

О. Ю. ГЕРБАЛИ ¹, В. В. ПУЗАКО ²

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ИНТЕНСИФИКАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Медицинской академии имени С. И. Георгиевского бульвар Ленина 5/7, Симферополь, Россия, 295006.

²Клинический Медицинский Многопрофильный Центр Святителя Луки бульвар Ленина 5/7, Симферополь, Россия, 295006.

АННОТАЦИЯ

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, сочетанными со спаечной болезнью брюшины.

Материалы и методы. Исследованы 79 больных с вентральными грыжами в возрасте 30-80 лет, соотношение мужчины/женщины 24:88. По классификации Тоскина-Жебровского грыжи малых размеров были у 16 (20,3%) больных, грыжи средних размеров – у 23 (29,1%) больных, грыжи обширных размеров – у 27 (34,2%) больных и гигантские у остальных 13 (16,4%) пациентов. По SWR-classification грыжи срединной локализации наблюдались у 59 (74,7%) пациентов, боковой локализации – у 12 (15,2%), сочетанной локализации – у 8 (10,1%) больных. По ширине грыжевых ворот: W1 – у 16 (20,3%) больных, W2 – у 23 (29,1%), W3 – у 27 (34,2%), W4 – у 13 (16,4%) пациентов. Все больные прооперированы. У 57 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) выполнены открытые операции, включающие в себя симультанные этапы операции. Закрытая герниопластика произведена у 22 больных.

Результаты. При открытой герниопластике ранние осложнения наблюдали у 14 (24,5%) больных: у 1 (7,2%) – нагноение раны; у 10 (71,4%) – серомы; у 3 (21,4%) – ранняя послеоперационная кишечная непроходимость. Все больные перенесшие закрытые видеоассистированные операции выздоровели. Выявлено, что при наличии сопутствующей патологии оперативное вмешательство осуществляется на отягощенном фоне.

Заключение. Представляется крайне важным улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей и спаечной болезнью брюшной полости путем оптимизации оперативной тактики и ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, спаечная болезнь брюшной полости

Для цитирования: Гербали О.Ю., Пузако В.В. Сочетанные операции как метод интенсификации лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей и спаечной болезнью брюшной полости. Кубанский научный медицинский вестник. 2017; 24(6): 22-25. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-22-25

For citation: Gerbali O.Y., Puzaco V.V. Combined surgeries as a method for treatment intensification in patients with postsurgical ventral hernia and peritoneal commissures of abdominal cavity. Kubanskij nauchnyi medicinskij vestnik. 2017; 24(6): 22-25. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-22-25

O. Y. GERBALI ¹, V. V. PUZACO ²

COMBINED SURGERIES AS A METHOD FOR TREATMENT INTENSIFICATION IN PATIENTS WITH POSTSURGICAL VENTRAL HERNIA AND PERITONEAL COMMISSURES OF ABDOMINAL CAVITY

¹Federal State Independent Educational Institution of Higher Education «Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky» of Medical Academy named after S. I. Georgievsky, Lenin's 5/7 parkway, Simferopol, Russia, 295006.

²Clinical Medical Multidisciplinary Center St. Luke, Lenin's 5/7 parkway, Simferopol, Russia, 295006.

ABSTRACT

Aim. To improve the results of surgical treatment in patients with postsurgical ventral hernia, combined with peritoneal commissure of abdominal cavity is considered.

Materials and methods. 79 patients aged 30-80 with ventral hernias, men/women parity 24:88 were examined.

According to Toskin-Zhebrovsky classification hernias of the small sizes were observed in 16 (20,3%) patients, hernias of the average sizes – in 23 (29,1%) patients, hernias of the extensive sizes – in 27 (34,2%) patients and huge in the rest 13 (16,4%) patients. According to SWR-classification hernias of median localization were observed in 59 (74,7%) patients, lateral localization – in 12 (15,2%) patients, combined localizations – in 8 (10,1%) patients. According to the width of hernia gate: W1 – in 16 (20,3%) patients, W2 – in 23 (29,1%) patients, W3 – in 27 (34,2%) patients, W4 – in 13 (16,4%) patients. All patients undergone surgeries. The open surgeries including simultaneous stages were performed in 57 patients with postsurgical ventral hernias (PVH). Closed hernioplasty was performed in 22 patients.

Results. At opened hernioplasty early complications were observed in 14 (24,5%) patients: in 1 patient (7,2%) it was a wound suppuration; in 10 (71,4%) patients – seromas; in 3 (21,4%) patients – early postsurgical intestinal obstruction. All patients who undergone closed video assisted surgeries have recovered. It was found, that in case of comorbidities the surgery is performed on the burdened background.

Conclusion. It seems critically important to improve the immediate results of surgical treatment of patients with postsurgical ventral hernia and peritoneal commissures of the abdominal cavity by optimizing operational tactics and managing patients in the postoperative period.

Keywords: postsurgical ventral hernia, peritoneal commissures of abdominal cavity

В последние годы при оказании хирургической помощи больным, помимо сугубо медицинских аспектов, большое внимание уделяется интенсификации работы стационаров, рациональному использованию коечного фонда, снижению экономических затрат, расширению объема оперативных вмешательств. В данное время наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2-3 сопутствующих хирургических заболеваний [1]. Наличие у многих пациентов сочетанных хирургических заболеваний, которые, по данным ВОЗ, составляют 20-30%, ставит перед хирургами задачу одновременной коррекции такой патологии [2].

Современные принципы лечения вентральных грыж предусматривают обязательную широкую интервенцию в брюшную полость, с целью оценки ее состояния, коррекции спаечного процесса [4]. Между тем, существующие на сегодняшний день диагностические возможности хирургии позволяют избежать или значительно уменьшить задачи этого весьма травматичного этапа операции.

При ПВГ ограниченный или распространенный спаечный процесс имеет место у 50,4-90,0% больных, причем успех операции при ПВГ, когда необходимо одновременно решать вопросы тактики, связанные со спаечной болезнью брюшины (СББ), во многом зависит от правильного выбора способа грыжесечения и его технического исполнения [3]. Известно более 200 способов герниопластики при ПВГ и их модификаций. Однако, только отдельные авторы [5] способы пластики грыжевого дефекта патогенетически связывают с необходимостью коррекции и профилактики спаечной болезни брюшины.

Между тем, необходимость хирургической тактики у больных с ПВГ, сочетающейся со спаечной болезнью, не вызывает сомнения [6]. Это в равной степени касается вопросов диагностики спаечного процесса в брюшной полости, выбора метода операции с учетом необходимости ревизии брюшной полости, профилактики такого грозного послеоперационного осложнения как острая послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, которая по нашим данным наблюдается у 14,0% больных, оперированных по поводу обширных и гигантских форм ПВГ [7].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с ПВГ, сочетанными со спаечной болезнью брюшины.

Материалы и методы

Работа выполнена у 79 больных с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 30 до 80 лет. Мужчин было 16, женщин – 63. Тяжесть состояния больных по АРАСНЕ II колебалась от 10 до 30 баллов. Высокая прогнозируемая летальность, также высокая вероятность послеоперационных осложнений (АРАСНЕ II – 30 баллов и выше) служат противопоказаниями к плановой операции.

Согласно классификации Тоскина-Жебровского, грыжи малых размеров были у 16 (20,3%) больных, грыжи средних размеров – у 23 (29,1%) больных, грыжи обширных размеров – у 27 (34,2%) больных и гигантские у остальных 13 (16,4%) пациентов. По SWR-classification грыжи срединной локализации наблюдались у 59 (74,7%) пациентов, боковой локализации – у 12 (15,2%), сочетанной локализации – у 8 (10,1%) больных. По ширине грыжевых ворот: W1 – у 16 (20,3%) больных, W2 – у 23 (29,1%), W3 – у 27 (34,2%), W4 – у 13 (16,4%) пациентов.

В работе применен разработанный нами алгоритм клинического обследования и выбора метода лечения больных вентральными грыжами, включающий в себя: оценку величины и характера грыжи; определение степени операционного риска, в том числе и с помощью АРАСНЕ II; выявление сопутствующих хирургических заболеваний и соответственно планирование симультанных операций; уточнение клинических форм спаечной болезни брюшины, локализации и выраженности спаечного процесса; планирование объема предоперационного

ционной подготовки, а также методов профилактики прогнозируемых послеоперационных осложнений; выбор наиболее рационального метода операции.

С целью предоперационной диагностики стенозов тонкой кишки, когда их основной причиной являются висцеро-висцеральные спайки, разработан рентгенологический способ исследования, основанный на применении вместе с пассажем бариевой взвеси контрольной растворимой капсулы. Размер капсулы выбран так, чтобы он не превышал половины просвета изначально функционирующей тонкой кишки, что составляет 11-12 мм. Время пребывания ее в кишечнике 6-7 часов, после чего капсула растворяется. Рентгенологический контроль пассажа проводится через 2-4 часа и по задержке или по отставанию капсулы от бариевой массы, делается заключение о наличии стеноза тонкой кишки. Это позволяет планировать объем оперативного вмешательства, целенаправленно проводить ревизию брюшной полости и определить необходимость энтеролизиса.

Результаты и обсуждение

Факторами ранних послеоперационных осложнений считали наличие очагов «дремлющей инфекции», которые имели место у 32 больных с послеоперационными грыжами; сопутствующую хроническую патологию дыхательной и сердечно-сосудистой систем – у 49; возраст старше 60 лет – у 52; послеоперационный парез кишечника на фоне выраженного и чрезмерно выраженного спаечного процесса – у 22; значительное повышение внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде – у 20 больных. Кроме этих факторов риска учитывали и другие, такие как наличие ожирения (42 больных), сахарный диабет (8 пациентов) и цирроз печени у 1 больного.

По шкале APACHE II I класс тяжести был выявлен у 8 (10,1%) больных. Эти больные, набравшие до 10 баллов, не нуждались в интенсивной терапии, но требовали наблюдения и ухода.

II класс тяжести по шкале APACHE II (в интервале 10-16 баллов) наблюдался у 32 больных, что составило 40,5%. Здесь проводился комплекс предоперационных профилактических мероприятий, направленных на улучшение метаболизма в сердечной мышце, стабилизацию артериального давления, улучшение внешнего дыхания, профилактику гнойно-септических осложнений.

III класс тяжести (от 16 до 30 баллов) наблюдался у 39 (49,4%) больных. Здесь на всех этапах лечения проводилась массивная многокомпонентная инфузионная терапия, мониторинг сердечно-сосудистой системы и внутрибрюшного давления.

У 57 больных выполнены открытые операции с использованием методики «sublay» (48 больных) и «inlay» (9 больных). Операции включали в себя

широкое вскрытие брюшной полости; ревизию спаек и их рассечение; симультанные этапы операции: холецистэктомия – у 8 больных; аппендэктомия – у 4 больных; восстановление проходимости толстой кишки после операции Гартмана – у 1 больного; удаление миомы матки – у 4 больных; резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни – у 1 пациента; правосторонняя гемиколэктомия – у 1 больного.

В данной группе больных ранние осложнения наблюдали у 14 (24,5%). У 1 (7,2%) больного нагноение раны; у 10 (71,4%) больных – серомы; у 3 (21,4%) больных возникла ранняя послеоперационная кишечная непроходимость.

Закрытая герниопластика (без вскрытия брюшной полости с ушиванием грыжевых ворот) произведена у 22 больных с послеоперационными грыжами. У 1 больного произведена симультанная лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита.

Все больные перенесшие закрытые видеоассистированные операции выздоровели. Отмечено, что минимальная интервенция в брюшную полость резко облегчает ранний послеоперационный период, уменьшает болевой синдром, интоксикацию, позволяет уже на вторые сутки после операции разрешить больным ходить, уменьшает проявления частичной кишечной непроходимости.

Заключение

Таким образом, особенностью операций при вентральных грыжах является исключительное разнообразие возможных клинических вариантов топографии самой грыжи и спаечного процесса в брюшной полости, нередко с проявлениями синдрома частичной спаечной кишечной непроходимости, с интимными сращениями органов со стенками грыжевого мешка и грыжевого дефекта; с многокамерностью грыжевого мешка и ячеистостью грыжевого дефекта. Разработка и клиническое внедрение закрытых и видеоассистированных методов операции является ярким отражением тенденций современной хирургии в лечении данной категории больных. Эти щадящие методы операций при вентральных грыжах служат альтернативой традиционным способам герниопластики.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Власов В.В., Калиновский С.В. Способ расширения грыжевого дефекта пупочной грыжи. *Клиническая анатомия и оперативная хирургия*. 2012; 11(4): 107-110. [Vlasov V.V., Kalinovskiy S.V. Sposob rasshireniya grijevogo deffekta pupochnoy grizhi. *Klinicheskaya anatomya i operativnaya xiryrgiya*. 2012; 11(4): 107-110. (In Russ.)].
2. Сердюков М.А., Зурнаджянц В.А. Сочетанные операции как метод благотворно влияющий на качество жизни пациента. *Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского*. 2017; 1: 176. [Serdiukov M.A., Zymadjyants V.A. Sochetannye operatsii kak metod blagotvorno vliyayushii na kachestvo jizni patsienta. *Almanax Instityta xiryrgii im. A. V. Vishnevskogo*. 2017; 1: 176. (In Russ.)].

3. Камиллов Г.Т., Холов К.Р. Лапароскопия в коррекции ранней спаечной кишечной непроходимости. *Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского*. 2017; 1: 162. [Kamilov G.T., Holov K.R. Laparoskopiya v korreksii ranney spachnoy kischechnoy neproходимости. *Almanax Instityta xiryrgii im. A. V. Vishnevskogo*. 2017; 1: 162. (In Russ.)].

4. Ильченко Ф.Н. Симультаные вмешательства у больных с послеоперационной грыжей и сопутствующим ожирением. *Клиническая хирургия*. 2012; 8: 18. [Ilchenko F.N. Simyiltanniye vmehatelstva y bolnix s posleoperatsionnoy grijey i sopytstviyushim ojireniem. *Klinicheskaya xiryrgiya*. 2012; 8: 18. (In Russ.)].

5. Nguen N.T. Use of laparoscopy in general surgical operations at academic centers. *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2013; 1: 15-20.

6. Helgstrand F. et al. Low risk of trocar site hernia 12 years after primary laparoscopic surgery. *Surg. Endosc.* 2011; 11: 3678-3682. Helgstrand F. et al. Low risk of trocar site hernia 12 years after primary laparoscopic surgery. *Surg. Endosc.* 2011; 11: 3678-3682.

7. Жебровский В.В. *Хирургия грыж живота*. М.: ООО «Медицинское информационное агенство»; 2005. 384 с. [Jebrovskiy V.V. *Xiryrgiya grij jivota*. М.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo»; 2005. 384 p. (In Russ.)].

Поступила / Received 10.10.2017

Принята в печать / Accepted 25.11.2017

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Гербали Оксана Юрьевна; тел.: +7 (978) 856-56-96; e-mail: oksana.gerbali@mail.ru; Россия, 295053, г. Симферополь, ул. Фурманова, д. 8.

Corresponding author: Oksana Y. Gerbali; tel.: +7 (978) 856-56-96; e-mail: oksana.gerbali@mail.ru; 8, Furmanova str., Simferopol, Russia, 295053.