

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10640525>

Батиров Бехзод Аминджанович

*Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд,
Узбекистан*

Резюме: *Представлены результаты лечения 227 больных оперированные в период 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии. При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.*

Ключевые слова: *Симультанные операции, эндовидеохирургия.*

По данным Назирова Ф.Г. (2018) (2), сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% больных хирургического профиля. Из них лишь до 6-8% случаев выполняется одновременная их коррекция, т.е. симультанная операция. Сдержанное отношение хирургов к симультанным операциям объясняется отсутствием единого мнения о показаниях и противопоказаниях к ним, и недостаточно изученными результатами. В немногочисленных научных статьях, посвященных данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям, как продолжительность симультанной операции, особенности течения послеоперационного периода и ряда других факторов, характеризующих степень тяжести операционной травмы (1,5,6).

В последнее время проблемы абдоминальной хирургии и герниологии в значительной мере пересматриваются в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных лапароскопических методов

хирургического лечения, выполняемых под контролем современных инструментальных способов слежения. Они, по мнению ряда энтузиастов, призваны практически вытеснить из употребления или хотя бы резко сократить использование лапаротомных операций (3,4,7).

В основу исследования включены результаты лечения 227 больных оперированные в период 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии.

У всех больных основным хирургическим заболеванием было вентральная грыжа. Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено 334 и при этом у некоторых больных по два и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 106 (46,7%), ожирение III и IV ст. с отвислым животом имелось у 67 (29,5%) больных, желчнокаменная болезнь - у 69 (30,1%) пациентов, кисты печени и поджелудочной железы у 13 (5,7%) больных, у 19 (8,4%) больных была хирургическая патология передней брюшной стенки (лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки), патология органов малого таза у женщин 70 (30,8%).

Необходимо отметить, что у больных с увеличением размеров грыжи пропорционально увеличивалось и частота сопутствующей хирургической патологии передней брюшной стенки и органов брюшной полости – при W_3 59,6%, W_4 –66,3%.

Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%.

Из числа обследованных у 62,8% больных отмечены различные сопутствующие соматические заболевания жизненно важных органов. Из них у 41,9% больных были два и более сопутствующих соматических заболевания. С учетом классификации ASA ко II классу отнесены 53,7% больных, к III классу 9% больных.

Компьютерная томография выполнена 58 (25,9%) пациентам. Метод позволял верифицировать наличие симультанной патологии органов брюшной полости, идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Так как у всех больных основной патологией была вентральная грыжа, а симультанной патологией хирургическое заболевание органа брюшной полости, при выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в брюшной полости.

46 (20,3%) больным с вентральными грыжами и симультанной патологией брюшной полости оба этапа операции выполняли из лапароскопических доступов с применением ЭВХ. Этим пациентам 1-этапом в 19 случаях произведено ЛХЭ, 11 пациенткам проведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу миомы, у 7- кистэктомия из яичников, 2 больным фенестрация кист из печени и у 27 адгезиолизис по поводу спаечной болезни брюшной полости и хронической

кишечной непроходимости. 2-этапом операция завершена лапароскопической герниопластикой.




У 39 (17,6%) больных 1-этапом симультанная патология скорректирована лапароскопически, основным этапом операции – герниоаллопластика выполнено из герниолапаротомного доступа. При этом ЛХЭ проведено 23 пациентам, надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки – 1, кистэктомия из яичников – 4, в 1 наблюдении удалена киста из печени, 14 пациентов подвергнуты адгезиолизису.

Таким образом из 227 больных лапароскопическая коррекция как основной так и симультанной патологии произведено 46 (20,3%), эндовидеохирургическая коррекция симультанной патологии проведено 39 (17,6%), т.е. при расположении симультанной патологии на широком расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнены симультантные этапы операции с применением лапароскопической техники 85 (37,5%) пациентам, более чем у 1/3 больных. (табл. 1)

Вместе с тем, у 142 (62,6%) больных оба этапа операции выполнены из герниолапаротомного доступа. Поводом для этого послужило близкое расположение патологии органов брюшной полости к грыжевому дефекту. 67 (29,5%) больным основной группы, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III ст. после завершения пластики передней брюшной стенки выполнена дерматолипидэктомия.

Таблица 1

Характер грыжи		Расположение симультанной патологии в областях брюшной полости									Всего
		S _{II}	S _{III}	S _{IV}	S _V	S _{VI}	S _{VII}	S _{VIII}	S _{IX}	S _X	
M	M ₁ надпочечные	6	8	7	2	2	23	5		22	75
	M ₂ околопочечные	11	12	25	3	8	2	8	5	29	103
	M ₃ подпочечные	3	4	3	2		8	2		6	28
	M ₄ надлобковые	1						3			4
L	L ₁ подреберные			2			3			4	9
	L ₂ поперечные						1				1
	L ₃ подвздошные			3			2			1	6
	L ₄ поясничные			1							1
		21	24	41	7	10	39	18	5	62	227
S	W ₁ Менее 5см	5			4	2		13			24
	W ₂ От 6 до 10см	16	7	9	3	3	6	5	3	5	57
	W ₃ От 11 до 15см		12	19		4	21		2	21	79
	W ₄ Более 15см		5	13		1	12			36	67
		21	24	41	7	10	39	18	5	62	227
R	R ₀ Впервые обнаруженная	13	2		2	2		3	4		26
	послеоперационная	7	20	13	4	6	10	14	1	31	106
	R ₁ Первый рецидив	1	2	25	1	2	29	1		25	86
	R ₂ Второй рецидив			2						5	7
	R ₃ Третий рецидив			1						1	2
		21	24	41	7	10	39	18	5	62	227

*Примечание:  - оба этапа ЭВХ (n=46);
 - симультантный этап ЭВХ + герниоаллопластика (n=39);
 - оба этапа через герниолапаротомный доступ (n=142)

Лапароскопическая протезирующая герниопластика при вентральных грыжах применялась 46 больным основной группы (20,3%), при наличии малых и средних грыж, с соответствующими размерами дефекта апоневроза - до 5 см и от 5 до 10 см с использованием полипропиленовых имплантов по способу «ipom» (Laparoscopic Intra Peritoneal Onlay Mesh). Места введения троакаров были стандартизированы и

выбирались там, где это было более удобно и безопасно после проведения симультанного этапа операции на органе брюшной полости.

34 (73,3%) из 46 больных выполнили лапароскопическую протезирующую герниопластику с использованием стандартных сетчатых полипропиленовых имплантатов, у 12 (26,7%) были использованы композитные сетчатые имплантаты «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon).

При использовании стандартных имплантов в брюшной полости выполнялось вскрытие брюшины, выделялся грыжевой мешок и в предбрюшинном пространстве создавался «карман», отступом по периметру от грыжевых ворот 5-6 см. Далее в брюшную полость вводился через троакар свернутый в тубус сетчатый имплант, разворачивался и помещался в созданный предбрюшинный «карман». Прижатие его к передней брюшной стенке осуществлялось с помощью лигатур, завязанных по краям импланта. Подшивание нитью импланта к передней брюшной стенке производили с помощью модифицированной нами иглы Endo Close.

Применение композитных сетчатых имплантатов «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon) 12 (26,7%) больным, позволило избежать необходимости выполнения создания предбрюшинного «кармана» перед фиксацией протеза к передней брюшной стенке.

Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах (основная группа, где симультанные операции выполнены с применением ЭВХ, группа сравнения, где симультанные операции выполнены из лапаротомного доступа) в качестве основных критериев использовали следующие параметры:- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.

В группе сравнения у 2 (1,9%) наблюдали компартмент синдром (рис.1). По сравнительному признаку по количеству осложнений получено равномерные показатели в обеих группах больных (Критерий $\chi^2=4,043$; Df=1; p=0,045).

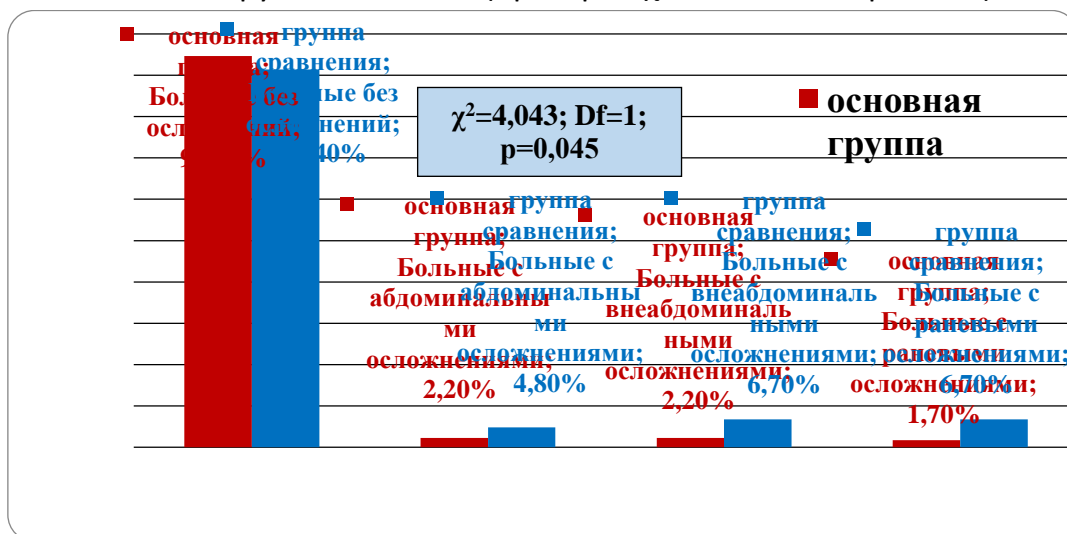


Рис. 1. Распределение больных по частоте осложнений после операции

При рассмотрении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов (табл 2).

Таблица 2**Течение послеоперационного периода больных в исследуемых группах**

Показатели	Основная группа	Группа сравнения	T- критерий, P
До операции (сутки)	4,0±0,6	4,2±0,2	0,32; P>0,05
ОРИТ (сутки)	1,1±0,1	1,3±0,1	2,83; P<0,01
После операции (сутки)	4,3±0,5	6,7±0,3	8,57; P<0,001
Всего (сутки)	8,3±0,6	10,2±0,4	7,63; P<0,001
Длительность операции, мин	58,5±4, 1	72,5±3,4	2,57; P<0,05
Сроки удаления дренажа по Редону (сутки)	3,5±0,3	3,5±0,3	4,80; P<0,001
Сроки удаления страховочного дренажа из брюшной полости (сутки)	1,3±0,4	3,5±0,3	0,43; P<0,001

Проанализированы отдаленные результаты у 78,5% больных. Рецидив вентральной грыжи отмечен у 4, при этом в группе сравнения у 3 больных, а в основной группе – у 1 пациента. В группе сравнения в отдаленном послеоперационном периоде у 1 наблюдалось осложнения после симультанного этапа операции – наружный желчный свищ после эхинококкэктомии из печени.

Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%; -внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%; -развитие компартмент синдрома 1,9% (только в группе сравнения); -раневые осложнения у 6,7% и 1,7%; - летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно. При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – 8,3±0,6 суток (10,2±0,4 гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных – 58,5±4,1 мин. (72,5±3,4гр. сравнения). Анализ качества жизни пациентов показал, что оптимизация тактико-технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральной грыжи и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий позволило увеличить долю положительных результатов лечения до 98,7%.

ВЫВОДЫ

1. При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы.

2. Эндовидеохирургическая герниопластика методологически обоснована и эффективна в хирургическом лечении вентральных грыж малых (W1) и средних (W2) размеров, что применено 20,3% наблюдений. Совершенствование аспектов лапароскопической герниопластики с применением композитных сетчатых имплантов, а также использование на этапе фиксации протеза модифицированной иглы Endo Close с экстракорпоральным завязыванием узлов значительно упростило технику операции.

3. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоконев В. И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – №. 5. – С. 45-50.

2. Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М. М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 7-9.

3. Насиров М. Я. и др. Анализ отдаленных результатов симультанной герниопластики и абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №. 2. – С. 70-74.

4. Хакимов М. Ш. и др. Преимущества миниинвазивных технологий в хирургическом лечении пупочных грыж //Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23. – №. 4. – С. 29-32.

5. Ahonen-Siirtola M. et al. Laparoscopic versus Hybrid Approach for Treatment of Incisional Ventral Hernia //Digestive Surgery. – 2017.

6. Doble J. A., Pauli E. M. Ventral Hernia Repair //Clinical Algorithms in General Surgery. – Springer, Cham, 2019. – C. 801-803.

7. Gillion J. F., Dabrowski A., Jurczak F., Dugue T., Bonan A., Chollet J.M.. Patient-reported outcome measures 2 years after treatment of small ventral hernias using a monofilament polypropylene patch covered with an absorbable hydrogel barrier on its visceral side //International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery. – 2018. – T. 1. – №. 3. – C. 99.