

УДК 616-007.43-053

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹Токтогулов О.Ж., ¹Калыбеков Т.Н., ²Чапыев М.Б.,

¹Токтосунов А.С., ³Осмонов Т.Ж., ³Адиев Т.К.

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек;

²Национальный хирургический центр имени академика М.М. Мамакеева

Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, e-mail: chapyev75@mail.ru;

³Ошский государственный университет, Ош

В статье дана оценка результатам симультанных операций при вентральных грыжах у лиц пожилого и старческого возраста. Оперированы 68 больных пожилого (от 60 до 74 лет) и старческого (от 74 до 90 лет) возраста, у которых было сочетание вентральных грыж различной локализации и желчнокаменной болезни. Больных пожилого возраста было 42, старческого – 26, из них женщин – 40, мужчин – 28. Наибольшую группу составляли больные с пупочными и послеоперационными грыжами; по размеру большинство грыж были большими (длина грыжевого мешка от 10 до 15 см). Операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. При пупочных грыжах, а также при послеоперационных грыжах с локализацией выше пупка холецистэктомию выполняли из единого доступа. При паховых и послеоперационных грыжах, расположенных ниже пупка, операции осуществляли из двух доступов. Первым этапом была холецистэктомию, а затем пластика грыжевых ворот. В послеоперационном периоде после симультанных операций осложнения отмечены у 4,4% больных, а в группе сравнения после грыжесечения осложнения выявили у 2 из 50 (4,0%) пациентов, после холецистэктомию – у 2 из 54 (3,7%) больных. У лиц пожилого и старческого возраста возможно выполнение грыжесечения в сочетании с холецистэктомией, но только после детального обследования. Продолжительность операции и сроки стационарного лечения увеличивались незначительно.

Ключевые слова: вентральные грыжи, желчнокаменная болезнь, симультанные операции, пожилой и старческий возраст

SIMULTANEOUS SURGERY FOR VENTAL HERNIAS IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

¹Toktogulov O.Zh., ¹Kalybekov T.N., ²Chapyev M.B.,

¹Toktosunov A.S., ³Osmonov T.Zh., ³Adiev T.K.

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek;

²National Surgical Center named after M.M. Mamakeev of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, e-mail: chapyev75@mail.ru;

³Osh State University, Osh

The article evaluates the results of simultaneous operations for ventral hernias in elderly and senile patients. 68 elderly (from 60 to 74 years old) and senile (from 74 to 90 years old) patients who had a combination of different localization of ventral hernias and cholelithiasis were operated on. There were 42 elderly patients and senile patients – 26, including 40 women and 28 men. The largest group consisted of patients with umbilical and postoperative hernias, and the majority were large hernias (from 10 to 15 cm in length of the hernial sac). Operations were performed under endotracheal anesthesia. For umbilical hernias, cholecystectomy was performed from a single approach, as well as for postoperative hernias with localization above the umbilicus. In inguinal and postoperative, located below the navel, the operation was carried out from two accesses. The first stage was cholecystectomy, and then hernioplasty. In the postoperative period after simultaneous operations, complications were noted in (4.4%), and in the comparison group after hernia repair, complications were detected in 2 out of 50 (4.0%), and after cholecystectomy in 2 out of 54 (3.7%). In elderly and senile patients, it is possible to perform hernia repair in combination with cholecystectomy, but only after a detailed examination. The duration of the operation and the duration of inpatient treatment increased slightly.

Keywords: ventral hernias, cholelithiasis, simultaneous operations, elderly and senile age

В последние годы широко применяются симультанные операции, при которых одновременно удается устранить 2–3 заболевания [1, 2]. Это стало возможным благодаря совершенствованию методов обезбоживания и реанимации. По данным многих исследователей, сочетание заболеваний наблюдается в 20–30% случаев, у пожилых количество случаев сочетания заболеваний достигает 60%, а оперативное вмешательство выполняется не более чем в 3–4%

случаев [3, 4]. Кроме того, часто симультанные операции производятся при желчнокаменной болезни (ЖКБ) в сочетании с заболеваниями органов малого таза, урологическими патологиями [5, 6], и приводятся результаты симультанных операций при сочетании с вентральными грыжами, но это, как правило, малочисленная группа и без учета возраста. А между тем грыженосителями очень часто являются лица пожилого и старческого возраста, у которых име-

ет место сочетание грыж с заболеваниями, требующими оперативного лечения, и патологиями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что затрудняет применение симультанных операций. В опубликованных материалах мы не нашли отражения результатов симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста при вентральных грыжах и ЖКБ, а эти два заболевания наиболее часто выявляются у больных старшего возраста.

Цель исследования – оценить результаты симультанных операций у больных старшего возраста при вентральных грыжах и желчнокаменной болезни.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 68 больных, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкека и Чуйской областной объединенной больницы с 2016 по 2021 гг. включительно. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Наиболее часто поступали женщины (58,8%), реже – мужчины (41,2%), большинство в пожилом возрасте (69,1%), реже – в старческом (30,9%).

При обследовании больных выполняли общий анализ крови и мочи, определяли свертываемость крови, содержание сахара, проводили печеночные и почечные тесты (билирубин, тимоловая проба, АЛТ,

АСТ, мочевины и креатинин), ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости и грыж (определяли размеры грыжевых ворот, характер содержимого) для оценки течения раневого процесса.

Для определения выбора метода и пластики грыжевых ворот использовали методу вычисления коэффициента напряжения брюшной стенки, разработанную А.Г. Хитарьяном и соавт. [7] путем сонографии и антропометрии. При величине коэффициента напряжения до 2,09 выполняли пластику местными тканями, а если коэффициент был выше 2,10, то использовали полипропиленовую сетку с полным замещением грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждение

При обследовании установлены локализации грыж: послеоперационные у 33 (48,5%), пупочные у 21 (30,9%), паховые у 9 (13,2%), белой линии живота у 6 (7,4%) человек. По размерам были распределены на малые, средние и гигантские (табл. 2). Сопутствующие заболевания выявлены у 28–41,1%. До операции все больные консультированы врачом-кардиологом. Вопрос о возможности выполнения симультанной операции решался совместно хирургом, анестезиологом и кардиологом.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте	
	Абс.	%	От 60 до 74	От 74 до 90
Жен.	40	58,8	27	13
Муж.	28	41,2	20	8
Абс.	68	100,0	47	21
%			69,1	30,9

Таблица 2

Локализация вентральных грыж

Локализация	Всего		Из них с размерами			
	абс.	%	Малые	Средние	Большие	Гигантские
Послеоперационные	33	48,5	–	5	24	4
Пупочные	21	30,9	4	4	12	1
Паховые	9	13,2	1	2	6	–
Белой линии живота	5	7,4	1	2	2	–
Итого абс., %	68	100,0	6	13	44	5
			8,8	19,1	64,7	7,4

Таблица 3

Типы операций при сочетании вентральных грыж с желчнокаменной болезнью (n=68)

Типы операции	Всего больных	Из них пластика		
		Аутопластика	Грыжесечение + сетка для укрепления	Полное замещение ворот
Грыжесечение (послеоперационная вентральная грыжа) + холецистэктомия	33	12	17	4
Грыжесечение (пупочная грыжа) + холецистэктомия	21	10	9	2
Грыжесечение (паховая грыжа) + холецистэктомия	9	5	4	–
Грыжесечение (грыжа белой линии живота) + холецистэктомия	5	3	2	–
Итого абс.	68	30	32	6
%		44,1	47,1	8,8

Выбор доступа зависел от локализации грыжи. При пупочной грыже, грыже белой линии живота выше пупка доступ был единый, через него без затруднений выполняли холецистэктомию, а затем пластику грыжевых ворот. При других локализациях сначала выполняли холецистэктомию от шейки с отдельной обработкой артерии и пузырного протока, дренирование подпеченочного пространства, а затем – пластику грыжевых ворот из второго доступа. Осложнений после холецистэктомии не наблюдали.

Способ пластики грыжевых ворот зависел от локализации грыжи, размера и состояния тканей передней брюшной стенки (табл. 3).

При малых размерах грыж при пупочной локализации (4 человека) и по одному наблюдению – паховая грыжа и грыжа белой линии живота – всем больным была выполнена аутопластика с использованием метода Сапежко (2 человека) и Мейо (4 человека).

При средних размерах грыж (от 5 до 10 см) из пяти пациентов у двух применена аутопластика, а у трех – аутопластика с укреплением грыжевых ворот полипропиленовой сеткой; при пупочных грыжах – у двух аутопластика, а у двух – аутопластика с укреплением грыжевых ворот сеткой. При паховых грыжах и грыжах белой линии живота использованы методы аутопластики.

При больших грыжах, из которых наибольшее количество составляли послеоперационные вентральные грыжи, у 12 больных применена аутопластика, а у 12 – с применением полипропиленовой

сетки, причем у 2 – с полным замещением грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости. При пупочных грыжах у 6 больных выполнена пластика по Мейо, а у 4 – пластика с применением сетки для укрепления грыжевых ворот, у 2 пациентов – с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости. При паховых грыжах аутопластика задней стенки выполнена у 4 больных, а у 2 – по Лихтенштейну с применением сетки. При грыжах белой линии живота при больших размерах использовали ушивание грыжевых ворот с укреплением полипропиленовой сеткой.

У всех больных с гигантскими грыжами использовали полипропиленовую сетку с полным сохранением объема брюшной полости. Полипропиленовая сетка для укрепления использована в основном у больных с рецидивом грыж и в тех случаях, когда имела место дряблость передней брюшной стенки, при атрофии мышц и апоневроза. Их укрепление заключалось в следующем: после вскрытия грыжевого мешка и вправления содержимого ушивали брюшину, а затем накладывали швы на апоневроз и мышцы, и сетку выкраивали так, чтобы ее размеры охватывали линию ушивания грыжевых ворот не менее 3–4 см с каждой стороны, и фиксировали ее к апоневрозу. Подкожно-жировую клетчатку дренировали микроиригатором с последующей активной аспирацией, микроиригатор удаляли на 3–4-е сутки. В тех случаях, когда необходимо было сохранить объем брюшной полости, сетку выкраивали по размеру грыжевых ворот.

Таблица 4

Сроки стационарного лечения больных с симультанными и изолированными операциями

Тип операции	Симультанные операции (n=68) M1±m1	Грыжесечение (n=50) M2±m2	Холецистэктомия (n=54) M3±m3	P – степень достоверности
Грыжесечение (послеоперационные грыжи) + ХЭ	9,3±0,41	8,4±0,62	6,2±0,97	M1-M2>0,05 M1-M3<0,05
Грыжесечение (пупочная грыжа) + ХЭ	6,3±0,62	5,9±0,91		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05
Грыжесечение (грыжа белой линии живота) + ХЭ	5,7±0,31	4,9±0,58		M1-M2<0,05 M1-M3>0,05
Грыжесечение (паховая грыжа) + ХЭ	7,1±0,36	6,9±0,45		M1-M2>0,05 M1-M3<0,05

После вскрытия грыжевого мешка и вправления содержимого избыток грыжевого мешка не иссекали, а укладывали на область ушитой брюшины, а затем полипропиленовую сетку по окружности грыжевых ворот фиксировали по краям ворот непрерывным швом с периодическим его захлестыванием для предотвращения прорезывания. Также подкожную клетчатку дренировали микроиригатором, который удаляли на 3–4-е сутки.

Особое внимание уделяли контролю за течением раневого процесса при любом виде пластики. Каждые 2–3 дня выполняли УЗИ операционной раны. При выявлении серомы, гематомы выполняли пункцию. А также осуществляли УЗИ брюшной полости, особое внимание уделяли подпеченочному пространству, оценивали течение заживления ложа желчного пузыря.

После операции больные получали антибиотик цефтриаксон по 1 г 2 р/д внутримышечно или внутривенно. Из 68 больных, которым выполнены симультанные операции, у трех обнаружено осложнение в виде серомы (4,4%): произведена пункция, заживление раны прошло первичным натяжением. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Для оценки симультанных операций мы проанализировали исходы у 50 больных после грыжесечения и у 54 после холецистэктомии, и при этом обратили особое внимание на сроки стационарного лечения и частоту осложнений (табл. 4).

При сопоставлении срока стационарного лечения отличие имелось лишь в сроке лечения больных с послеоперационными грыжами. Осложнение в виде серомы при изолированном грыжесечении отмечено у 2 из 50 (4,0%) больных и после холецистэктомии инфильтрат в области раны – у 2 из 54 (3,7%) больных.

Заключение

При сочетании грыжи любой локализации с ЖКБ у лиц старшего возраста очень важным моментом операции является выбор обезболивания. В настоящее время большинство хирургов симультанные операции выполняют лапароскопически [8, 9], но у пожилых лиц и лиц старческого возраста наложение пневмоперитонеума влияет отрицательно на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, так как у них очень часто имеют место сопутствующие заболевания (ГБ и КБС, бронхолегочные заболевания). Учитывая эти обстоятельства, мы использовали эндотрахеальный наркоз и лапаротомный доступ. Большинство хирургов при симультанных операциях рекомендуют выбор последовательности с учетом асептичности операции [2, 6, 8], но в наших наблюдениях было невозможно выполнить это требование, поэтому мы сначала выполняли холецистэктомию, а затем грыжесечение. У пожилых при грыжесечении очень часто имеет место риск повышения внутрибрюшного давления, поэтому перед операцией необходимо выполнять все возможные исследования для выбора наиболее адекватного метода, при котором бы не было повышено внутрибрюшное давление. Наши исследования [10, 11, 12] показали ценность применения метода, разработанного Хитарьяном и соавт [7], для определения выбора метода пластики. Методика не сложная, но эффективная, ни в одном случае мы не наблюдали повышения внутрибрюшного давления [10, 11], схематически она представлена на рисунках 1–4.

Сопоставление показателей больных, у которых произведена симультанная операция, показало, что продолжительность операции существенно не увеличивается в сравнении с изолированными операциями, сроки стационарного лечения были бо-

лее продолжительными у больных с послеоперационными вентральными грыжами, но в любом случае пациенты избавляются от 2–3 заболеваний. Обоснованы эти операции еще и тем, что оставление операции на желчном пузыре на второй этап чревато возникновением осложнений, а оставление грыжи повышает риск ее ущемления, это осложняет состояние больных и выполнение операции.

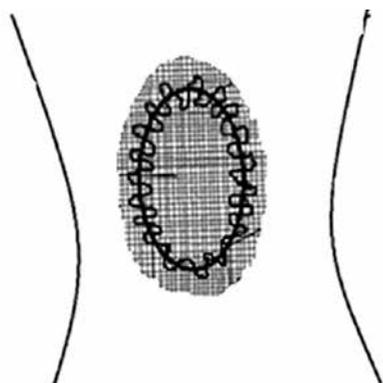


Рис. 1. Фиксация сетки по периметру грыжевых ворот

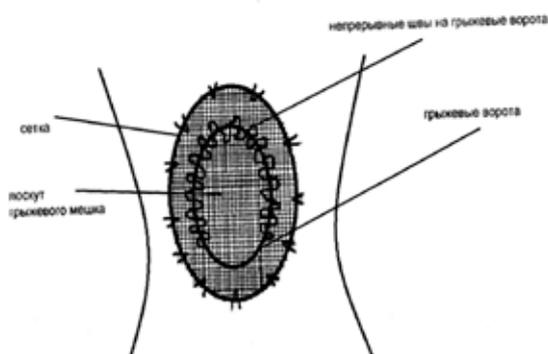


Рис. 2. Первый вариант усовершенствования

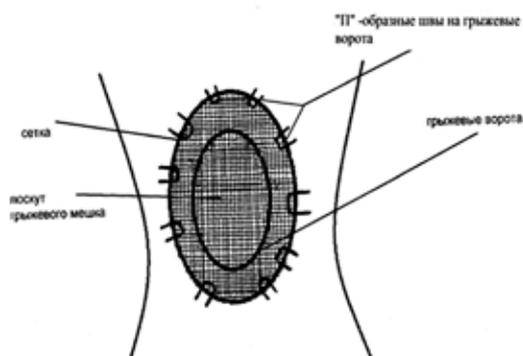


Рис. 3. Вариант усовершенствования расположения и фиксации сетки

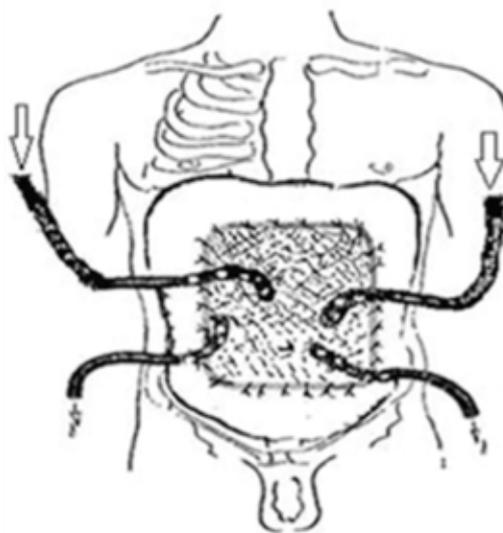


Рис. 4. Дренажирование подкожной клетчатки

Заключение

Симультанные операции у лиц старшего возраста можно выполнять, но после тщательного обследования. Их преимущество заключается в том, что они моментно избавляют от 2–3 заболеваний. Их продолжительность и сроки стационарного лечения существенно не отличаются от таковых при изолированных операциях. При планировании симультанной операции должны быть учтены возможные факторы риска и осложнения и предприняты меры их профилактики.

Список литературы

1. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И. Медицинские аспекты и экономическая эффективность сочетанных оперативных вмешательств // *Анналы Хирургии*. 2016. Т. 21, №5. С. 306-311.
2. Артыков К.П., Рахматуллаев Р.Р., Рахматуллаев А.Р. Симультанные операции при сочетании хирургических заболеваний органов брюшной полости // *Вестник Авиценны*. 2015. № 2. С. 114-117.
3. Азимов А.Х., Аль-Арики М.К.М., Ахмедов Т.З. Титановые сетчатые импланты в герниопластике // *Хирургия*. 2019. № 12. С. 126-132.
4. Лебедева Е.А. Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря органов малого таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 23 с.
5. Jocko J.A., Shenassa H., Singh S.S. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a Canadian retrospective case series // *J. Obstet. Gynecol. Can.* 2013. Vol. 35, № 1. P. 44-47.
6. Токтогулов О.Ж., Калыбеков Т.Н. Симультанная операция при сочетании пупочной грыжи с желчнокаменной болезнью // *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2022. Т. 22, № 1. С. 89-93. DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-1-89-93.
7. Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли Х.И., Ковалев С.А., Гущина Е.В. Способ выбора оптимального вариан-

та пластики при оперативном лечении вентральных грыж // Патент RU 2 199 271 С1. Опубликовано: 2003.02.27.

8. Кукешова М.Н., Асылбекова Б.С., Талайбекова А.Т. Симультанные эндовидеолапароскопические операции в гинекологии // Здоровоохранение Кыргызстана. 2020. № 3. С. 64-70.

9. Surico D, Gentili S., Vigone A. Laparoendoscopic single-site surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy // J. Minim. invasive gynecol. 2010. Vol. 17, № 5. P. 656-659.

10. Токтогулов О.Ж., Чапыев М.Б. Пластика брюшной стенки при рецидивных послеоперационных вентральных грыжах // Медицина и экология. 2015. № 1. С. 325-327.

11. Чапыев М.Б. Способы размещения и фиксации эндопротеза при послеоперационных вентральных грыжах // Вестник КазНМУ. 2015. № 1. С. 56-59.

12. Калыбеков Т.Н. Результаты оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж в сочетании с желчекаменной болезнью // Научное обозрение. Медицинские науки. 2022. № 3. С. 5-9.