

СТАТЬИ

УДК 617.55-007.43-089.844

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ****Калыбеков Т.Н.***Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек,
e-mail: myktybek@rambler.ru*

В статье представлены результаты симультанных операций, выполненных по поводу послеоперационных вентральных грыж в сочетании с желчекаменной болезнью. Дан анализ результатов операций, выполненных у 52 больных, из них 32 женщины, 20 мужчин, возраст оперированных колебался от 28 до 72 лет. Ранее операции были выполнены по поводу гинекологических заболеваний и родоразрешения (кесарево сечение) у 16, травм брюшной полости у 5, заболеваний органов брюшной полости у 18 и у 13 характер ранее выполненной операции не установлен. Основным заболеванием, по поводу которого больные были госпитализированы, была послеоперационная вентральная грыжа. Четыре пациента поступили по поводу острого холецистита, а при обследовании обнаружена невправимая послеоперационная вентральная грыжа. В лечении грыж использованы методы аутопластики (24 чел.), при слабости мышц и апоневроза применили полипропиленовую сетку для укрепления грыжевых ворот, а при больших и гигантских грыжах грыжевые ворота замещали полипропиленовой сеткой с сохранением объема брюшной полости. Сетки располагали внебрюшинно и фиксировали в двух вариантах: по периметру грыжевых ворот и под апоневрозом с фиксацией сетки узловым швом. При сочетании послеоперационной вентральной грыжи с хроническим калькулезным или острым холециститом можно использовать симультанные операции, но обязательно с учетом показаний к методу пластики, особенно при использовании сетки, когда она применена для полного сохранения объема брюшной полости.

Ключевые слова: послеоперационная, вентральная, грыжа, желчекаменная болезнь, симультанные операции, осложнения, исход

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE
VENTRAL HERNIAS IN COMBINATION WITH CHOLELITHIASIS****Kalybekov T.N.***Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek,
e-mail: myktybek@rambler.ru*

The article presents the results of simultaneous operations performed for postoperative ventral hernias in combination with cholelithiasis. An analysis of the results of operations performed in 52 patients, including 32 women and 20 men, was given, the age of the operated patients ranged from 28 to 72 years. Previously, operations were performed for gynecological diseases and caesarean section in 16, abdominal injuries in 5, diseases of the abdominal organs in 18, and in 13, the nature of the previously performed operation was not established. The main disease for which the patients were hospitalized was postoperative ventral hernia. Four patients were admitted for acute cholecystitis, and the examination revealed an irreducible postoperative ventral hernia. In the treatment of hernias, autoplasty methods were used (24 people), in case of muscle weakness and aponeurosis, a polypropylene mesh was used to strengthen the hernia orifice, and in case of large and giant hernias, the hernial orifice was replaced with a polypropylene mesh while maintaining the volume of the abdominal cavity. The meshes were placed extraperitoneally and fixed in two versions: along the perimeter of the hernial orifice and under the aponeurosis with fixation of the mesh with an interrupted suture. When a postoperative ventral hernia is combined with chronic calculous or acute cholecystitis, simultaneous operations can be used, but always taking into account the indications for the plastic method, especially when using a mesh when it is used to fully preserve the volume of the abdominal cavity.

Keywords: postoperative, ventral, hernia, cholelithiasis, simultaneous operations, complications, outcome

В настоящее время многими исследователями отмечается рост числа больных с послеоперационными вентральными грыжами [1, 2], который связан с выполнением травматичных операций, а также в связи с более частым поступлением больных с деструктивными формами, после оперативного лечения которых возникают раневые осложнения, а в отдаленные сроки формируются вентральные грыжи [3, 4]. Также причиной возникновения грыжи является возникновение легочных и плевральных осложнений, при которых наблюдается повышение вну-

трибрюшного давления. Кроме того, причиной грыж является и раннее выполнение физической нагрузки [5]. Лечение послеоперационных вентральных грыж представляет сложности в связи с нарушением анатомии передней брюшной стенки [6].

Также необходимо отметить рост заболеваемости желчекаменной болезнью (ЖКБ) не только среди людей пожилого и старческого возраста, но и среди молодых. Сочетание ЖКБ с послеоперационной вентральной грыжей представляет еще одну проблему в абдоминальной хирургии.

В последние годы многие исследователи рекомендуют при выявлении сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения, выполнять симультанные операции, которые позволяют избавить больного от 2–3 патологий одновременно. В этом плане представлено много работ, в которых даны результаты симультанных операций, но в основном при сочетании ЖКБ и заболеваний органов малого таза, ЖКБ и спаечной болезни, ЖКБ и патологии мочеполовой системы [7–9], а что касается послеоперационных вентральных грыж с ЖКБ, то специальных исследований в этом плане нами не обнаружено, а имеются лишь единичные сообщения. Несмотря на множество опубликованных работ в плане симультанных операций, до сих пор окончательно не решен вопрос о последовательности операции, мерах профилактики воспалительных осложнений, которые являются основной причиной рецидива грыж, расположении сеток и их фиксации, сроках удаления дренажей [10, 11]. Эти перечисленные вопросы и явились основанием для данного исследования.

Цель работы – представить результаты симультанных операций, выполненных по поводу послеоперационных вентральных грыж в сочетании с желчекаменной болезнью.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 52 больных, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкека в период с 2018 по 2020 г. Из них 32 женщины, 20 мужчин, а возраст их колебался от 28 до 72 лет (средний показатель 48,2±3,18 лет). Давность существования грыж от одного года до 18 лет, а длительность ЖКБ от 6 месяцев до 8 лет. В обследовании больных кроме общепринятых методов (общий анализ крови и мочи, свертывающая система крови, ЭКГ у лиц старше 50 лет) исследовали функциональное состояние печени и почек, проводили УЗИ. Кроме того, определяли коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки для выбора метода пластики грыжевых ворот по методике, разработанной Хитарьяном и соавт. [9] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки по формуле

$$K = \frac{(R/R-h)^2 - 1}{224(R-R_1-h)^2} P\sqrt{PA},$$

где P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости. Если грыжа локализуется в эпигастральной области, то P составляет 98 ПА, если в мезогастрii – 245 ПА, и если в ги-

погастрii, то 392 ПА. R – внешний радиус живота. R_1 – радиус грыжевого выпячивания и h – толщина брюшной стенки.

При коэффициенте менее 2,09 использовали методы аутопластики, при коэффициенте выше 2,10 – полипропиленовую сетку с сохранением объема брюшной полости.

При УЗИ определяли размер грыжевых ворот и характер содержимого грыжевого мешка (сальник, кишечник). В диагностике ЖКБ использовано УЗИ, при котором оценивали состояние печени, желчного пузыря и желчных протоков, эта методика применена нами и после операции для своевременного выявления осложнений брюшной полости и раны.

Полипропиленовая сетка применялась в трех вариантах. Первый вариант – при слабо развитой передней брюшной стенке, когда в момент ушивания грыжевых ворот наблюдается расслаивание мышц или апоневроза, то на область ушитых грыжевых ворот укладывали полипропиленовую сетку такого размера, чтобы она охватывала ушитые ворота не менее 2 см с каждой стороны. В тех случаях, когда нужно сохранить объем брюшной полости (второй вариант), то полипропиленовую сетку фиксировали к воротам грыжи по периметру непрерывным швом с периодическим захлестыванием шва и третий вариант – после выделения грыжевых ворот сетку размещали под апоневрозом и фиксировали узловыми швами, предварительно наложенными на сетку. Полученные результаты обработаны по программе пакета SPSS-2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате выполненных исследований выяснилось, что малые размеры грыж были у 6 (до 5 см), средние у 12 (до 10 см), большие у 29 (от 10 до 20 см) и гигантские у 5 (более 20 см). Наибольшую группу составили больные с большими грыжами (55,8%) (таблица).

В правом подреберье грыжа локализовалась у 14, в эпигастрии у 12, в мезогастрii у 14, в гипогастрии у 16 и у 4 в правой подвздошной области. Из 52 больных с послеоперационными вентральными грыжами 48 поступили на оперативное лечение по поводу грыжи, а при обследовании обнаружили хронический калькулезный холецистит и при этом установлено, что у больных периодически наблюдался приступ печеночной колики, либо больные отмечали усиление болевого синдрома после погрешности в диете, а при УЗИ обнаруживали не только конкременты в желчном пузыре, но и признаки хронического воспаления.

Размеры послеоперационных вентральных грыж у больных

Всего больных	Из них с размером			
	малые	средние	большие	гигантские
абс. ч.	6	12	29	5
%	11,5	23,0	55,8	9,7

Лишь 4 больных поступили с острым калькулезным холециститом, у которых при обследовании выявлена вентральная послеоперационная грыжа, они отмечали боли в области грыжи, особенно после физической нагрузки.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Их 52 больных при сочетании грыжи с хроническим калькулезным холециститом у 18 при небольших грыжах и грыжах средних размеров выполнена аутопластика, из них по методу Сапезко у 14, а у 4 грыжевые ворота ликвидированы путем ушивания и сопоставления однородных тканей. У остальных использовали полипропиленовую сетку. При этом у 21 сетка применена для укрепления грыжевых ворот, так как при ушивании отмечалось расслаивание апоневроза или была слабо развита брюшная стенка. При этом сетку выкраивали так, чтобы её размеры превышали грыжевые ворота с каждой стороны не менее 2 см. Подкожную клетчатку дренировали микроиригатором, через который осуществляли активную аспирацию отделяемого на протяжении 2 суток, а микроиригатор удаляли на 6–7-е сутки. Эта методика была использована и у 4 больных с острым холециститом, но при обследовании выявлена послеоперационная вентральная грыжа, и при этом больные отмечали боли после физической нагрузки, а у двух даже ранее было кратковременное ущемление. Учитывая эти обстоятельства, мы выполнили у них симультанную операцию: холецистэктомии и грыжесечение. После операции больные продолжали получать антибиотики на протяжении 4–5 дней.

У 9 больных применена сетка с сохранением объема брюшной полости. Из них у 4 больных, у которых показатель напряжения мышц передней брюшной стенки превышал 2,10, необходимо было выполнить грыжесечение с сохранением объема брюшной полости, мы пластику выполнили в двух вариантах. В первом варианте после выделения грыжевого мешка, его вскрытия и вправления грыжевого содержимого, излишки грыжевого мешка иссекали, на брюшину накладывали непрерывный шов, сетку выкраивали размером грыжевых ворот и фиксировали её по периметру грыжевых

ворот непрерывным швом с дополнительным периодическим захлестыванием шва, и затем подкожную клетчатку дренировали микроиригатором (рис. 1).

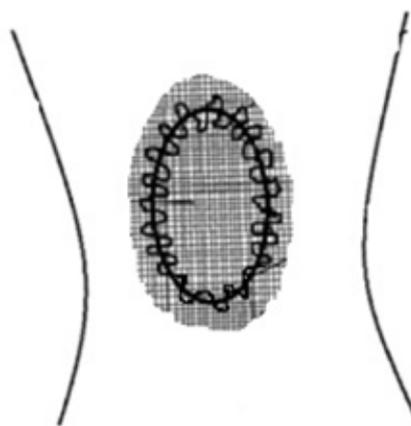


Рис. 1. Фиксация сетки по периметру грыжевых ворот

У 5 больных, которым нужно было сохранить объем брюшной полости, мы использовали расположение сетки под апоневрозом, сетка должна быть больше размеров грыжевых ворот, и располагали под апоневрозом не менее 1,5–2 см и фиксировали узловыми швами, предварительно прошитыми через сетку, а затем проведенными через апоневроз (рис. 2 и 3). Подкожную клетчатку также дренировали как при других способах фиксации сетки (рис. 4).

Особое внимание было уделено наблюдению не только за общим состоянием больных, но и течению раневого процесса. С этой целью каждые 2–3 дня выполняли УЗИ для своевременного выявления осложнений со стороны брюшной полости и послеоперационной раны.

В группе больных с аутопластикой и холецистэктомией осложнения не наблюдали. Их пребывание в стационаре составило $8,1 \pm 0,37$ койко-дней. В группе больных, у которых использованы два варианта пластики грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости, у одного в процессе наблюдения выявлена серома, произведена пункция и жидкость больше не накапливалась. Микроиригатор удаляли на 7–8-е сутки.

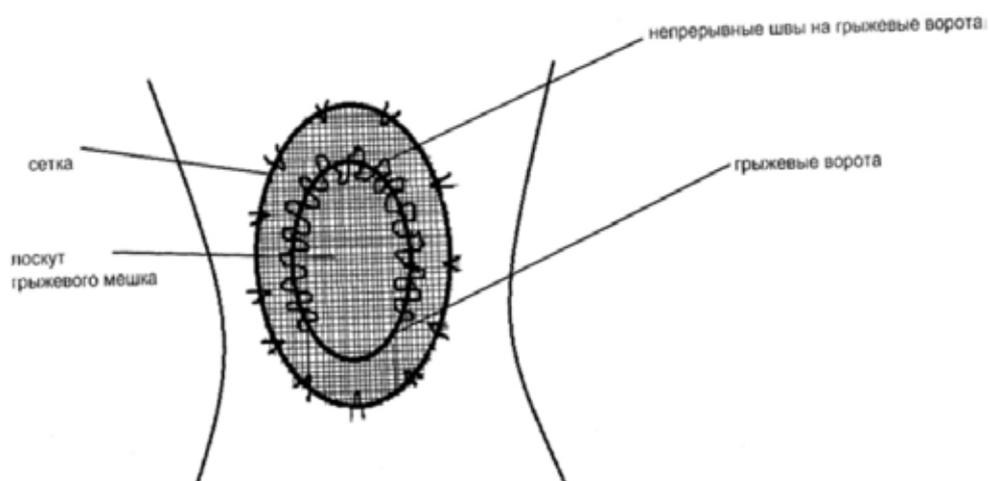


Рис. 2. Первый вариант усовершенствования

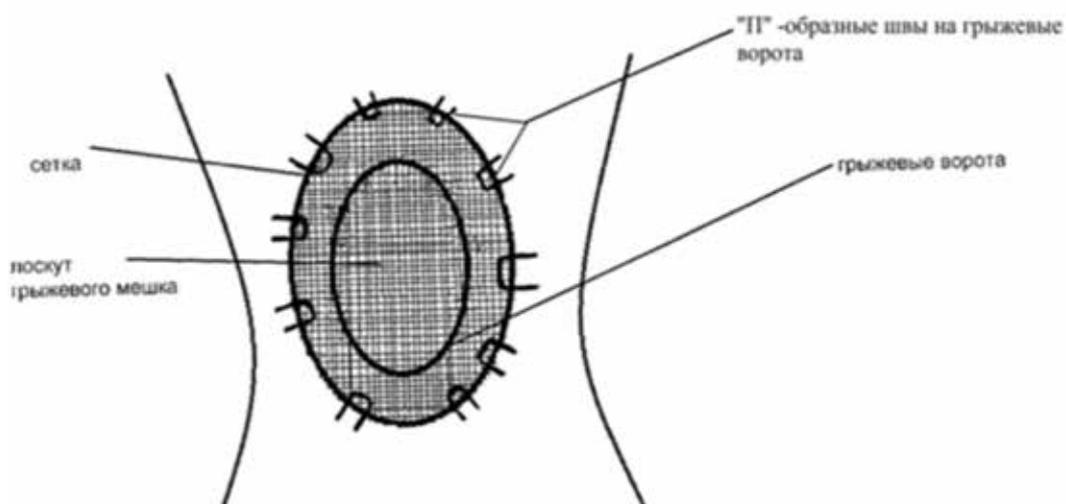


Рис. 3. Вариант усовершенствования расположения и фиксации сетки

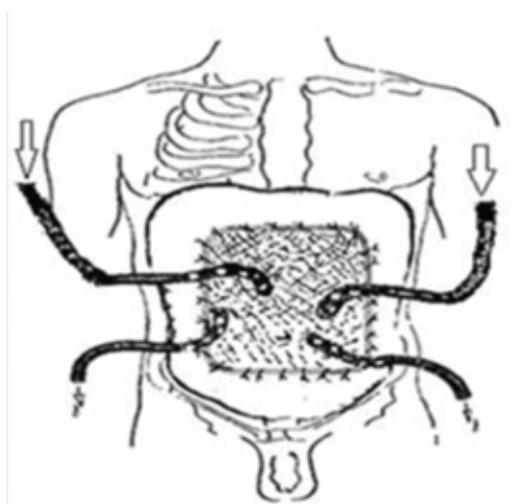


Рис. 4. Дренажирование подкожной клетчатки

Таким образом, осложнение после выполненной нами симультанной операции имело место у одного больного, что составило 1,9%.

Послеоперационная вентральная грыжа и ЖКБ являются нередким сочетанием. Больные требуют строгого подхода с учетом показателей коэффициента напряжения брюшной стенки или внутрибрюшного давления. Мы использовали рекомендации Хитарьяна и соавт. [9], и метод оказался оправданным и у других авторов [10], ни в одном случае не отмечено повышения внутрибрюшного давления.

При выполнении симультанной операции мы предпочитаем сначала выполнять холецистэктомию, а затем грыжесечение. Хотя это и нарушает правила асептики. В лечении послеоперационных вентральных грыж в сочетании с ЖКБ у 44 больных операция выполнена из единого доступа. Осложнения имели место у одного больного (1,9%). Следовательно, индивидуальный подход к выбору метода грыжесечения при сочетанных заболеваниях оказался оправданным.

Выводы

1. При сочетании послеоперационной вентральной грыжи и ЖКБ выбор метода пластики должен быть строго индивидуальным.

2. При грыжах, требующих сохранения объема брюшной полости, можно использовать два способа расположения полипропиленовой сетки: по периметру грыжевых ворот и расположению сетки над апоневрозом с предварительно прошитыми нитями через сетку и апоневроз.

3. Осложнения после грыжесечения и холецистэктомии составили 1,9%, что подтверждает эффективность использования нашего подхода.

Список литературы

1. Попов А.Ю., Петровский А.Н., Губиш А.В., Вагин И.В., Шевченко М.С., Зубарева О.В., Барышев А.Г., Порханов В.А. Результаты восстановления передней брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах с использованием сетчатых имплантатов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020. № 3. С. 35–42. DOI: 10.17116/hirurgia202003135.
2. Tandon A., Pathak S., Lyons N.J., Nunes Q.M., Daniels I.R., Smart N.J. Metaanalysis of closure of the fascial defect during laparoscopic incisional and ventral hernia repair. *Br J Surg.* 2016. No. 103 (12). С. 1598–1607. DOI: 10.1002/bjs.10268.
3. Köckerling F., Simon T., Adolf D., Köckerling D., Mayer F., Reinhold W., Weyhe D., Bittner R. Laparoscopic IPOM versus open sublay technique for elective incisional hernia repair: a registry-based, propensity score-matched comparison of 9907 patients. *Surg Endosc.* 2019. No. 2. P. 23–44. DOI: 10.1007/s00464-018-06629-2.
4. Pauli E.M., Wang J., Petro C.C., Juza R.M., Novitsky Y.W., Rosen M.J. Posterior component separation with transversus abdominis release successfully addresses recurrent ventral hernias following anterior component separation. *Hernia.* 2015. No. 19 (2). P. 285–291. DOI: 10.1007/s10029-014-1331-8.
5. Токтогулов О.Ж. Современные подходы к лечению больных с послеоперационными вентральными грыжами. Бишкек, 2014. 112 с.
6. Токтогулов О.Ж., Чапыев М.Б. Пластика брюшной стенки при рецидивных послеоперационных вентральных грыжах // Медицина и экология. 2015. № 1. С. 325–327.
7. Артыков К.П., Рахматуллаев Р.Р., Рахматуллаев А.Р. Симультанные операции при сочетании хирургических заболеваний органов брюшной полости // Вестник Авиценны. 2015. № 2. С. 114–118.
8. Рамазанова А.Р., Попович В.К., Сушко А.Н. Симультанные операции при желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Московский хирургический журнал. 2010. № 1 (23). С. 8–13.
9. Хитарьян А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при оперативном лечении вентральных грыж // РИ А 61В 17/00, 2001.
10. Токтогулов О.Ж., Чапыев М.Б. Способы размещения и фиксации эндопротеза при послеоперационных вентральных грыжах // Вестник КазНМУ. Алматы. 2015. № 1. С. 56–59.
11. Затевахин И.И., Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления в хирургии (fast trak) внедрена. Что дальше? // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018. № 177 (3). С. 70–75.