сахарный диабет	8 (22,2)
Варикозное расширение вен	9 (25,0)

Все сопутствующие заболевания на момент оперативного вмешательства были компенсированы. Основными направлениями профилактики послеоперационных осложнений были: антибактериальная терапия, селективная деконтаминация кишечника, энтеросорбция, подготовка кожных покровов и области операции. Проводилась также профилактика бронхолегочных и сердечно-сосудистых осложнений.

Симультанные хирургические операции выполнены у всех больных.

Факторами высокой степени риска послеоперационных осложнений со стороны раны, а также экстрабdomинальных осложнений считали: наличие очагов «дремлющей» инфекции в тканях грыжи, которые имели место у 23 (63,9%) больных; сопутствующая хроническая патология дыхательной и сердечно-сосудистой систем у 53 (147,2%) больных; возраст старше 60–74 лет (17–47,2%); послеоперационный парез кишечника на фоне выраженной и чрезвычайно выраженной степени спаечного процесса у 10 (27,8%), продолжительность операции более 3 часов у всех больных; значительное повышение внутрибрюшного давления при пластике грыжевых ворот и в раннем послеоперационном периоде — у 32 (88,9%). Кроме этих факторов риска учитывали и другие, такие как наличие ожирения у 36 (100,0%), сахарного диабета у 8 (22,2%) пациентов.

Радикальные операции («натяжная» пластика) были применены у 28 (77,8%) больных. Корригирующие операции произведены у 8 (22,2%) больных. Аутопластические методы применены у 15 (41,7%) больных. Многослойная аутодермопластика по Шалимову — Troppoli применялась при нижне-срединных грыжах (Мб), при ширине грыжевого дефекта 9/1–9/2 (26–72,2% больных). Аллопластические методы применены у 21 (58,3%) больных. Показаниями к протезирующим операциям считали: рецидивные и многократно-рецидивирующие вентральные грыжи; грыжи больших размеров (обширные и гигантские) при дряблой брюшной стенке в связи с атрофией мышц, фасций и апоневроза; все случаи грыж, возникших на фоне признаков грыжевой болезни.

При грыжевых дефектах W2–W3, если позволяло состояние больного, производилось укрепление зоны пластики эксплантатом, размещенным между брюшиной и мышечно-апоневротическим слоем. Этот метод применен у 10 (27,8%) больных. У 8 (22,3%) больных при ширине грыжевого дефекта больных W2–W3 эксплантат располагался непосредственно со стороны брюшной полости с отграничением от кишечника лоскутом большого сальника. У 9 (25,0%) больных трансплантат размещен впереди мышечно-апоневротического слоя.

По модифицированной методике Devlin прооперировано 10 больных при вентральных грыжах W1–R1. Способ заключается в комбинированной эксплантации в верхних отделах живота по технологии onlay с минимальным на-

тяжением тканей. При невозможности выполнения радикальной операции, а также у больных с ущемленными грыжами производили пластику грыжевого дефекта по типу паллиативной грыжи, или «ненатяжную» пластику. Использовали различные варианты грыжесечения.

При обширных и гигантских грыжевых дефектах одним из важных условий комбинированной герниопластики являлось максимально возможное использование собственных тканей больного. Грыжевой мешок иссекать полностью считаем нецелесообразным. Его участки могут быть использованы как для закрытия брюшной полости, так и для создания капсулы, отграничивающей эксплантат от подлежащих органов и подлежащей подкожно-жировой основы. Примером такой операции является способ комбинированной герниопластики по Тоскину — Жебровскому, который был применен в 6 случаях. Операции Ramirez и Rivers-Stoppa у больных с осложненными формами ПВГ не применяли.

Всем больным произведена лапароскопическая холецистэктомия и традиционная абдоминопластика. Специальным методом, дополняющим традиционное лечение тяжелой категории больных, был активный контроль над течением раневого процесса с использованием УЗИ брюшной полости (ежедневно, начиная со вторых суток после операции). При выявлении скоплений серозной жидкости (серома) производили пункции с удалением содержимого. Серомы относили к осложнениям только при поздней диагностике и самостоятельном опорожнении через кожные швы, а также в тех случаях, когда присоединялась инфекция. Следует отметить, что данное осложнение возникает не всегда. Здесь немаловажное значение имеет техника ушивания раны и способ эксплантации

протезирующего материала. При *inlay* и *sublay* технологии серомы наблюдаются редко. При *onlay* технологии в условиях адекватного дренирования раны серома часто сопутствует методике. Лечение серомы включало в себя физиотерапевтические мероприятия, дренирование с активной аспирацией или ежедневные пункции со строгим соблюдением асептики.

Послеоперационные осложнения возникли у 11 (30,5%) больных. Преобладали стойкие серомы (6,0–54,5% больных). У 3 (27,2%) пациентов — нагноение раны, у 1 (9,1%) — ранняя послеоперационная кишечная непроходимость. Послеоперационная пневмония наблюдалась у одного больного.

Заключение

1. Факторами, определяющими особенности клинического течения осложненных ПВГ, являются симультанные заболевания терапевтического и хирургического профиля.
2. Успех в оперативном лечении данной категории больных находится в тесной связи с индивидуальным дифференцированным подходом в выборе метода операции и качества предоперационной подготовки больного.
3. Симультанные операции у больных с послеоперационной вентральной грыжей, ЖКБ и деформацией передней брюшной стенки являются методом выбора и могут быть рекомендованы в стационарах, где есть соответствующее оборудование и владеющие методикой специалисты.
4. Анализ результатов хирургической коррекции, осложненных ПВГ при симультанной патологии, выявил высокую эффективность данного метода лечения.

Список литературы

1. Жебровский В.В. *Атлас операций на органах брюшной полости*. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009: 450.
2. Попова И.Р. Распространенность заболеваний органов пищеварения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012; 22(5): 24–30.
3. Горбатюк И.Б. Клиническая и морфологическая характеристика хронического холецистита и холестероза желчного пузыря у больных с ишемической болезнью сердца и ожирением. *Украинский медицинский альманах*. 2012; 2(15): 39–42.
4. Helgstrand F., Rosenberg J., Kehlet H. et al. Low risk of trocar site hernia repair 12 years after primary laparoscopic surgery. *Surg. Endosc.* 2011; 25(11): 3678–3682.
5. Верстюк Н.Г., Сеньютович Н.Р. Диагностическое значение иммунореактивного инсулина, лептина и альдостерона у больных с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне ожирения и хронического холецистита. *Галицкий врачебный вестник*. 2010; 17(4): 15–17.
6. Ничитайло М.Ю. Особенности выполнения лапароскопических операций у больных с ожирением. *Клиническая хирургия*. 2012; 8: 32–33.

7. Zdichavsky M., Bashin Y.A., Blumenstock G. et al. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2012; 24(9): 1033–1038. DOI: 10.1097/MEG.0b013e328354ad6e
8. Шевченко К.В., Щербатых А.В., Соколова С.В. Результаты протезирующей пластики передней брюшной стенки при лечении послеоперационных вентральных грыж. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* 2014; 3(97): 57–61.
9. Сердюков М.А., Зурнаджьянц В.А., Кикбеков Э.А., Ашуров Ф.А. Сочетанные операции как метод, благотворно влияющий на качество жизни пациента. *Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.* 2017; 1: 176.
10. Ильченко Ф.Н. Симультанные вмешательства у больных с послеоперационной грыжей и сопутствующим ожирением. *Клиническая хирургия.* 2012; 8: 18.

References

1. Zhebrovskii V.V. *Atlas operatsii na organakh bryushnoi polosti.* М.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2009: 450 (In Russ.).
2. Popova I.R. Rasprostranennost' zabolevaniy organov pishchevareniya u patsientov s izbytochnoi massoi tela i ozhireniem. *Rossiiskii Zhurnal Gastroenterologii, Gepatologii, Koloproktologii.* 2012; 22(5): 24–30 (In Russ.).
3. Gorbatyuk I.B. Klinicheskaya i morfologicheskaya kharakteristika khronicheskogo kholetsistita i kholosteroza zhelchnogo puzyrya u bol'nykh s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa i ozhireniem. *Ukrainskii Meditsinskii Al'manakh.* 2012; 2(15): 39–42 (In Russ.).
4. Helgstrand F., Rosenberg J., Kehlet H. et al. Low risk of trocar site hernia repair 12 years after primary laparoscopic surgery. *Surg. Endosc.* 2011; 25(11): 3678–3682.
5. Verstyuk N.G., Senyutovich N.R. Diagnosticheskoe znachenie immunoreaktivnogo insulina, leptina i al'dosterona u bol'nykh s nealkogol'noi zhirovoi bolezn'yu pecheni na fone ozhireniya i khronicheskogo kholetsistita. *Galitskii Vrachebnyi Vestnik.* 2010; 17(4): 15–17 (In Russ.).
6. Nichitailo M.Yu. Osobennosti vypolneniya laparoskopicheskikh operatsii u bol'nykh s ozhireniem. *Klinicheskaya Khirurgiya.* 2012; 8: 32–33 (In Russ.).
7. Zdichavsky M., Bashin Y.A., Blumenstock G. et al. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2012; 24(9): 1033–1038. DOI: 10.1097/MEG.0b013e328354ad6e
8. Shevschenko K.V., Shcherbatykh A.V., Sokolova S.V. The results of prosthetic plasty of the anterior abdominal wall at the treatment of postoperative ventral hernias. *Byulleten' VSNTs SO RAMN.* 2014; 3(97): 57–61 (In Russ., English abstract).
9. Serdyukov M.A., Zurnadzh'yants V.A., Kikbekov E.A., Ashurov F.A. Sochetannye operatsii kak metod blagotvorno vliyayushchii na kachestvo zhizni patsienta. *Al'manakh Instituta Khirurgii im. A.V. Vishnevskogo.* 2017; 1: 176 (In Russ.).
10. Il'chenko F.N. Simul'tannye vmeshatel'stva u bol'nykh s posleoperatsionnoi gryzhei i sopushtvuyushchim ozhireniem. *Klinicheskaya Khirurgiya.* 2012; 8: 18 (In Russ.).

Контактная информация / Corresponding author

Гербали Оксана Юрьевна; тел.: +7 (978) 856-56-96; ул. Фурманова, д. 8, г. Симферополь, 295053, Россия

e-mail: oksana.gerbali@mail.ru

Oksana Yu. Gerbali; tel.: +7 (978) 856-56-96; Furmanova str., 8, Simferopol, 295053, Russia

e-mail: oksana.gerbali@mail.ru