УДК: 316-069;616.34-8

К.М. Курбонов^{1,2}, К.Р. Рузбойзода^{1,2}, М.М. Максудов¹, Х.З. Факиров¹

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, телефон: 93-405-44-04. E-mail: dr.hero85@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения грыжи живота за счет эффективного применения полипропиленовых эндопротезов.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты комплексной диагностики и лечения 120 больных с грыжей живота. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 58 (48,3%) пациентов, которым планировались радикальные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, во вторую группу включены 62 (51,7%) больных, которым предполагались оперативные вмешательства на органах забрюшинного пространства.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты комплексного клинического обследования показывают, что у пациентов 1-й и 2-й группы еще до операции имелась анатомо-функциональная недостаточность брюшной и боковых стенок живота II-III степени в 42% и 67% случаях, соответственно, что является предиктором развития послеоперационных грыж живота.

Заключение. Одним из путей оптимизации профилактики послеоперационных грыж живота является более широкое и эффективное применение минимально инвазивных методов, которые не сопровождаются высокой травматичностью вмешательства, повреждением нервно-мышечных структур поясничной и передней брюшной стенки.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа живота, анатомо-функциональная недостаточность, профилактика.

К.М. Kurbanov^{1,2}, R.R. Ruziboyzoda^{1,2}, M.M. Maksudov¹, H.Z. Fakirov¹

PREVENTION OF THE POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIAS

¹Department of Surgical Diseases №1 at Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

²SI "Istiklol Health Complex", Dushanbe, Tajikistan

Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy - assistant at the Department of Surgical Diseases № 1 of Avicenna Tajik State Medical University; Phone: 93-405-44-04; Email: dr.hero85@mail.ru

Aim. To improve the result of the abdominal hernias surgery by efficient implementation of the polypropylene endoprosthesis.

Materials and methods. Results of the complex diagnosis and treatment of 120 patients with abdominal hernia were analyzed. All patients were divided into 2 groups. The first group included 58 (48,3%) patients that should have received radical operative intervention on organs of the abdominal cavity. The second group included 62 (51,7%) patients, that should have received surgery on organs of the retroperitoneal cavity.

Results and discussion. Results of the complex clinical examination show that patients of first and second groups had anatomic and functional insufficiency of II – III stage in the abdominal and lateral walls of the abdomen in 42% and 67% cases respectively, which was a precursor of postoperative abdominal hernia.

Conclusion. One of the ways to optimize postoperative abdominal hernia prevention is a wider and more efficient implementation of minimally invasive methods that are not followed by high traumatic interventions and injury of the neuromuscular structures of the lower back and anterior abdominal wall.

Keywords: postoperative abdominal hernia, anatomic-functional insufficiency, prevention.

Актуальность. В Республике Таджикистан за последние 20 лет произошли значительные изменения в практической герниологии, вследствие вне-

дрения в технологию лечения грыж живота (ГЖ) эндопротезирования брюшной стенки [6]. Если при аутопластических методах закрытия дефектов

брюшной стенки рецидив заболевания развивался у 20-30% больных, то после эндопротезирования слабых мест стандартными полипропиленовыми сетками с диаметром нити 120 микрон количество рецидивов снизилось до 3,5% [1, 2].

Повторные операции при ГЖ являются не только медицинской, но и социальной проблемой ввиду трудности оперативного вмешательства и больших экономических затрат [4, 7]. В этой связи весьма актуальным остаются проблемы профилактики образования ГЖ и их лечения.

В настоящее время одним из новых способов профилактики образования ГЖ является превентивное эндопротезирование брюшной стенки, которое применяется у пациентов с ее анатомо-функциональной недостаточностью [3]. В основе анатомо-функциональной недостаточности лежит выраженное снижение функциональной активности рибосомных генов, которое коррелирует по частоте с развитием послеоперационных ГЖ.

Применяемые для эндопротезирования стандартный пропиленовый протез нельзя признать оптимальным, так как в результате сморщивания стенки в отдаленном послеоперационном периоде возникает ограничение подвижности брюшной стенки, а в 5-10% вызывает ощущение «инородного тела» в месте имплантации, что снижает качество жизни пациентов [5]. Для уменьшения материалоемкости и жесткости стали применять легкие и суперлегкие пропиленовые сетки, изучение биосовместимости которых проведено недостаточно.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения грыжи живота за счет эффективного применения полипропиленовых эндопротезов.

Материалы и методы исследования. Про-

веден анализ результатов обследования и лечения 120 больных, находившихся в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2012 по 2019 гг. Мужчин было 34 (28,3%), женщин – 86 (71,7%). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 58 (48,3%) пациентов, которым планировались радикальные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, во вторую группу включены 62 (51,7%) больных, которым предполагались оперативные вмешательства на органах забрюшинного пространства.

Для профилактики образования послеоперационных грыж исследовали объективные признаки функциональной недостаточности передней и боковых стенок живота.

В предоперационном обследовании в два этапа было изучено состояние передней и боковой стенок живота. На первом этапе при клиническом обследовании больных выявляли деформации брюшной стенки: дряблость, куполообразный живот с выраженным диастазом прямых мышц,птоз живота с наличием надлобково-паховой складки на талии. На втором этапе проводили ультразвуковое исследование брюшной стенки аналогично предоперационному. Результаты лечения в группах больных оценивались по 4 бальной шкале.

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы IBM SPSS Statistics v.20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, США). Результаты исследования представлены как средние ± стандартная ошибка (M±m). Качественные значения представлены в виде абсолютных величин с вычислением их долей (P,%). Для проведения апостериорных сравнений применялся U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при p<0,05.

Таблица 1

Клиническая характеристика анатомо-функционального состояния брюшной стенки

Клинические параметры передней и боковой стенки живота	1- ая группа (n=58)		2- ая группа (n=62)	
	Абс.	%	Абс.	%
Дряблость	31	53,4	29	46,8
Птоз	21	36,2	25	40,3
Куполообразный живот	18	31,0	18	29,0
Степень уменьшения окружности живота:			12	
1/3 и более	10	17,2	4	19,3
Без уменьшения	9	15,5		6,4
Релаксация брюшной стенки живота	10	17,2	38	61,3
Диастаз прямых мышц живота	14	24,1	11	17,7

Примечание: % от общего количества больных.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты комплексного клинического обследования больных 1 и 2 групп приведены в таблице 1.

У пациентов 1-й группы живот был обычных размеров, подкожно – жировая клетчатка развита умеренно. Боковая поверхность туловища была достаточно плотно подтянута, талия сохранена. Центральные расположенные ткани живота были не напряжены. Однако отмечалось наличие диастаза прямых мышц. Центральные расположенные ткани брюшной полости несколько напряжены, выпуклость в подчревной области умеренно выражена. При пальпации брюшная стенка была эластична, мышечная сократимость снижена. При максимальном напряжении мышц брюшного пресса округлость живота уменьшилась менее чем на 1/3, что расценивалось как анатомо-функциональная недостаточность.

Более выраженные изменения в брюшной стенке были обнаружены у больных 2-й группы. Наиболее часто выявлена релаксация боковой

стенки живота, деформация в виде складки подкожно – жировой клетчатки, боковой поверхности живота, а у женщин, кроме этого, определялась послеродовая дряблость и птоз живота. Подкожно – жировая клетчатка избыточна, присутствовали соединительнотканые прослойки, а мышечно-апоневротический слой был также истончен. Ширина спигелиевой линии живота увеличилась на 1,7 раза, отмечалось истончение мышечного слоя боковой стенки в 1,3 - 2,5 раза.

Таким образом, у пациентов 1-й и 2-й группы еще до операции отмечалась анатомо-функциональная недостаточность брюшной и боковых стенок живота II-III степени в 42% и 67% случаев, соответственно, что является предиктором развития послеоперационных ГЖ.

При комплексном ультразвуковом исследовании также у пациентов I и II групп были выявлены критические параметры, свидетельствующие об анатомо-функциональной недостаточности стенок живота (табл. 2)

Таблица 2

Ультразвуковые признаки анатомо-функциональной недостаточности передней и боковой брюшной стенки

Ультразвуковые признаки	Нормальные пациенты	I группа (n=58)	II группа (n=62)	p
Толщина и структура подкожно жировой клетчатки, см	Нормальное развитие (1,2±0,1) см	5,1±0,04*	6,4±0,18*	<0,001
Ширина белой линии живота, см	0,3±0,03	3,4±0,05*	2,1±0,08*	<0,001
Толщина прямых мышц живота, см	1,85±0,04	1,04±0,03*	1,24±0,04*	<0,001
Толщина мышечно-апоневротического слоя, см	1,6±0,2	1,3±0,2	1,02±0,1*	<0,05
Степень утолщения прямых мышц живота	38,2±0,54	27,8±0,61*	37,2±0,62	<0,001
Степень утолщения боковых мышц при напряжении от исходной величины, %	29,97±1,0	21,2±0,7*	10,3±1,7*	<0,001

*Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между I и II группами; * - p<0,001 – при сравнении с таковыми показателями в норме*

Ультразвуковыми признаками анатомо-функциональной недостаточности брюшной и боковой стенок живота являются: наличие неоднородной структуры подкожно – жировой клетчатки толщиной более 5 см, ширина спигелиевой линии живота - 3,1±0,05 см и 2,1±0,08 см, неоднородная эхоструктура прямых и широких мышц живота с повышенной эхогенностью, толщиной - 27,8 ±0,61 см и 37,2±0,62 см, с их сократимостью.

При наличии у пациентов 1-й и 2-й группы анатомо-функциональной недостаточности II-III степени после выполнения лапаротомических (n=30) и люмботомических операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства в 68 наблюдениях оперативные вмешательства

заканчивались формированием превентивного эндопротезирования. Методика эндопротезирования заключалась в отделении со всех сторон подкожно – жировой клетчатки от линии разреза не менее, чем на 3 см. После выполнения основного этапа операции производили послойное ушивание брюшины и апоневроза (мышц) «край в край». Далее выкраивали или подбирали стандартный протез, необходимого размера длиннее на 4 см и шире на 6 см линии швов на апоневрозе. Фиксацию протеза за его край производили на границе выделенного ранее апоневроза и подкожно-жировой клетчатки непрерывным швом полипропиленовой мононитью. Поверх имплантата на всю длину раны укладывали полиэтиленовую трубку с перфоративными

отверстиями. После чего зашивали рану.

При наблюдении за пациентами в сроки от 6 месяцев до 3 лет у больных 1-ой и 2-ой групп наличие послеоперационных грыж не выявлено.

Следует отметить, что одним из путей оптимизации профилактики послеоперационных ГЖ является более широкое и эффективное применение миниинвазивных методов, которые не сопровождаются высокой травматичностью вмешательства, повреждением нервно – мышечных структур поясничной и передней брюшной стенки. Так, применение миниинвазивных технологий у 62 пациентов с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства позволило резко уменьшить частоту образования ГЖ.

Заключение. Таким образом, при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства лапаротомическим и люмботомическим доступом в предоперационном периоде необходимо выявление анатомо-функциональной слабости брюшной и боковых стенок живота с последующей их коррекцией протезированием эндопротезированием.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-9 см. REFERENCES)

1. Белоконев В.И. Патоморфологическое обоснование хирургических принципов лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей / В.И. Белоконев, А.Г. Житлов, А.В. Вавилов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – №6. – С. 62–102.
2. Богдан В.Г. Патогенез послеоперационных грыж: изменения метаболизма соединительной ткани – причина или следствие? / В.Г. Богдан, Ю.М. Гаин // Новости хирургии. – 2011. – №6. – С. 29-35.
3. Головин Р.В. Оценка результатов различных способов комбинированной протезирующей пластики и критерии прогнозирования развития ранних раневых осложнений при послеоперационных вентральных грыжах срединной локализации / Р.В. Головин, Н.А. Никитин // Клиническая медицина. – 2015. – № 2 (7). – С. 105-112
4. Горский В.А. Вариант применения коллагеновой пластины при вентральных грыжах / В.А. Горский [и др.] // Практическая медицина. – 2016. – № 5 (97). – С. 67-72
5. Курбонов К.М. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж / К.М. Курбонов, Х.З. Факиров, К.Р. Назирбоев // Журнал Вестник Авиценны. – 2017. – №2. – С. 198-202
6. Никишков А.С. Факторы риска развития грыж передней брюшной стенки. / А.И. Кириенко, А.В. Сажин, А.С. Никишков и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – №4. – С. 40-46.

7. Муродов А.М. Применение программы «FAST TRACK SURGERY» при симультанных лапароскопических операциях / А.М. Муродов, З.О. Алиев, Н.А. Ермаков // Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – №3. – С.51-55.

REFERENCES

1. Belokonev V. I. Patomorfologicheskoe obosnovanie khirurgicheskikh printsipov lecheniya bolnykh s posleoperatsionnoy ventralnoy gryzhey [Pathomorphological indication of surgical principles for the treatment of patients with postoperative ventral hernia]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy - Medical Internet Conference Bulletin*, 2011, No. 6, pp. 62–102.
2. Bogdan V. G. Patogenez posleoperatsionnykh gryzh: izmeneniya metabolizma soedinitelnoy tkani – prichina ili sledstvie? [Pathogenesis of postoperative hernias: changes in the metabolism of connective tissue - cause or effect?]. *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2011, No. 6, pp. 29-35.
3. Golovin R. V. Otsenka rezultatov razlichnykh sposobov kombinirovannoy proteziruyushchey plastiki i kriterii prognozirovaniya razvitiya rannikh ranevykh oslozhneniy pri posleoperatsionnykh ventralnykh gryzhakh sredinnoy lokalizatsii [Evaluation of the results of various methods of combined prosthetic repair and criteria for predicting the development of early wound complications in postoperative midline abdominal hernias]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2015, No. 2 (7), pp. 105-112.
4. Gorskiy V. A. Variant primeneniya kollagenovoy plastiny pri ventralnykh gryzhakh [Option for the use of a collagen plate for ventral hernias]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2016, No. 5 (97), pp. 67-72.
5. Kurbonov K. M. Nekotorye aspekty patogeneza ventralnykh gryzh [Some aspects of the pathogenesis of ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny – Avicennas Herald*, 2017, No. 2, pp. 198-202.
6. Nikishkov A. S. Faktory riska razvitiya gryzh peredney bryushnoy stenki [Risk factors for the development of hernias of the anterior abdominal wall]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2017, No. 4, pp. 40-46.
7. Murodov A. M. Primenenie programmy «FAST TRACK SURGERY» pri simultannykh laparoskopicheskikh operatsiyakh [Application of the “FAST TRACK SURGERY” program for simultaneous laparoscopic surgery]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 51-55.
8. Bilsel Y., Abci I. The search for ideal hernia repair: mesh materials and types. *International Journal of Surgery*, Vol. 10, 2012, No. 6, pp. 317-321
9. Klink C. et al. Serum analyses for protein, albumin and IL-1-RA serve as reliable predictors for seroma formation after incisional hernia repair. *Hernia*, 2011, Vol. 15, pp. 69–73.

ХУЛОСА

К.М. Курбонов, Қ.Р. Рузибойзода,
М.М. Мақсудов, Х.З. Фақиров

ПЕШГИРИИ ЧУРРАҲОИ
БАЪДИЧАРРОҲИИ ШИКАМ

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии натиҷаҳои табобати чарроҳии чурраҳои шикам аз ҳисоби самаранок истифодабарии эндопротезҳои полипропиленӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Натиҷаҳои комплекси ташҳис ва табобати 120 беморони бо чурраи шикам таҳлил карда шудааст. Ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуда буданд. Ба гурӯҳи якум 58 (48,3%) беморон дохил карда шуда, гузаронидани амалиётҳои чарроҳии радикалӣ ба нақша гирифта шуда буд. Ба гурӯҳи дуюм бошад

62 (51,7%) беморон шомил буданд, ки ба онҳо гузаронидани амалиётҳои чарроҳии дар узвҳои паси сифок ба нақша гирифта шуда буд.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои тадқиқоти комплекси клиникӣ нишон медиҳад, ки дар беморони гурӯҳи 1-ум ва 2-юм ҳанӯз то чарроҳӣ норасоии анатоми-функционалии девораи пеш ва паҳлуии шикам II-III дараҷа дар 42% ва 67% ҳолат ҷой дошт, ки предикторҳои пайдошавии чурраҳои баъдичарроҳии шикам мебошад.

Хулоса. Яке аз роҳҳои беҳтарсозии пешгирии чурраҳои баъдичарроҳии шикам ин истифодабарии самараноки усулҳои мининвазивӣ, ки осебҳои на он қадар зиёди чарроҳӣ, осебҳои структураҳои асабу-мушакӣ дар девораи пеш ва паҳлуи шикам мебошад.

Калимаҳои калидӣ: чурраи баъдичарроҳии шикам, норасоии анатоми-функционалӣ, пешгирии

УДК: 616.089:616-036.12+616-007.251(575.3)

К.Дж. Пулотов

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Пулотов Камолджон Джамолович – к.м.н., старший научный сотрудник ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»; Тел.: (+992)377 93-845-45-09; E-mail: kamolendos@mail.ru.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты клинического исследования 112 пациентов с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде от 6 месяцев до 4-х лет спустя после хирургического вмешательства. Обследование включало осмотр, функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки с проведением сфинктеро- и манометрии, а также исследование конечных продуктов перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты в плазме крови и в биоптатах слизистой оболочке прямой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ХАТ основывалась на отдаленных результатах в двух сравниваемых группах пациентов: основной - 64, и контрольной - 48 пациентов. Из 64 больных ХАТ основной группы в 58 (91%) случаях удалось получить хорошие результаты лечения. Удовлетворительные результаты лечения получены у 4 (6,2%) пациентов, неудовлетворительными результатами выявлены у 2 (3,1%) больных с тяжелой степенью ХАТ, через 6 месяцев. В контрольной группе хорошие результаты отмечены в 37 (77,0%) случаях, удовлетворительные – 6 (12,5%), и неудовлетворительные результаты выявлено в 5 (10,5%) случаев соответственно.

Заключение. Применение дифференцированной хирургической тактики с учетом степени тяжести ХАТ, состояния ПОЛ и АОЗ позволило в значительной степени улучшать отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ в 91% случаев и существенно снизить частоту рецидивов заболевания до 7,5% по сравнению с пациентами контрольной группы.

Ключевые слова: анальная трещина, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, отдаленные результаты, сфинктерометрия.