

УДК: 617.55-007.43.616-056.52

О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова

Государственный медицинский университет г.Семей,
Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Аннотация

Проведено обследование 65 больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением. В результате исследования установлено, какие методы пластики грыжевых ворот применялись, какие осложнения встречались в раннем послеоперационном периоде. Отслежены отдаленные результаты хирургического лечения. Полученные данные показали, что применение ненатяжных методов пластики грыжевых ворот, снижает процент осложнений и рецидивов грыж.

Ключевые слова: вентральная грыжа, аллопластика.

Актуальность

Ожирение среди населения получило на сегодняшний день большую распространенность и тенденцию к росту [1,2]. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти [3,4,5,6], но и способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и после различных вмешательств на органах брюшной полости [7,8,9]. Как правило, такой контингент больных представляет определенную сложность для хирургов по причине имеющих серьезных сопутствующих заболеваний, вероятных предстоящих технических трудностей во время операции, а также высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде. Проблема выбора рационального способа хирургического лечения грыж передней брюшной стенки была и остается актуальной, так как разработка и применение более 400 оперативных методик не исключает рецидива грыжи и послеоперационные осложнения [10,11,12,13]. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику новых хирургических технологий частота рецидивов при использовании аутопластических методов лечения послеоперационных вентральных грыж превышает 25% [14,15]. При обширных и гигантских грыжах передней брюшной стенки количество рецидивов еще более значительно и составляет 64% [16,17,18]. Наиболее эффективными оказались способы с использованием ненатяжных технологий закрытия грыжевых ворот, которые значительно снизили рецидив заболевания. Толчком к широкому распространению этих операций послужило внедрение в клиническую практику полипропиленовых сетчатых эндопротезов. Современная химическая промышленность в последние годы выпускает синтетические протезы, которые обладают большой прочностью и биологической инертностью [19,20,21,22]. Вместе с тем, многие нюансы операций, а также отдаленные результаты операций требуют своей оценки. Существующее сегодня разнообразие хирургических школ, методик герниопластики и увеличение количества пациентов с ожирением диктуют необходимость систематизации и правильной оценки имеющихся знаний по данной проблеме. Необходимо выявить особенности хирургического лечения грыж у таких пациентов, разработать оптимальный безрецидивный хирургический метод, выявить возможные осложнения в послеоперационном периоде, разработать меры по их предупреждению, обеспечивая успех операции, а вместе с ним укрепляя веру пациента

в излечение и в возможность улучшить качество своей жизни.

Цель исследования. Провести анализ оперативного лечения больных с вентральными грыжами, страдающими ожирением.

Материал и методы. В хирургическом отделении областной больницы им. Г. Султанова г. Павлодар в течение года наблюдалось 65 больных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющие ожирение различной степени. Для постановки диагноза мы использовали классификацию вентральных грыж (ВГ) Chevrel-Rath (SWR-classification) (Chevrel J. и Rath A., 1999г). Она основана на определении трех основных параметров грыж: анатомическая локализация на брюшной стенке – срединная (М): М1 – над пупочная, М2 – около пупочная, М3 – под пупочная, М4 – в области мечевидного отростка или лона; боковая (L): L1 – подреберная, L2 – поперечная, L3 – подвздошная, L4 – поясничная; ширина грыжевых ворот (W): W1 – до 5 см (грыжа малых размеров), W2 – 5-10 см (грыжа средних размеров), W3 – 10-15 см (грыжа больших размеров), W4 – более 15 см (гигантские грыжи); наличие и количество рецидивов грыжи после герниопластики (R): R0, R1, R2, R3 и т.д. Размеры грыжевых ворот (ГВ) у больных с вправимыми грыжами определялись клинически, при невправимых грыжах – при помощи УЗИ, окончательно размеры ГВ устанавливали на операции. Всем больным определяли наличие ожирения по индексу массы тела (ИМТ), согласно рекомендациям ВОЗ (Adolphe Quetelet, 1869г The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI) и другие сопутствующие патологии.

Метод лечения. Больным выполнялась герниотомия традиционным способом, а закрытие грыжевых ворот проводилось одним из двух способов: аутопластика или аллопластика сетчатым эндопротезом. В зависимости от состояния грыжевых ворот аллопластика сетчатым эндопротезом одним из трех вариантов: методом «Onlay», при котором грыжевые ворота ушивались край в край. И сверху пришивалась сетка, выступающая на 2-3 см за линию швов на апоневрозе. Пластика «Inlay» способом (метод заплатки), при котором сопоставление краев грыжевых ворот не проводилось, и последние закрывались сверху сеткой, выступающей на 2-3 см за края дефекта. Сетка также фиксировалась узловыми швами к апоневрозу. Методом «Sublay» проводилось подапоневротическое расположение сетки с последующим сопоставлением над ним краев грыжевых ворот край в край. Подапоневротическая пластика исключала контактирование сетки с петлями кишечника. В основе аутопластического закрытия грыже-

вых ворот лежало формирование продольной или поперечной мышечно-апоневротической дубликатуры. После выписки обследование проводилось через 1, 6, 12 месяцев.

Методы исследования. В работе использовались клинические методы, аппаратно-инструментальные методы, социологические методы и статистические методы.

Результаты исследования. Из 65 больных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющие ожирение, в плановом порядке госпитализировано – 39 (60%) больных, в неотложном порядке – 26 (40%) больных. Возраст больных колебался от 29 до 79 лет, средний возраст составил $56,06 \pm 3,4$ года. Из них мужчин оперировано 11 (17%) человек, женщин 54 (83%) человека. Продолжительность заболевания у больных колебалась от 3 месяцев до 10 лет. У 41 (63%) больного имелись сопутствующие заболевания: сердечнососудистой системы – у 28 (43%) больных, хроническая обструктивная болезнь легких у 5 (7,6%) больных, заболевания желудочно-кишечного тракта у 3 (4,6%) больных, сахарный диабет был у 5 (7,6%) больных. Согласно

классификации, срединные грыжи (М) отмечались у 51 (78,4%) больных: М1 – у 8 (15,6%) больных, М2 – у 30 (58,8%) больных, М3 – у 14 (27,4%) больных, М4 – у 8 (15,6%) больных; боковые (L) – у 14 (21,5%) пациентов. Ширина грыжевых ворот была в пределах W1 – у 8 (12,3%) пациентов, W2 – у 36 (55,3%) больных, W3 – у 13 (20%) больных, W4 – у 7 (10,7%) больных. Рецидивные грыжи наблюдались: R0 – 56 (86,1%) больных, R1 – 4 (6,1%) больных, R2 – 3 (4,6%) больных, R3 у 2 (3,07%) пациентов. В соответствии со значениями ИМТ пациентов разделили по степени ожирения на 4 группы: I степени ожирение установлено у 14 (21,5%) пациентов, II степени ожирение у 34 (52,3%) больных, III степени ожирение у 14 (21,5%) больных, IV степени ожирение 3 (4,6%). В 52% (34 человека) случаев проводилась аллопластика грыжевых ворот с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза, а в 48% (31 человек) случаев проводилась аутопластика грыжевых ворот. При аллопластике методом «Onlay» оперировано 18 (27,7%) больных, методом «Inlay» – 6 (9,2%) пациентов, методом «Sublay» – 10 (15,4%) больных. Распределение проведенных операций представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение проведенных операций по группам.

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	I ст. n=14	12	18,5	2	3,1	-	-	-	-
2	II ст. n=34	12	18,5	14	21,5	-	-	8	12,3
3	III ст. n=14	7	10,8	-	-	3	4,6	4	6,2
4	IV ст. n=3	-	-	-	-	3	4,6	-	-
Всего:		31	48	16	24,6	6	9,2	12	18,5

Из данных представленных в таблице 1 видно, что больным с вентральными грыжами и ожирением I ст. в основном выполнялась аутопластика грыжевых ворот (85,7% случаев от числа больных ожирением I ст.), у больных с ожирением II ст. – проводилась аллопластика сетчатым эндопротезом (64,7% случаев от числа больных ожирением II ст.), у больных с ожирением III ст. – в 50% случаев (от числа больных ожирением III ст.) выполнялась как аутопластика, так и аллопластика, а

больные с ожирением IV ст. в 100% случаев выполнялась аллопластика грыжевых ворот.

После операции осложнения наблюдались в 16,9% случаев, из них у 8 (12,3%) больных после аутопластики грыжевых ворот (нагноение послеоперационной раны 3 больных, инфильтрат послеоперационного рубца 5 больных) и у 3 (4,6%) больных после аллопластики сетчатым эндопротезом (развитие серомы). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение ранних послеоперационных осложнений после проведенных операций.

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	I ст. n=14	2	3,08	-	-	-	-	-	-
2	II ст. n=34	2	3,08	-	-	-	-	-	-
3	III ст. n=14	4	6,15	-	-	-	-	-	-
4	IV ст. n=3	-	-	-	-	3	4,6	-	-
Всего:		8	12,3	-	-	3	4,6	-	-

Таблица 3.

Частота рецидива заболевания после аутопластики и использования сетки при грыжах передней брюшной стенки.

Период	Вид пластики			
	Аутопластика (n=31)		Аллопластика (n=34)	
	n	%	n	%
1 месяц	-	-	-	-
6 месяцев	-	-	1	1,5
12 месяцев	2	3,1	-	-

Как видно из таблицы 2, наибольшее количество осложнений наблюдается у больных с третьей и четвертой степенью ожирения. При исследовании отдаленных результатов после проведенных операций рецидив наблюдался в 3,1% (2 человека) случаев после аутопластики и 1,5% (1 человек) случаев после аллопластики (таблица 3).

При распределении по группам установлено, что рецидивы грыж отмечались у больных с ожирением второй (1 человек) и третьей степени (1 человек) после

аутопластических операций. После аллопластики методом «Inlay» отмечается один случай рецидива в группе больных с ожирением четвертой степени (таблица 4).

Таблица 4.

Распределение рецидивов грыж после проведенных операций.

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	I ст. n=14			-	-	-	-	-	-
2	II ст. n=34	1	1,5	-	-	-	-	-	-
3	III ст. n=14	1	1,5	-	-	-	-	-	-
4	IV ст. n=3			-	-	1	1,5	-	-
	Всего:	2	3	-	-	1	1,5	-	-

Обсуждение результатов

В результате исследования установлено, что в основном отмечались осложнения в послеоперационном периоде у больных с вентральными грыжами после аутопластики. Развитие гнойных раневых осложнений при использовании натяжных технологий мы связываем с нарушениями микроциркуляции, а наличие ожирения усугубляет данные изменения в тканях. Применение полипропиленовых сеток у больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением показали, что использование эксплантатов позволяет сшивать ткани без значительного натяжения, что предотвращает развитие нарушения микроциркуляции, обеспечивая оптимальные условия для заживления раны. Единственным недостатком применения эндопротезов являются медленно ликвидируемые серомы. На современном этапе при лечении послеоперационных вентральных грыж аллопластику следует рассматривать как операцию выбора. У больных с большими и гигантскими грыжами закрытие грыжевого дефекта возможно только при фиксации эксплантата onlay или inlay+ onlay, вследствие чего образуются дополнительные карманы, что приводит к образованию гематом, лимфореи [14,20].

Выводы

Таким образом, внедрение в практику новых технологий и материалов позволило значительно снизить количество рецидивов и осложнений при пластике брюшной стенки у больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением. Решение этой проблемы особенно важно для общехирургических стационаров районных больниц, являющихся основным звеном в оказании хирургической помощи больным с грыжами брюшной стенки, и позволит осуществлять дифференцированный выбор способа герниопластики.

Литература:

1. Ахметов А.С. Ожирение эпидемия XXI века // Тер. архив. - №10. - С. 5-7.
2. Diosmuke S.E., Wagner E.H. Pulmonary embolism as a cause of death; the changing mortality in hospitalized patients.// JAMA. - 1986. - Vol.255:15. - P. 2039-2042.
3. Леонов С.А. (2005) Частные хирургические аспекты абдоминопластики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2005. - 24 с.
4. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия. - 2002. - №1. - С. 5-9.
5. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А. Эффективность герниопластики с использованием по-

липропиленового сетчатого имплантата в лечении ПОВГ // Вестник хирургии. - 2005. - Т. 164. - №3. - С. 85-87.

6. Ajabnoor M.A., Mokhter A.M., Rafee A.A. Defective collagen metabolism in Saudi patients with hernia.// Ann Clin Bichem. - 1992. - Vol.29. - P. 430-436.

7. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота.// Архангельск. Изд. центр АГМА. - 1999. - С. 197

8. Burch J.M., Moore E.E. et al. The abdominal compartment syndrome // Surg Clin North Am. - 1996 Aug. - Vol.76 (4). - P.833-842,

9. Pans A., Elen P., Dewe W. // World J. Surg. - 1998. - Vol.22. - P.479-482, discuss. P.482-483.

10. Гостевской А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть 1) // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - № 4. - С. 114-117.

11. Егиев В.Н. Современное состояние и перспективы герниологии // Герниология. - 2006. - № 2(10). - С. 5-10.

12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. - Симферополь: Бизнес-Информ, - 2002. - 440с.

13. Чугунов А.Н. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. - 2005. - № 4(8). - С. 35-41.

14. Саенко В. Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клини. Хирургия. - 2002. - № 1. - С. 5-9.

15. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения хирургии грыж живота. - М.: «Профиль», - 2005. - 174 с.

16. Самойлов А.В. Протезирующая вентропластика в onlay технике // Герниология. - 2006. - № 2(10). - С. 11-13.

17. Gislason H. Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations – comparison of three closure techniques // Eur. J. Surg.- 1995.- Vol. 161.- № 5.- P. 349-354.

18. Rath A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal // Hernia. - 2000. - Vol. 4. - № 1. - P. 1-7.

19. Егиев А.С. Ненатяжная герниопластика. - М.: Медпрактика - М., - 2002. - 148с.

20. Мошкова Т.А. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - № 2. - С. 78-81.

21. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. - Boston: Nimrod Press, 1993. - 114 p.

22. Ware J.E. The MOS 36-item Short-Form health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care.-1992. - Vol. 30.- P. 473-483.

Тұжырым
СЕМІЗДІККЕ ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ВЕНТРАЛДЫ ЖАРЫҚТАРДЫҢ
ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНЕ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова

Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті,

Г. Султанова атындағы облыстық аурухана, Павлодар қ.

Семіздікке ұшыраған вентралды жарығы бар 65 науқасқа тексеру жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде жарық қақпасының пластика әдістерінің қандай түрлері қолданылды, операциядан кейінгі ерте кезеңде қандай асқынулар кездестіндігі анықталды. Хирургиялық емнің шалғай нәтижелері қадағаланды. Алынған мәліметтер бойынша жарық қақпасының созылмалы пластика әдістерін қолдану, жарық асқынуларының және рецидивтерінің пайызын азайтатыны анықталды.

Негізгі сөздер: вентралды жарық, аллопластика.

Summary
ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIA FOR PATIENTS WITH OBESITY

O. Tashtemirova, A. Abitanova G. Zhakupova

Semey State Medical University, RK

Regional hospital. Mr. Sultanov, Pavlodar

The 65 patients with ventral hernia suffering obesity were examined. As a result of research the used methods of hernioplasty and complications in the early postoperative period were determined. The further results of surgical treatment were observed. The obtained data prove that application of non-tension methods of hernioplasty reduces the percent of complications and recurrences of hernia.

Key words: ventral hernia, alloplastica.

УДК 616.831-002.951/36-089

Д.К. Калиева, Е.М. Тургунов, М.М. Тусупбекова

Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Аннотация

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 149 больных эхинококкозом печени. Проведено сравнение традиционных методов хирургического лечения и разработанного метода на основе применения импульсного электрического разряда.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, хирургическое лечение.

Актуальность

Эхинококкоз человека, являясь тяжелым паразитарным заболеванием, распространенным во многих странах мира, остается серьезной проблемой [1]. Наиболее часто поражается печень от 59% до 78% случаев. В легких эхинококкоз локализуется в 15-27%. Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени по сей день остается хирургический. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии заболевания, лечение его остается сложной проблемой. Доказательство этому является большое число послеоперационных осложнений - 6,7-47,5%, высокая летальность - до 4,5%-10,2% и значительная частота рецидивов заболевания - 3,3-54% [3].

Цель исследования. Провести анализ хирургического лечения эхинококкоза печени.

Объектом клинического исследования являлись 149 больных находившихся на стационарном лечении в КГП УЗКО Областной клинической больнице г. Караганды с 2009 по 2013 гг. в возрасте от 16 до 70 лет, которым проведено оперативное лечение эхинококкоза.

Количество пациентов мужского пола составило 58 (48,9%), женщин - 91 (61,1%).

Средний возраст больных составил 36,3. Средний возраст мужчин составил 43,1, женщин - 37,3.

По месту проживания пациенты разделены на сельских жителей, что составило в общем - 63 (42,3%) человек, городских жителей - 86 (57,7%).

Все больные проходили клинический комплекс обследования, который включал жалобы, анамнестические и общеклинические данные, а также лабораторно-инструментальные методы исследования, проводимые по стандартным методикам.

Больным проведены различные методы оперативного лечения эхинококкоза печени: перицистэктомия, резекция печени, эхинококкэктомия.

Перицистэктомия проводилась в 72 (48,3%) случаях, резекция печени - 14 (9,3%), эхинококкэктомия - 63 (42,3%).

Во время операции при необходимости проводилась обработка остаточной полости химическим методом с применением 80% раствора глицерина (Гафаров Ч.Б., Шамсиев Ж.А., 2007г.) [4] 44 (32,0%) пациентам и