

УДК: 616.7:617(082)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Сайинаев Фаррух Кароматович¹, Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

МОРБИД СЕМИЗЛИК ВА ВЕНТРАЛ ЧУРРАСИ БОР БЕМОРЛАРДА ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯЛАШГАН ХИРУРГИК ДАВО

Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Сайинаев Фаррух Кароматович¹, Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич¹

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
2 - Бухоро Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIATION AND MORBID OBESITY

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich², Sayinaev Farrukh Karomatovich¹, Abdurakhmanov Diyor Shukurullaevich¹

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади тактик ва техник жиҳатларни такомиллаштириш ва герниопластика усулини танлашни оптималлаштириш орқали морбид семизлик билан оғриган беморларда қорин бўшлиғи чурраларини даволаш сифатини оширишдан иборат. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот Самарқанд Давлат тиббиёт университети 1-клиникаси хирургия бўлимида 2012-2021-йилларда жарроҳлик бўлимида қорин бўшлиғи чурраси билан оғриган 121 нафар беморнинг клиник-лаборатор текширувидан ўтказилган. Хулоса. Морбид семизлик билан оғриган беморларда қорин бўшлиғи чуррасини жарроҳлик йўли билан даволашнинг такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилган алгоритмни қўллаш операциядан кейинги асоратларнинг умумий сонини 14,8% дан 8,9% гача, шу жумладан операцион жароҳатдаги асоратларини 11,1% дан 4,5% гача камайтиришга эришилди, шунингдек, ҳар хил турдаги герниопластика ва абдоминопластикадан кейин жарроҳлик даволаш ва реабилитация даврларининг давомийлигини сезиларли даражада қисқартирди.

Калит сўзлар: вентрал чурра, морбид семизлик, жарроҳлик амалиёти.

Abstract. The aim of the study is to improve the quality of treatment of ventral hernias in patients with morbid obesity by improving the tactical and technical aspects and optimizing the choice of hernioplasty method. Materials and research methods. The study is based on a clinical and laboratory examination of 121 patients with ventral hernias who were operated on in the surgical department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2012 to 2021. Findings. The application of the proposed algorithm, taking into account the improved tactical and technical aspects of the surgical treatment of ventral hernias in patients with morbid obesity, made it possible to reduce the overall incidence of postoperative complications from 14.8% to 8.9%, including wound complications from 11.1% to 4.5%, as well as significantly reduce the duration of surgical treatment and rehabilitation periods after various types of hernioplasty and abdominoplasty.

Key words: ventral hernia, morbid obesity, surgical correction.

Актуальность. Проблема лечения больных с вентральными грыжами в настоящее время остается до конца не изученной и весьма актуальной. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению вентральных грыж, решение проблемы профилактики рецидива заболевания при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки остается весьма актуальной [3, 7].

В литературе указывают, что тенденция лечения вентральных грыж и профилактика рецидива базируются на восстановлении прочности передней брюшной стенки, физической реабилитации в послеоперационном периоде и осуществлении косметического эффекта [1, 4, 5]. Учитывая это выбор метода операции до настоящего времени является актуальной проблемой. Современная концепция диктует о необходимости закрытия грыжевого дефекта комбинированными способами с использованием сетчатых имплантов, которая обеспечивает восстановление функции передней брюшной стенки [2, 6, 8].

Материалы и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения 121 больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением, которые оперированы в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2012 по 2021 гг. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 54 больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением, которым осуществлялась только герниопластика. Вторую, основную группу составили 67 больных, которым герниопластика дополнено абдоминопластикой.

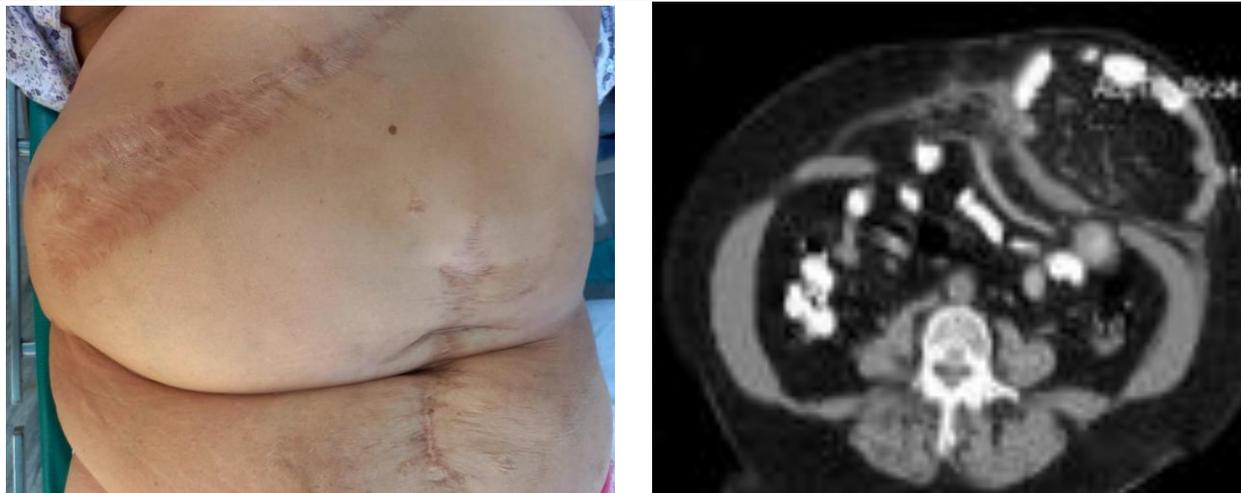


Рис. 1. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдоминометрия больной Г., 54 лет с послеоперационной вентральной грыжей (L1W3R2) и абдоминоптозом III ст.

Из инструментальных методов исследования наибольшей информативностью обладала компьютернотомографическая герниоабдоминометрия (КТГА) выполненная 58 пациентам основной группы (рис. 1). КТГА позволяло выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости, наметить адекватную предоперационную подготовку и выбрать оптимальный способ пластики. По нашим исследованиям при относительном объеме грыжевого выпячивания до 14,0% от объема брюшной полости возможно использование натяжных способов герниоаллопластики – имплантации эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта. При объеме более 14,1% предпочтение отдавали ненатяжным методам пластики.

У 46 (68,6%) пациентов основной группы с вентральными грыжами и морбидным ожирением на предоперационном этапе мы проводили тренировочную адаптацию к повышению внутрибрюшного давления с помощью предложенного усовершенствованного пневматического пояс-бандажа. Использование методики у больных с вентральными грыжами W3-W4 и морбидным ожирением позволяло снизить риск развития компартмент синдрома.

Больным в группе сравнения (n=54) герниоаллопластика у 37 (68,5%) пациентов выполнена натяжными и у 17 (31,5%) ненатяжными способами.

В основной группе выбор герниоаллопластики был дифференцированным и дополнена абдоминопластикой согласно предложенной нами программе (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 10983, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан – 2021 год). Больные основной группы по результатам программы были разделены на 4 подгруппы.

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5, а также при объеме грыжевого выпячивания до 14% от объема брюшной полости по данным КТ герниоабдоминометрии выполняли имплантацию эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта. Эту группу составили 24 (35,8%) пациентов с морбидным ожирением и абдоминоптозом III-IV степени и им герниоаллопластика дополнена абдоминопластикой.

Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом данных КТ герниоабдоминометрии с объемом грыжевого выпячивания более 14,1% от объема брюшной полости мы выполняли ненатяжную пластику. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, пластика передней брюшной стенки выполнялась наложением сетки на апоневроз без его ушивания. Фиксацию эндопротеза осуществляли П-образными швами, заранее наложенными с захватом всех слоёв мышечно-апоневротической стенки до брюшины.

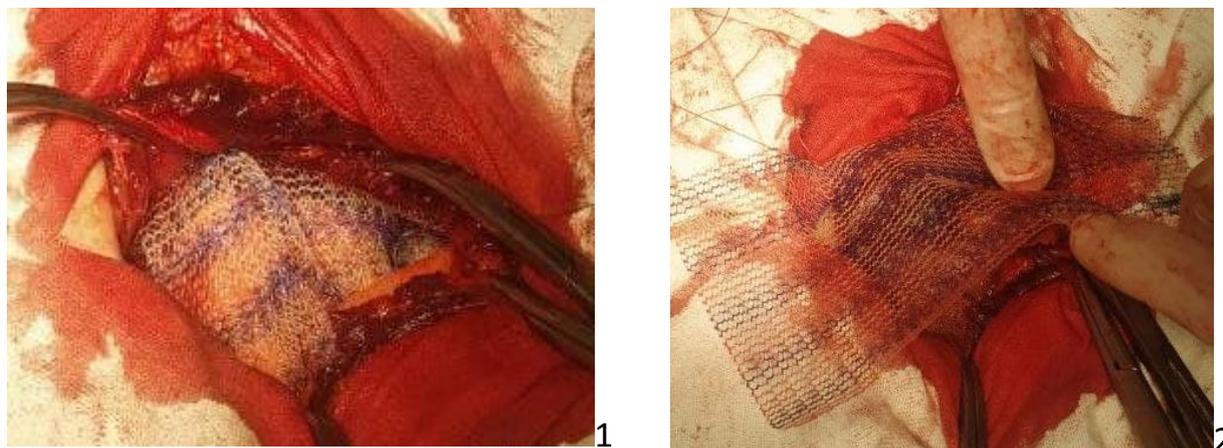


Рис. 2. Этапы фиксации эндопротеза «sublay» (1) и «onlay» (2) заранее наложенными П-образными швами

Таблица 1. Виды герниоалло- и абдоминопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики			
1-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта + абдоминопластика	24	35,8
Ненатяжные способы			
2-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта + абдоминопластика	18	26,9
3-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта + абдоминопластика	12	17,9
4-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez + абдоминопластика	13	19,4
Всего		67	100

У 12 (17,9%) больных в 3-й подгруппе основной группы с размерами грыжевого дефекта более 10 см и объемом грыжевого выпячивания более 18% от объема брюшной полости по данным КТ герниоабдонометрии была выполнена комбинированная ненатяжная герниопластика «onlay + sublay», т.е. один имплантат размещали позади мышечно – апоневротического слоя после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, второй имплантат размещали над апоневрозом (рис. 2).

В 4-й подгруппе у 13 больных с абдоминоптозом III-IV степени и количеством баллов от 16 до 20, где имелся высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления мы применили ненатяжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (табл. 1).

На этапе ушивания передней брюшной стенки и фиксации имплантата в основной группе больных использовали пневматическое устройства (рис. 3) для предотвращения интраоперационных повреждений органов брюшной полости, что значительно облегчало техническое исполнение реконструктивно-пластических операций.

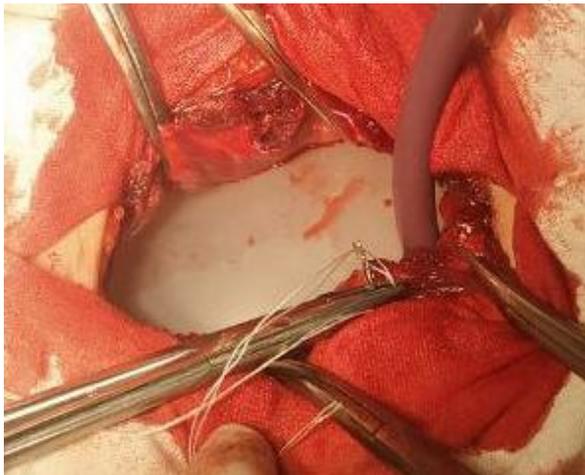


Рис. 3. Модифицированный ранорасширитель (1) и пневматическое устройство (2) для предотвращения интраоперационных повреждений органов брюшной полости

раны после сшивания испытывают перпендикулярное натяжение только в центре.

По мере удаления от центра операционной раны силы натяжения распределяются больше в горизонтальном направлении, уменьшая тем самым риск краевых некрозов и расхождения швов.

На основе сравнительного анализа эффективности предложенных тактико-технических аспектов при вентральных грыжах у больных морбидным ожирением и абдоминоптозом был разработан алгоритм предоперационной подготовки и выбора способа герниоалло- и абдоминопластики.

Результаты исследования. В среднем на одного больного группы сравнения приходилось 2-3 осложнения в виде сочетания бронхо-легочных или (и) сердечно-сосудистых с раневыми осложнениями. В целом в группе сравнения было 8 (14,8% из 54) больных с различными осложнениями, из которых у 6 (11,1%) отмечены раневые осложнения и у 4 (7,4%) – общие внеабдоминальные осложнения. В основной группе было 6 (8,9% из 67) больных с различными осложнениями, у 3 (4,5%) – раневые и ещё у 3 (4,5%) - общие. По сравнительному признаку по количеству осложнений получено достоверное улучшение в основной группе (Критерий $\chi^2 = 4,043$; Df=1; p=0,045).

Далее, проанализированы отдаленные результаты у 93 (76,8%) из 121 оперированных больных, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (12,5%) больных в группе сравнения. Определено, что основной причиной рецидива грыжи явилось оставление после герниоаллопластики значительного кожно-жирового фартука, которое вследствие внутрибрюшного давления и гравитационной силы смещает имплант книзу, оголив слабые места брюшной стенки в верхней части протеза. Также причиной рецидива явились нагноение ран с отторжением импланта у больных с выраженным аб-

доминантно III-IV степени. Усовершенствование технических аспектов выполнения ненатяжных методов герниопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay+sublay» в сочетании с абдоминопластикой позволило нивелировать рецидив болезни.

Клиническая эффективность сочетанной герниопластики у больных с грыжами живота и абдоминоптозом также подтверждена значительным уменьшением степени ожирения, улучшением показателей внешнего дыхания, тенденции к снижению высоких цифр АД и сахарного диабета.

По разработанной программе определения качества жизни пациентов оценены 87 (93,5%) из 93 больных, наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 36 больных из группы сравнения и 51 больной из основной группы. В группе сравнения отличные результаты были получены у 11 (30,5%) больных, хорошие у 17 (47,2%), удовлетворительные у 5 (13,9%) пациентов и неудовлетворительные в 3 (8,3%) случаях. В свою очередь в основной группе отличные результаты были получены у 28 из 51 (54,9%) больного, хорошие у 19 (37,2%), удовлетворительные у 3 (5,9%) пациентов и неудовлетворительные только в 1 (1,9%) случае.

Выводы:

1. КТ герниоабдонометрия позволяет выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости, наметить адекватную предоперационную подготовку и выбрать оптимальный способ пластики.

2. Усовершенствование технических аспектов выполнения ненатяжных методов герниопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay+sublay» в сочетании с абдоминопластикой позволило нивелировать рецидив болезни (в группе сравнения рецидив 12,5%).

3. Предложенный алгоритм адекватной предоперационной подготовки и выбора способа герниопластики у больных с грыжами живота и абдоминоптозом позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 8,9% ($p=0,045$), в том числе раневых с 11,5% до 4,5%.

4. Сочетание герниопластики с абдоминопластикой у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением с абдоминоптозом III-IV степени значительно улучшило эстетическое и функциональное состояние больных, повысило качество жизни с увеличением доли отличных и хороших отдаленных результатов с 77,7% до 92,1% и уменьшением неудовлетворительных исходов с 8,3% до 1,9% ($p=0,030$).

Литература:

1. Абдурахманов Д., Усаров Ш., Рахманов К. Критерии выбора хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 17-22.
2. Асланов А. Д. и др. Ненатяжная герниопластика и абдоминопластика у пациентов с морбидным ожирением // Московский хирургический журнал. – 2020. – №. 2. – С. 45-53.
3. Галимов О. В. и др. Опыт выполнения хирургических вмешательств у пациентов с избыточной массой тела и ожирением // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21. – №. 8. – С. 71-76.
4. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанно патологиями // Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
5. Ширанов А. Б. и др. Тактика ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 11. – С. 92-96.
6. Babazhanovich, K. Z., Erdanovich, R. K., Abdukodirovich, E. A., & Shukurillaevich, A. D. (2022). Clinical Efficacy and Technical Aspects of Endovideosurgical Treatment of Hiatal Hernia. Texas Journal of Medical Science, 5, 20-26.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Сайинаев Ф.К., Абдурахманов Д.Ш.

Резюме. Целью исследования является улучшение качества лечения вентральных грыж у больных морбидным ожирением путем совершенствования тактико-технических аспектов и оптимизации выбора способа герниопластики. Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинично-лабораторном обследовании 121 больного с вентральными грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2012 по 2021 год. Выводы. Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж у больных морбидным ожирением позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 8,9%, в том числе раневых с 11,1% до 4,5%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов гернио- и абдоминопластики.

Ключевые слова: вентральная грыжа, морбидное ожирение, хирургическая коррекция.