

Tactical And Technical Aspects of Surgical Interventions for Ventral Hernias and Obesity

¹*Rakhmanov Kosim Erdanovich* - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

²*Davlatov Salim Sulaimanovich* - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

¹*Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich* - assistant

¹*Khidirov Ziyadulla Erkinovich* - assistant

1. Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan.

2. Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan..

ABSTRACT

Rationale. Simultaneous operations are a promising area of modern herniology. In this regard, the development of objective indications and contraindications for performing simultaneous interventions on the organs of the abdominal cavity and abdominal wall in patients with ventral hernia is extremely important and affects the approaches to the method of the proposed operation and the technique of its execution. Target. Improving the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and concomitant obesity by improving surgical tactics. Material. The work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 164 obese patients with ventral hernias. All operations were performed in the surgical department 1 - clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 2009 to 2016. The patients were divided into two groups: the control group (72 - 43.9%) and the main group (92 - 56.1%). Patients in the control group underwent classical hernioplasty with local tissues and prosthetic materials according to indications. In the main group, patients underwent hernioplasty using mesh implants with the addition of dermatolipidectomy. Results. To evaluate the effectiveness of the results of treatment of patients in the groups under discussion, the following comparison parameters were used as the main criteria: - abdominal complications of the early postoperative period; - extra-abdominal complications of the early postoperative period; - wound complications in the early postoperative period; - long-term results of surgical treatment. Conclusion. The optimal type of hernioplasty in patients with III-IV degree obesity is its combination with abdominoplasty, supplemented by mobilization of the rectus abdominis muscles according to Ramirez. Reliability of the hernia orifice plasty is ensured by a polypropylene prosthesis, and the mobilization of the rectus muscles ensures that the intra-abdominal pressure remains at its original values. Prosthetic hernioplasty in combination with dermatolipidectomy improves the quality of life of such patients in all respects. The aesthetic component of the operation contributes to the emergence of motivation to reduce body weight.

ARTICLE INFO

Received: 26th November 2021

Revised: 30th December 2021

Accepted: 10th February

KEYWORDS

ventral hernias, obesity, hernioplasty, polypropylene prosthesis, dermatolipidectomy, abdominoplasty.

Тактико-Технические Аспекты Хирургических Вмешательств При Вентральной Грыжей И Ожирением

¹Рахманов Косим Эрданович - кандидат медицинских наук, доцент

²Давлатов Салим Сулайманович - кандидат медицинских наук, доцент

¹Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич - ассистент

¹Хидиров Зиядулла Эркинович - ассистент

1. Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.

2. Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Аннотация. Обоснование. Симультантные операции являются перспективным направлением современной герниологии. В этой связи выработка объективных показаний и противопоказаний к выполнению симультантных вмешательств на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей чрезвычайно важна и влияет на подходы способа предполагаемой операции и техники ее исполнения. Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением путем совершенствования хирургической тактики. Материал. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 164 больных с вентральными грыжами, страдающими ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1 - клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2009 по 2016 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (72 - 43,9%) и основная группа (92 - 56,1%). Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипидэктомии. Результаты. Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: - абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде; - отдаленные результаты хирургического лечения. Заключение. Оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением III – IV степени является сочетание ее с абдоминопластикой, дополненной мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а мобилизация прямых мышц обеспечивается сохранением внутрибрюшного давления на исходных значениях. Протезирующая герниопластика в сочетании с дерматолипидэктомией повышает качество жизни таких пациентов по всем параметрам. Эстетический компонент операции способствует появлению мотивации к снижению массы тела.

Ключевые слова: вентральные грыжи, ожирение, герниопластика, полипропиленовый протез, дерматолипидэктомия, абдоминопластика.

Обоснование. Частота встречаемости грыжи живота превышает 50 человек на 10000 человек. [3, 12]. Согласно статистическим данным в хирургических отделениях определяют грыж до 25% пациентов [16]. Причинами грыжи живота являются функциональная недостаточность мышечных защитных механизмов брюшной стенки, ее анатомическая и функциональная слабость, ожирение и абдоминальные операции [7]. Возникновение вентральных грыж может быть результатом следующих факторов: нагноение раны, морфологические изменения мышц и апоневроза [5, 8]. Предрасполагает к формированию послеоперационной вентральной грыжи строения пациента, типа разреза, технике ушивания брюшной полости, а также шовного материала [1, 9, 17].

У пациентов с послеоперационными вентральными грыжами одним из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний является ожирение [2], и, наоборот, у 48% пациентов с ожирением образуются грыжи различных локализаций. Рецидивы грыжи у них герниопластикой с местными тканями развиваются в 22-56,3% случаев [13, 17]. Такой высокий процент рецидивов обусловлен сохранением при операции кожно-подкожного фартука [14]. Абдоминопластика у пациентов с ожирением снижает нагрузку на апоневроз, улучшает течение послеоперационного периода и уменьшает частоту осложнений [14].

Симультанные вмешательства у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей выполняется в 2,1-39,9% случаев [10], при наличии гигантских грыж - у 53,3%. Наиболее частыми одновременными операциями с герниотомией являются резекция большого сальника (16,9%), рассечение спаек (18,2-24%), удаление подкожно-подкожного жирового фартука (35-61,5%), холецистэктомия (5,5-6,4%), резекция желудка (2,2%), ампутация матки с придатками (3,6-4,4%), резекция тонкой и толстой кишки (2,5-5,2%), паховая грыжи (2,8%) [6, 11, 15].

Таким образом, симультанные операции являются перспективным направлением современной герниологии. В этой связи выработка объективных показаний и противопоказаний к выполнению симультанных вмешательств на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей чрезвычайно важна и влияет на подходы способа предполагаемой операции и техники ее исполнения.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением путем совершенствования хирургической тактики.

Материал. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 164 больных с вентральными грыжами, страдающими ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1 - клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2009 по 2016 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (72 - 43,9%) и основная группа (92 - 56,1%). Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипидэктомии. Из 164 больных женщин было - 114 (69,5%), мужчин - 50 (30,5%). Больше половины больных были в возрасте 46-59 лет и составили 53,0%.

Сопутствующая патология несколько чаще встречалась у пациентов основной группы (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по сопутствующей патологии

Показатели	Группы больных			
	Контрольная группа		Основная группа	
	Кол.	%	Кол.	%
Гипертоническая болезнь	56	60,9	43	59,7
Ишемическая болезнь сердца	24	26,1	17	23,6
Хроническая обструктивная болезнь легких	7	7,6	8	11,1
Сахарный диабет	5	5,4	3	4,2
Варикозная болезнь нижних конечностей	4	4,3	9	12,5

Пациентов по степеням птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.). Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 36 и 42 больных с ожирением I-II и III-IV степени соответственно. Умеренный и выраженный птоз (III-IV степень) отмечено у 51 и 35 больных ожирением I-II и III-IV степени соответственно (табл. 2).

Таблица 2. Распределение пациентов по степени абдоминоптоза и степени ожирения.

Абдоминоптоз	Группы больных			
	Контр. группа		Основ. группа	
	I-II	III-IV	I-II	III-IV
Ожирение				
I-II	12	21	24	30
III-IV	19	20	23	15

Важнейшими факторами определяющим хирургическую тактику, является локализация грыжи, размер дефекта. Согласно классификации: Chervel J.P. и Rath A.M. (1999 г.) у 53 (32,3%) больных были большие (W_3) и гигантские (W_4) грыжи. У подавляющего большинства больных (118 – 71,9%) были надпупочные (M_1) и околопупочные (M_2) грыжи. Наименьшее количество больных были вентральными грыжами бокового (L) и сочетанного (M+L) расположения. Схематичное распределение больных по размеру дефекта представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение пациентов по размерам грыжи в сравниваемых группах.

Признак	Основная группа (n=92)		Контрольная группа (n=72)		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	
W_1	18	19,6	12	16,7	30
W_2	43	46,7	38	52,8	81
W_3	19	20,6	14	19,4	33
W_4	12	13	8	11,1	20
Итого:	92	100%	72	100%	164

Всем пациентам выполнялись общие анализы крови (определение группы крови и резус-фактора, исследования крови на реакцию Вассермана, на гепатит «В» и «С», ВИЧ-инфекцию) и мочи. Определяли следующие биохимические показатели: общий белок крови (по показаниям - белковые фракции), билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин, электролиты крови. Оценку свертывающей и противосвертывающей систем проводили по количеству тромбоцитов, показателям фибриногена, международного нормализованного отношения, времени свертываемости и длительности кровотечения; по показаниям выполняли коагулограмму. Глюкозу крови определяли у всех пациентов, при сахарном диабете дополнительно определяли наличие сахара и ацетона в моче, проводили суточный мониторинг глюкозы крови. Из инструментальных методов исследования проводили электрокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки выполнялось всем пациентам на амбулаторном этапе обследования. При явлениях «хронической» кишечной непроходимости у пациентов с вентральными грыжами W_3 и W_4 по показаниям проводилось рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (обзорная рентгенография брюшной полости и рентгеноконтрастное исследование). По показаниям выполнялась компьютерная томография. Из эндоскопических методов исследования – выполнялась фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия. В дооперационном периоде в амбулаторных условиях УЗИ было выполнено практически у всех пациентов для выявления другой хирургической патологии органов брюшной полости. В послеоперационном периоде УЗИ применялось по показаниям с целью оценки течения раневого процесса и выявления осложнений. При размерах грыжи W_3 и W_4 интраоперационно проводился мониторинг ВБД непрямым способом путем измерения давления в мочевом пузыре.

Предоперационная подготовка пациентов на догоспитальном этапе включала комплекс мероприятий, направленных на снижение массы тела при ожирении, коррекцию сопутствующей патологии, в том числе и в условиях терапевтического стационара и диагностику других хирургических заболеваний органов брюшной полости. На госпитальном этапе в дооперационном периоде пациентам проводилась подготовка желудочно-кишечного тракта и санация операционного поля. Всем пациентам проводилась профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТО). Пациентам с размером грыжи W_3 и W_4 проводилась предоперационная подготовка с целью адаптации сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышению внутрибрюшного давления: модифицированный пневмобандаж по способу С.Д. Попова, положение Тренделенбурга при постепенном поднятии ножного конца кровати до угла 45° , бесшлаковая диета.

Все пациенты в исследуемых группах были оперированы. Пациентам с сочетанными хирургическими заболеваниями одновременно проводилась их коррекция. Симультантные операции

были выполнены у 8 пациентов в исследуемых группах. По объему симультантные вмешательства были следующими: холецистэктомия - 7, надвлагалищная ампутация матки с придатками – 1.

Далее выделение и иссечение грыжевого мешка выполнялся по стандартной общепринятой методике. Производилось разделение сращений при спаечном процессе в грыжевом мешке и брюшной полости производилось тупым и острым путем с тщательной проверкой гемостаза и целостности органов. Грыжесечение начиналась с мобилизации апоневроза от подкожно-жировой клетчатки не более чем на 5 см от края грыжевых ворот. Этого расстояния достаточно для последующей фиксации сетчатого эндопротеза и не приводит к излишней отслойке подкожно-жировой клетчатки.

Пациентам контрольной группы в зависимости от локализации и размера грыжевого дефекта производилась герниопластика местными тканями и протезирующими материалами. При протезирующих пластиках трансплантат фиксировали по методике «on lay» (рис. 1).



Рис. 1. Фиксация эндопротеза над апоневрозом. Окончательный вид эндопротезирования.

При необходимости, с целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития абдоминального компартмент-синдрома (ACS), пластика передней брюшной стенки выполнялась ненатяжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания (табл. 4).

Таблица 4. Виды герниопластики в контрольной группе.

<i>Вид операции</i>	<i>Контр. гр.</i>	
	<i>Кол.</i>	<i>%</i>
<i>Натяжные способы пластики</i>		
<i>Пластика по Сапежко</i>	28	38,9
<i>Пластика по Мейо</i>	19	26,4
<i>Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта</i>	17	23,6
<i>Ненатяжные способы</i>		
<i>Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта</i>	8	11,1
<i>Всего</i>	72	100

В основной группе выбор оптимальной герниопластики был более дифференцированным. Для этого была разработана количественная оценка факторов риска рецидива послеоперационных грыж.

Разработанная программа на основании клинической и ультразвуковой характеристики анатомо-функционального состояния брюшной стенки у обследованных больных, а также с учетом размера грыжевых ворот, возраста, функционального состояния системы дыхания, пищеварительной и мочевыделительной систем, физической нагрузки, ожирения позволяет оптимизировать выбор тактики лечения ПОВГ.

Эти факторы, которые влияют на результаты лечения, были оценены по балльной шкале (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 03724, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан – 2016 год). Больные основной группы по результатам программы были разделены на 4 подгруппы (табл. 5).

Таблица 5. Балльная система показаний к использованию разных способов пластики.

№	Факторы риска	Количественная характеристика	Баллы
1	Состояние брюшной стенки по данным УЗИ, КТ.	Норма	0
		Слабость легкой степени	1
		Слабость тяжелой степени	2
2	Размеры грыжевых ворот	До 5 см	0
		6-10 см	1
		11-15 см	2
		Более 15 см	3
3	Вес (индекс массы тела)	Норма	0
		Ожирение I-II степени	1
		Ожирение III степени	2
4	Возраст	25-44 лет	0
		45-59 лет	1
		60-74 лет	2
		75-90 лет	3
5	Длительность грыженосительства	До 1 года	0
		От 1 года до 3 лет	1
		Более 3 лет	2
6	Физическая нагрузка	Отсутствует	0
		Умеренная нагрузка	1
		Тяжелая нагрузка	2
7	Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение дыхания	1
		Хроническая дыхательная недостаточность	2
8	Функциональное состояние пищеварительной системы	Нарушений нет	0
		Периодические запоры	1
		Постоянные запоры	2
9	Функциональное состояние мочевыделительной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение	1
		Постоянные затруднения мочеотделения	2
10	Выраженность спаечного процесса	Нет спаечного процесса	0
		Спайки между грыжевым мешком	1
		Спайки брюшной полости	2

Больные основной группы были разделены на 4 подгруппы (табл. 6).

Таблица 6. Распределение основной группы больных на подгруппы.

Пол	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Мужской	7	24	2	5	38
Женский	10	33	3	8	54
Итого	17	57	5	13	92

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (табл. 6) выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями. Эту группу составили больные молодого возраста (25 - 44 лет), у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания.

Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца.

В 3-й подгруппе больные с количеством баллов от 11 до 15 имели высокий риск натяжения тканей. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, пластика передней брюшной стенки выполнялась ненатяжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания.

В 4-й подгруппе больных с ожирением III степени и количеством баллов от 16 до 22 также имелся высокий риск натяжения тканей и повышения ВБД, при этом существенным фактором, удерживающим от выполнения только ненатяжной аллопластики, было чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применили ненатяжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (рис. 2).

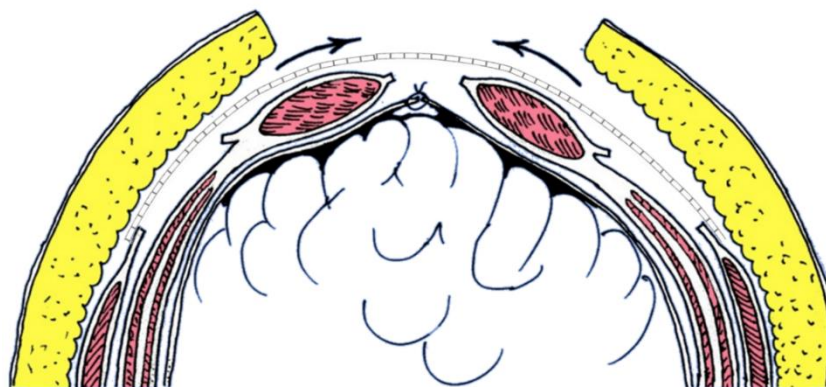


Рис. 2. Реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez [4].

Преимуществами предложенной методики является то, что пластика проводится однорядным швом (в меньшей степени уменьшает объем брюшной полости), мобилизация влагалища прямых мышц живота позволяет равномерно распределить и значительно уменьшить давление на ткани при наложении швов. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 4-й подгруппе мы отдавали предпочтение имплантации эндопротеза по «on lay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (табл. 7).

Таблица 7. Виды герниопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики			
1-я подгруппа	Пластика дубликатурными швами	17	18,5
2-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта	57	61,9
Ненатяжные способы			
3-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта + ДЛЭ	5	5,4
4-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez + ДЛЭ	13	14,1
Всего		92	100

Больные 3- и 4-й подгруппы имели сопутствующую патологию ожирение III-IV степени. Этим больным в основной группе после завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматоллипидэктомию, по линии предварительно нанесенную на переднюю брюшную стенку до операции (рис. 3), которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг.

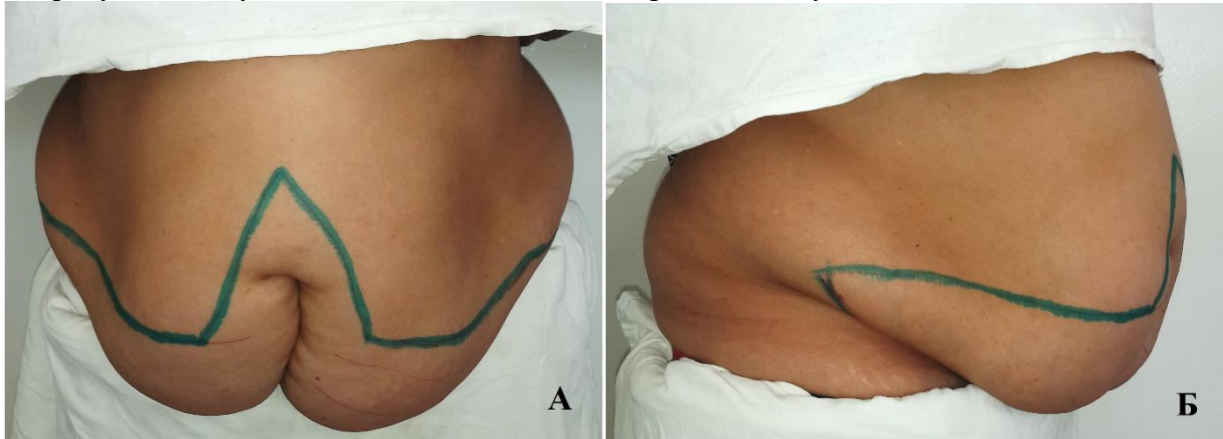


Рис. 3. Рисунок типа "якоря" (разрез по Castanares).
А – вид спереди, Б – вид сбоку.

После завершения герниопластики больным в исследуемых группах по показаниям в зависимости от объема операции над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку по Редону, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже.

Пациенты в раннем послеоперационном периоде находились в отделении реанимации и интенсивной терапии по показаниям. Это в основном больные с сопутствующей сердечно-сосудистой и респираторной патологией, а также больные, перенесшие операцию по поводу больших грыж с размером W_3 и W_4 . В комплекс интенсивной терапии после протезирующей пластики включалось: - адекватное обезболивание; - профилактика ВТО; - инфузионная терапия; - антибиотикопрофилактика, по показаниям антибиотикотерапия; - продленная ИВЛ по индивидуальным показаниям; - препараты, стимулирующие перистальтику кишечника (прозерин, церукал, убретид).

В раннем послеоперационном периоде пациентам проводилась адекватная гидратация. Объем инфузионной терапии с целью гемодилюции определялся с учетом индивидуальных особенностей пациента. Также проводилась медикаментозная коррекция сопутствующих заболеваний. Течение раневого процесса оценивалось по клиническим данным, лабораторным показателям и данным УЗИ. Клиническая оценка течения раневого процесса проводилась на основании осмотра операционной раны. Определялось наличие или отсутствие отека, гиперемии, инфильтрации тканей в области краев раны, а также выраженность болевого синдрома. При наличии дренажей или промокания повязок оценивался объем и характер экссудата. Всем пациентам проводилось измерение температуры тела 2 раза в сутки (утром и вечером). Степень воспалительных изменений оценивалась по уровню лейкоцитов и формуле в общем анализе крови. В процессе УЗИ операционной раны после грыжесечений оценивалась толщина передней брюшной стенки, эхо-структура и эхогенность тканей в зоне операции, наличие дополнительных образований и включений. Для удаления жидкостных скоплений использовались либо одномоментные эвакуации через рану или пункции под УЗ-наведением. Небольшие скопления жидкости подвергались динамическому наблюдению. В ряде случаев при отсутствии эффекта от пункций и эвакуаций через рану и признаках инфицирования применялось частичное разведение раны (снятие 1-2 швов с кожи) и открытое ведение раны с установкой марлевых турунд и салфеток с антисептиками.

Результаты. Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: - абдоминальные

осложнения раннего послеоперационного периода; - внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде; - отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение ненатяжной герниоаллопластики и комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, примененной 13 пациентам основной группы, которой достигается увеличение объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления. У большинства пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 2 больных в контрольной и у 1 больной в основной группе перенесших герниопластику по поводу гигантской вентральной грыжи отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно. У 3 больных в контрольной группе и у 1 больного в основной группе наблюдали задержку мочи.

В контрольной группе бронхолегочные осложнения наблюдались у 3 больных и ещё у 3 больных были явления сердечной недостаточности, последние проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой. В основной группе внебрюшинные осложнения наблюдали у 3 больных. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 59 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом. Раневые осложнения в послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдалось у 8 больных. В основной группе осложнения были у 9 пациентов (табл. 8).

Таблица 8. Осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Осложнения	Контрольная группа		Основная группа			Всего
	Натяжные герниопластики	Ненатяжные герниопластики	Натяжные герниопластики	Ненатяжные герниопластики	способы герниопластики	
				ДЛЭ	С мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez + ДЛЭ	
Абдоминальные осложнения						
Парез кишечника	2		1			3
Задержка мочи	2	1	1			4
Внеабдоминальные осложнения						
Бронхолегочные осложнения	3		2			5
Сердечно-сосудистая недостаточность	2	1	1			4
Раневые осложнения						
Инфильтрат	1			1		2
Гематома		1				1
Серома	1	1	1	3	2	8
Лимфорей		1		1	1	3
Нагноение раны	1	1				2
Некроз края кожного лоскута	1					1

Всего	21 (29,2%)	14 (15,2%)	33 (20,1%)
--------------	-------------------	-------------------	-------------------

Таким образом, наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочные после операции отмечено в основной группе больных. Местные (раневые) осложнение отмечено в одинаковом соотношении.

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства из 72 больных контрольной группы наблюдали 49 (68,0%), а из 92 больных основной группы наблюдали 76 (82,6%) в сроки с 1 года до 7 лет. Рецидив грыжи наблюдали у 2 (4,1%) больных контрольной группы после пластики грыжевого дефекта аутоканями. В основной группе рецидив грыжевого выпячивания в передней брюшной стенки не наблюдали.

При динамическом наблюдении больных контрольной группы показатели массы тела существенных изменений не претерпели. У пациентов основной группы показатели абдоминального ожирения понесли глобальные изменения. Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения. В обеих группах исходно у 99 человек (60,4%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии (табл. 9).

Таблица 9. Распределение больных по сопутствующей патологии в отдаленном послеоперационном периоде.

Показатели	Группы больных					
	Контрольная группа			Основная группа		
	Кол.	%		Кол.	%	
до опер.		в отд. периоде	до опер.		в отд. периоде	
Гипертоническая болезнь	38	59,7	77,5	23	60,9	30,3
Ишемическая болезнь сердца	16	23,6	32,6	11	26,1	14,5
Хроническая обструктивная болезнь легких	8	11,1	16,3	2	7,6	2,6
Сахарный диабет	3	4,2	6,1	1	5,4	1,3
Варикозная болезнь нижних конечностей	7	12,5	14,3	1	4,3	1,3

Одним из приоритетных направлений в современной медицине является включение в исследование различных методик оценки качества жизни пациентов после проведенного консервативного или хирургического лечения. С 2012 года в нашей клинике определяется качество жизни пациентов, перенесших герниопластику по разработанной программе, включающей в себя объективные и субъективные признаки, инструментальные данные по которым можно оценить физическую, психическую и социальную повседневную деятельность пациентов, перенесших герниопластику (табл. 10 и 11).

Таблица 10. Объективные критерии для определения качества жизни пациентов, перенесших герниопластику.

№	Критерии	Характеристика критерий	Баллы
1.	Состояние послеоперационной зоны по инструментальным данным (УЗИ, КТ, МРТ)	Микроабсцессы	3
		Инфильтрат	7
		Патологий не выявлено	10

2.	Характер стула	Постоянные запоры	3
		Периодические запоры	7
		Нарушений нет	10
3.	Объективный осмотр передней брюшной стенки	Незаживление раны, свищ или рецидив	3
		Грубый послеоперационный рубец	7
		Нежный послеоперационный рубец	10
4.	Пальпация послеоперационной зоны	Сильные боли	3
		Незначительные боли	7
		Патологии не выявлено	10
5.	Функциональное состояние дыхательной системы	Хроническая дыхательная недостаточность	3
		Периодические затруднение дыхания	7
		Патологии не выявлено	10

Таблица 11. Субъективные критерии для определения качества жизни пациентов, перенесших герниопластику.

№	Критерии	Характеристика критерий	Баллы
1.	Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
2.	Устраивает ли Вас косметический результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
3.	Как Вы в целом оцениваете результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
4.	Как Вы оцениваете свою физическую активность	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
5.	Чувство дискомфорта в послеоперационной зоне	Постоянные сильные боли	0
		Незначительный боли	3
		Чувства дискомфорта	7
		Жалоб нет	10

На данную программу получено свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ (№DGU 05632, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2018 год

«Программа для определения качества жизни пациентов после перенесенной герниопластики по поводу послеоперационных вентральных грыж»).

По наличию набранных баллов из опросника по объективным и субъективным признакам в послеоперационном периоде оценивали качество жизни каждого больного. Больных, набравших от 81 до 100 баллов оценивали как «отлично», от 61 до 80 баллов – «хорошо», от 41 до 60 баллов – «удовлетворительно» и больные набравшие баллы ниже 40 оценивались как «неудовлетворительно». По разработанной программе определения качества жизни пациентов перенесших герниопластику оценены 115 (70,1%) из 164 больных, наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 51 больных из контрольной группы и 64 больных из основной группы (рис. 4).

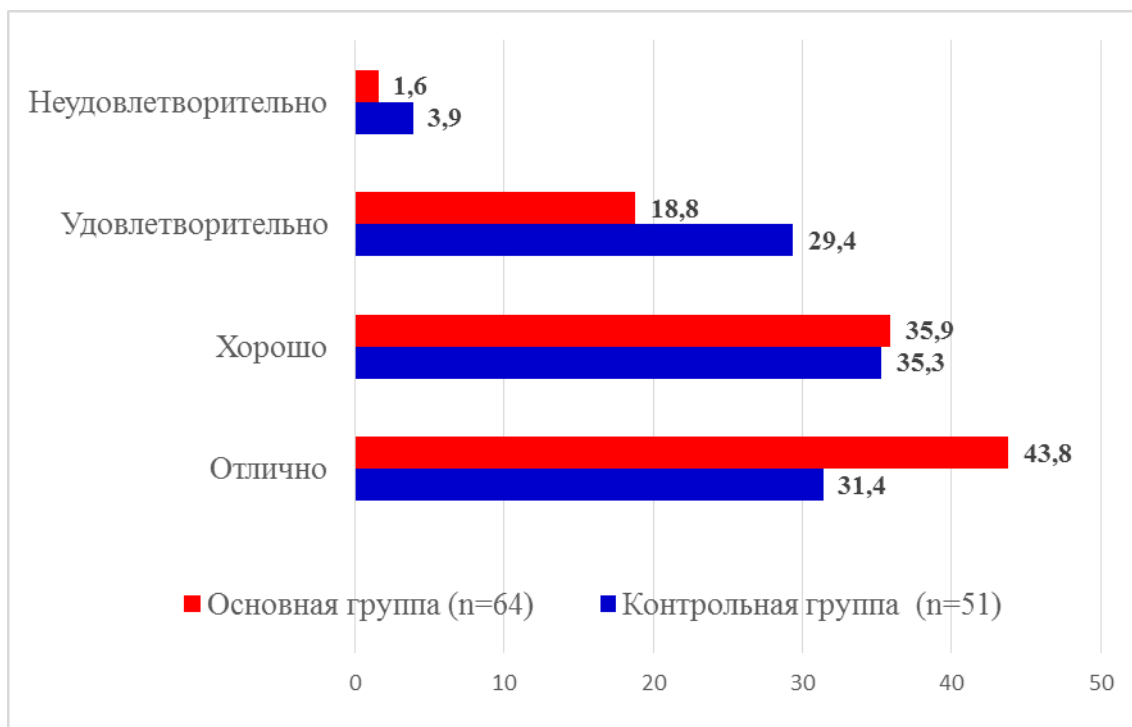


Рис. 4. Качество жизни больных в зависимости от результатов герниопластики.

Так, в контрольной группе отличные результаты были получены у 16 (31,4%) больных, хорошие у 18 (35,4%), удовлетворительные у 15 (29,4%) пациентов и неудовлетворительные в 2 (3,9%) случаях. В свою очередь в основной группе отличные результаты были получены у 28 из 64 (43,8%) больных, хорошие у 23 (35,9%), удовлетворительные у 12 (18,8%) пациентов и неудовлетворительные только в 1 (1,6%) случае (рис. 5.6). Улучшение показателей качества жизни были получены по всем домам шкалы с учетом психоэмоционального фона, а также физической активности пациентов после различных видов герниопластики (рис. 5). Все случаи рецидива заболевания независимо от общего статуса больных были зарегистрированы как неудовлетворительные результаты.

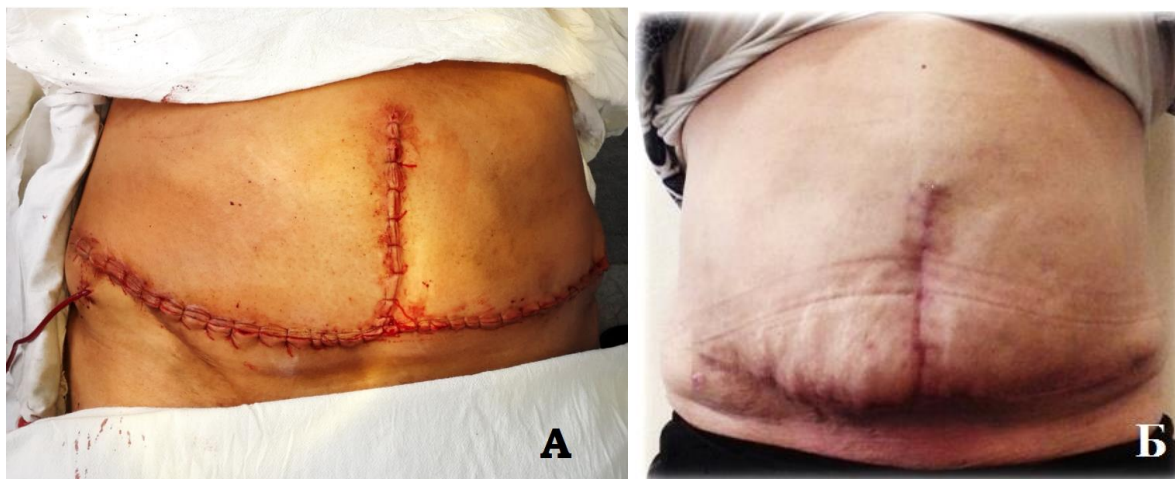


Рис. 5. Вид больного после операции.

**А – Окончательный вид герниоаллопластики с абдоминопластикой,
Б – Вид больного после герниоабдоминопластики в отдаленном периоде.**

Таким образом, при выполнении герниопластики частота послеоперационных осложнений значительно выше, чем при использовании дерматолипидэктомии. Данный факт имеет принципиальное значение, так как при сравнимых характеристиках пациентов в группах применение липоабдоминопластики имеет существенные преимущества, как по объективным, так и по субъективным показателям для пациента.

Заключение. Оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением III – IV степени является сочетание ее с абдоминопластикой, дополненной мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а мобилизация прямых мышц обеспечивается сохранением внутрибрюшного давления на исходных значениях.

В результате применения абдоминопластики удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Раневые осложнения снизились с 11,1% до 9,7%. Со стороны органов ССС - с 54 (72,6%) до 34 (44%). Рецидивов заболевания и летальных исходов не было. Протезирующая герниопластика в сочетании с дерматолипидэктомией повышает качество жизни таких пациентов по всем параметрам. Эстетический компонент операции способствует появлению мотивации к снижению массы тела.

Конфликт интересов. Автор объявляет об отсутствии конфликтов интересов или специального финансирования для текущего изучения.

References:

1. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.
2. Shukurullaevich A. D. et al. Biliary peritonitis as a complication of chronic calculous cholecystitis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 77-80.
3. Sulatanbaevich B. A. et al. Analysis of the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 4 (49).
4. Shukurullaevich A. D. et al. Analysis of surgical treatment options for different types of mirizzi syndrome //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 71-76.
5. Shukurullaevich A. D. et al. Clinical questions extreme currents syndrome mirizzi //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 65-70.

6. Abdurakhmanov D. S., Shamsiev J. Z. Modern state of the problem of diagnosis of thyroid nodules (literature review) //European research: innovation in science, education and technology. – 2018. – С. 45-49.
7. Shukurullaevich A. D. et al. TENSIONED HERNIOPLASTY AND ABDOMINOPLASTY IN PATIENTS WITH MORBIDE OBESITY //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 88-98.
8. Abdurakhmanov D. S., RAKHMANOV Q. E., DAVLATOV S. S. CLINICAL QUESTIONS EXTREME CURRENTS SYNDROME MIRIZZI //Электронный инновационный вестник. – 2021. – №. 6. – С. 37-40.
9. Babajanov A. S. et al. ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THYROID NODULES //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 4. – С. 186-192.
10. Шамсутдинов С., Абдурахманов Д., Рахманов К. Повторные реконструкции пищеварительного тракта в хирургии оперированного желудка //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021.
11. Абдурахманов Д., Сайфуллаева Ф. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021.
12. Бакиров А., Норбутаев И., Абдурахманов Д. ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021.
13. Шамсутдинов С., Абдурахманов Д., Рахманов К. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021.
14. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОЛОГИЮ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕПЕНИ //МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМ ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК И МЕДИЦИНЫ. – 2020. – С. 44-57.
15. Erdanovich-DSc R. Q., Sulaymonovich-DSc D. S. CRITERIA FOR CHOOSING SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS AND OBESITY.
16. Abdurakhmanov D., Sayfullaeva F. SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021. С. 55-57.